

ห้องสมุด
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

การศึกษาการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขสถานีนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา
อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ห้องอ่านหนังสือ
คณะสาธารณสุขศาสตร์



ทิวากร	คนมัน
พลกฤษณ์	เที่ยงอยู่
เฉลิมเกียรติ	แสงทอง
นันทิวา	หมื่นจรัส
น้ำทิพย์	จันทะคุณ

ห้องอ่านหนังสือ คณะสาธารณสุขศาสตร์
รักตะเบียน...1.2...พ.ค. 2553.....
เลขทะเบียน...0-2655731, 1,4850439.....
เลขเรียกหนังสือ.....WA20.5.....

11522

2551

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนือง 2 ปี)

คณะสาธารณสุขศาสตร์

พฤษภาคม 2551

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญตาราง	ค
บทที่ 1 บทนำ	
- ความเป็นมา	1-2
- วัตถุประสงค์	3-4
บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
- ทฤษฎี	5-37
- งานวิจัย	38-43
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย	
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
- รูปแบบการวิจัย	45-48
บทที่ 4 ผลการวิจัย	49-60
บทที่ 5 สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ บรรณานุกรม	61-65 66
ภาคผนวก	67



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขสถานีนอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์ อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยดี

ขอขอบคุณ นายชินวัฒน์ ชมประเสริฐ ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอบางระกำ คุณทวีป ทองพลับ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบึงกอก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ ที่ได้กรุณาตรวจสอบเนื้อหา ให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงเครื่องมือ และให้ความร่วมมือในการทดสอบคุณภาพเครื่องมือและรูปแบบการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้

คณะผู้จัดทำวิจัย



ชื่องานวิจัย การศึกษาการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของประชาชน อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัย นาย ทิวากร คนมัน
นายพลกฤษณ์ เทียงอยู่
นายเฉลิมเกียรติ แสงทอง
นางสาวนันทิวา หมั่นจำรัส
นางสาวน้ำทิพย์ จันทะคุณ

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขสถานีนอมาลัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัด
พิษณุโลก ครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาเป็นแนวทางการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล มี
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างคือ
อาสาสมัครสาธารณสุขสถานีนอมาลัยบ้านใหม่นิคมพัฒนา ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ
จังหวัดพิษณุโลก เพศใดก็ได้ สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย ได้อาสาสมัครสาธารณสุขตัวอย่าง จำนวน
55 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์คือคณะผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลได้
ครบถ้วน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าที่ใช้คือค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และ 95 % CI

ผลการศึกษาพบว่า ด้านการรับรู้ของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์
ในการป้องกันและควบคุมโรค ด้านการรับรู้อุปสรรคการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้ง 4
ด้านในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.72 ($p \pm t_{\alpha/2} \sqrt{s/n}$)

ด้านการมีส่วนร่วมของในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมคิดเป็นร้อย
ละ 58.18 กลุ่มที่มีอัตราการมีส่วนร่วมสูงสุดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.09 อายุระหว่าง 21-
40 ปี ร้อยละ 83.64 จบการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.73 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 98.18
เป็นภรรยาหรือสามีของหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 81.82 อาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 100
ในรอบปีที่ผ่านมาไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว ร้อยละ 98.18 ความถี่ของการติดตาม
จากอาสาสมัครสาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 67.27 ในชุมชนมีมาตรการสำหรับบ้านที่ไม่ทำ
กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 23.64 และได้รับรู้ข่าวสารเรื่องโรค
ไข้เลือดออกจากสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ร้อยละ 87.27

การปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแต่ละ
ขั้นตอนของกลุ่มที่มีส่วนร่วม ขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและวางแผนปฏิบัติมากที่สุด
คือ ร่วมประชุมและแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก ร้อยละ 58.18 ขั้นตอนการปฏิบัติ ปฏิบัติมากที่สุดคือปฏิบัติ ปิดฝาตุ่มให้มิดชิด
ประเมินผล ปฏิบัติมากที่สุดคือปฏิบัติตามกิจกรรมติดตามประเมินผลการทำงานของครอบครัว

จากการศึกษาวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะคือควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน
ตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผนดำเนินการ และการประเมินผล โดยให้ประชาชนดำเนินการเอง
ในทุกขั้นตอน ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้อง ควรมีการติดตามการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever: DHF) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง มีลักษณะของโรคที่สำคัญคือ มีไข้ร่วมกับอาการเลือดออก และอาจมีตับโตร่วมด้วย ในบางรายอาจมีอาการช็อกถึงตายได้ โรคนี้มีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ และจัดอยู่ในกลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยยุง ระยะฟักตัวของโรคตั้งแต่ถูกยุงกัดจนเริ่มมีไข้ประมาณ 1-7 วัน มีอาการไข้สูง 39-41 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะ ปวดตามกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หลังจากมีไข้ 2-6 วัน มีผื่นแดงตามตัว แขน ขา ในรายที่มีความรุนแรงมากๆ จะทำให้เกิดภาวะการไหลเวียนเลือดล้มเหลว เนื่องจากการรั่วของพลาสมาทำให้เกิดอาการช็อก ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังมีอาการ (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2536, หน้า 1) โรคไข้เลือดออกพบการระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2497 หลังจากนั้นได้ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ที่อยู่ในเขตร้อนของทวีปเอเชีย สำหรับในประเทศไทย เกิดโรคไข้เลือดออกระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 มีรายงานผู้ป่วย 2,158 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 8.87 ต่อประชากรแสนคน ต่อจากนั้นก็มียารายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปีและสถานการณ์ของโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดเวลา โรคไข้เลือดออกจึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยในขณะนี้ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีผลกระทบที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งในปี พ.ศ. 2530 พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตมากถึง 1,007 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.33 (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544, หน้า 2) ผู้ป่วยไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5-9 ปี รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 10-14 ปี (กระทรวงสาธารณสุขคู่มือวิทยาการระดับจังหวัดเรื่องโรคไข้เลือดออก, 2542, หน้า 1) โดยจะพบผู้ป่วยได้ทุกจังหวัดและทุกภาคของประเทศไทย

ตัวชี้วัดการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ในปี 2548 ด้านสาธารณสุข มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง จำนวน 17 ตัวชี้วัด จาก 23 ตัวชี้วัด ในข้อที่ 6 กำหนดให้อัตราการป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเป็นประจำทุกปี ข้อมูล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2547 พบว่าในปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยจำนวน 1,260 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 145.40 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยจำนวน 848 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 97.85 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยจำนวน 428 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 49.42 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์ระบาดวิทยา จังหวัดพิษณุโลก, 2548) ในเขตอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ในปี 2545 มีผู้ป่วยจำนวน 114 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 116.45 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2546 มีผู้ป่วยจำนวน 86 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 97.04 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2547 มีผู้ป่วยจำนวน

42 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 45.35 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ.2548 ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2548 มีผู้ป่วยจำนวน 48 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 51.73 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2549 สถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา มีผู้ป่วยจำนวน 13 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 628.93 ต่อประชากรแสนคน แนวโน้มการเกิดโรค ไข้เลือดออกยังคงสูงขึ้น ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีโอกาสติดโรคหรือทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค คือพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ได้แก่ การป้องกันโรค การควบคุมโรค และการกำจัดยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ถ้าหากประชาชนมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคอย่างถูกต้องจะส่งผลให้การเกิดโรคและการแพร่กระจายของโรคลดน้อยลง และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องนั้นย่อมจะต้องมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่ สาเหตุของโรค การติดต่อ การระบาด พาหะนำโรค แหล่งพาหะ อาการ การรักษา การป้องกันและการควบคุมโรค ดังนั้นความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคจึงมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากในขณะนี้วิธีการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือ การกำจัดยุงลายและลูกน้ำในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย(กรมควบคุมโรคติดต่อ,2539) และการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก(กองมาลาเรีย,2541) ดังนั้นการกำจัดยุงลายและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจึงจะทำให้การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกประสบผลสำเร็จ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา การวางแผน การกำหนดมาตรการหรือรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในชุมชน ตลอดจนการติดตามประเมินผล ดังนั้นการรับรู้และการมีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญยิ่งในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก เพราะเมื่อประชาชนมีการรับรู้ที่ถูกต้องและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกแล้ว ก็จะสามารถลดอัตราการป่วยโรค ไข้เลือดออกให้เหลือน้อยลงจนถึงในระดับที่ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่อีกต่อไป

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือด ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกขึ้น เพื่อนำผลการศึกษารั้งนี้ไปใช้กำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในปีต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.เพื่อศึกษาการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

2.เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนาอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาดังการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุข อาศัยอยู่ในเขตสถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 64 คน

1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1.โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี(Dengue virus) โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

2.อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุข และอาศัยอยู่ในเขตสถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

3.การรับรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง การทำความเข้าใจความหมายของข้อมูลจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยใช้ประสบการณ์เดิมและการแสดงออกถึงการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4.การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

5.มาตรการของชุมชน หมายถึง ข้อตกลง ข้อบังคับ บทลงโทษ หรือนโยบายของหมู่บ้านที่ใช้ในการควบคุม กำกับในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

6.สื่อ หมายถึง สื่อในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้แก่ สื่อบุคคล (ผู้นำชุมชน ,อสม. ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์(หอกระจายข่าว,โทรทัศน์,วิทยุ) และสื่อสิ่งพิมพ์(แผ่นพับ,หนังสือ,วารสาร,หนังสือพิมพ์)

1.5 คำถามวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผลการรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหรือไม่

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.ทราบถึงกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขสถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
- 2.สามารถนำข้อมูลจากการวิจัยนำมาใช้ในการควบคุมป้องกันไข้เลือดออกในครั้งต่อไป



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อาสาสมัครสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ต.นิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ผู้ศึกษาได้ ทบทวน ทฤษฎี ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาเรียบเรียง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน
3. ทฤษฎีเกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออกและการป้องกันและควบคุมโรค
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้

1.1 ความหมายของการรับรู้

การรับรู้(Perception) ตามพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลนั้น โดยอาศัยอวัยวะที่รู้สำนึกและประสบการณ์ในอดีต (Gove and merriam-Webster Edition Staff, 1963:1975) และยังมีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาและให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังนี้

อัลพอร์ต (1965,p.14) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการตระหนักรู้ต่อสถานการณ์โดยรวมในสิ่งแวดล้อมด้วยวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง

บาร์เลย์ (1969,P.11) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแยกแยะการตอบสนองโดยทันทีของประสาทสัมผัส

สุชา จันทร์ธอม (2533,หน้า 199) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปลความหมายจากการสัมผัส(sensation) และในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2539,หน้า 131) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่คนเรารับรู้สิ่งต่างๆ โดยผ่านการสัมผัส มีการใช้ประสบการณ์เดิมช่วยการแปลความหมายของสิ่งนั้นออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจ

ลักขณา สรวิวัฒน์ (2539,หน้า64) กล่าวว่า การรับรู้เป็นอาการสัมผัสที่มีความหมายเป็นการแปลหรือการตีความแห่งการสัมผัสที่ได้รับออกมาเป็นหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่รู้จักและเข้าใจกันและการแปลหรือตีความของการสัมผัสนั้น จำเป็นที่จะต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม หากไม่มีความรู้เดิมหรือสัมผัสเรื่องนั้นๆ ไป ก็จะไม่มีกรรับรู้ในสิ่งนั้นๆ

กันยายน สุวรรณแสง (2542,หน้า 127) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการใช้ประสบการณ์เดิม แปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความหมายว่าเป็นอะไร

จินดา เกียรติศักดิ์โสภณ(25432,หน้า 36) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลรับ สัมผัสกับสิ่งเร้า มีการจัดระเบียบ ตีความและแปลความหมายสิ่งเร้าที่รับสัมผัสนั้น ตามความรู้ ประสบการณ์เดิม ทศนคติ ความเชื่อ ความร้องการ บุคลิกภาพของบุคคล การรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับสิ่ง เร้าและตัวรับรู้ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ได้แก่ ความจำ อารมณ์ ความพร้อม สติปัญญา ความสนใจ ความ คาดหวัง ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ค่านิยมและวัฒนธรรม

ณัฐศรุตี นนทธิ(2544,หน้า 7) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแสดงออกถึงความรู้ ความเห็น ซึ่งเกิดขึ้นจากการตีความ การสัมผัสสอวัยยะต่างๆ ของร่างกายกับสิ่งเร้า โดยการใช้ประสบการณ์เดิมช่วย ในการให้ความหมายแห่งการสัมผัสนั้นๆ

บุญทรัพย์ ชื่อจริง (2544,หน้า 11) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปลความหมายของการ สัมผัส โดยใช้ประสบการณ์เดิม ความรู้เดิม ซึ่งได้จากการได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้รู้สึก แสดงออกมา เป็นความรู้สึก ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ที่ได้สัมผัสเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล เกิดขึ้นภายในตัว บุคคล และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม(2545,หน้า 1) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการที่มนุษย์มีข้อมูลที่ ได้ จากการรู้สึกสัมผัส(Sensation) ซึ่งเป็นข้อมูลดิบ(raw data) จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้นและกายสัมผัสมาจำแนก แยกแยะ คัดเลือก วิเคราะห์ ด้วยระบบการทำงานของสมองแล้วแปลง สิ่งที่ได้ออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย เพื่อนำไปใช้ในการเรียนรู้ต่อไป

จากความหมายของการรับรู้สรุปว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์พยายามทำ ความเข้าใจความหมายของข้อมูลจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น และกายสัมผัส มาจำแนก แยกแยะ คัดเลือก วิเคราะห์ โดยใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแปลความหมายและแสดง ออกมา ในที่นี้คือการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1.2 ลักษณะที่สำคัญของการรับรู้

การรับรู้มีลักษณะ 6 ประการ(คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม,2545,หน้า11) คือ

(1)ต้องมีพื้นฐานข้อมูลหรือความรู้ในเรื่องนั้นมาก่อน(knowledge based) หรือถ้าไม่มี ความรู้อย่างน้อยต้องมีประสบการณ์เดิมในเรื่องนั้นอยู่บ้าง

(2)จะต้องประกอบด้วยข้อวินิจฉัย(inferential) ในขั้นตอนของกระบวนการรับรู้ ทั้งนี้ เพราะในการรับรู้ ต้องอาศัยวิธีการวินิจฉัย โดยการตั้งสมมติฐานหรือประติดประต่อเรื่องต่างๆเข้าด้วยกัน เพื่อให้การรับรู้ในสิ่งนั้นเกิดความสมบูรณ์มากที่สุด

(3)จะต้องมีความสามารถในการแยกแยะ(categorical) ลักษณะหรือคุณสมบัติที่สำคัญ ของข้อมูลนั้น ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะต้องอาศัยความจำจากประสบการณ์เดิมมาใช้

(4) ลักษณะของการรับรู้จะต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยง(relational) ของข้อมูลต่างๆ หลายประเภท

(5) กระบวนการของการรับรู้จะต้องอาศัยการคัดแปลง(adaptive) ข้อมูลจากประสบการณ์เดิมมาใช้ให้เหมาะกับแต่ละเรื่องที่กำลังรับรู้อยู่ในขณะนั้น

(6) กระบวนการของการรับรู้มักจะเป็นไปโดยอัตโนมัติ เป็นการทำงานของสมองในการรับรู้ข้อมูลต่างๆ

2.3 ธรรมชาติของการรับรู้

นักจิตวิทยาได้พยายามศึกษา และวินิจฉัยเพื่อหาข้อมูลในการนำมาอธิบายธรรมชาติของการเกิดการรับรู้ว่าต้องอาศัยองค์ประกอบอะไรบ้าง จากการศึกษาได้สรุปดังนี้

2.3.1 การรับรู้จะต้องอาศัยความสามารถในการคัดเลือกสิ่งเร้าต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (perception is selective) มนุษย์มีขีดจำกัดในการรับรู้ ดังนั้นมนุษย์จึงต้องมีการเลือกว่าในแต่ละสถานการณ์นั้นตนเองเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าใดบ้าง องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับรู้ที่นักจิตวิทยาได้ศึกษาและรวบรวมข้อมูลไว้มีดังนี้

(1) องค์ประกอบอันเนื่องมาจากสภาพของสิ่งเร้า องค์ประกอบนี้ นักจิตวิทยาได้อธิบายว่ามนุษย์มักเลือกสิ่งที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่น่าสนใจ เช่น ขนาดและความเข้มของสิ่งเร้า(intensity and size) มนุษย์เลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่มี ขนาดใหญ่ เสียงดัง สีสด ความเด่นหรือความแตกต่างจากสิ่งเร้าอื่น (contrast) คนที่แต่งกายแตกต่างจากกลุ่ม มักจะถูกเลือกมากกว่าผู้อื่น การทำซ้ำๆ มนุษย์มักจะรับรู้ได้เร็วกว่าความเคลื่อนไหวของสิ่งเร้า(movement)

(2) องค์ประกอบอันเนื่องมาจากตัวมนุษย์ มนุษย์แต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกัน และความต่างกันนี้เองที่เป็นสาเหตุให้มนุษย์ มีการเลือกการรับรู้ในสิ่งต่างๆ ที่แตกต่างกัน องค์ประกอบอันเนื่องมาจากตัวมนุษย์ เช่น ความคาดหวัง ความสนใจ และความต้องการ

2.3.2 การรับรู้จะต้องมีการจัดระบบ(perception is organized) มนุษย์จะร้องมีการจัดระบบของข้อมูลที่จะรับรู้ โดยที่นำข้อมูลนี้มาจัดเป็นรูปแบบ (Pattern) และกฎเกณฑ์ตายตัว (principles) ที่มีความหมายเพื่อที่จะได้ง่ายต่อการรับรู้ เมื่อมนุษย์รับข้อมูลย่อยๆ หลายข้อมูลแล้ว มนุษย์จะต้องนำข้อมูลย่อยนั้นมารวมกันเพื่อให้เกิดเป็นสิ่งที่มีความหมายและง่ายต่อการรับรู้ การจัดระบบทำได้ เช่น การจัดหมวดหมู่(grouping) ของข้อมูล ความใกล้ชิด(neediness or proximity) ความเหมือน(similarity) ความต่อเนื่อง (continuity) ความสมบูรณ์(closure) สิ่งเร้าใดก็ตามที่ยังขาดความสมบูรณ์หรือยังหาข้อยุติไม่ได้ มนุษย์มักจะรับรู้ให้เป็นภาพที่สมบูรณ์โดยเติมให้สมบูรณ์ตามประสบการณ์เดิมของตน ภาพและพื้น(figure and ground) ในขณะที่มนุษย์มีสิ่งให้รับรู้มากมายสิ่งที่ได้รับความสนใจหรือการรับรู้มากที่สุดก็จะปรากฏเด่นชัดเป็นภาพ(figure) สิ่งอื่นๆ ที่ไม่ได้รับความสนใจก็จะกลายเป็นพื้น(ground)

2.4 แบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพ

โรเซนสต็อก(Rosenstock,cited in Becker,1974,p.83-88), กองสุขศึกษา,2542,หน้า 25-27) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะมีการกระทำใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคได้ โดยการที่บุคคลนั้นมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตได้ การปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใดๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งการลดความรุนแรงของโรคและจะต้องเป็นการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ของบุคคล ซึ่งแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

(1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค(perceived susceptibility) เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่งๆ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่า ตนเองมีโอกาสเกิดโรคและรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคอื่นๆ ได้ ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

(2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เป็นความรู้สึกถึงอันตรายและผลเสียต่อชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ แต่ยังไม่เกิดขึ้นจริง ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อโรคนั้นๆ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ หรือกระทบต่อชีวิตและครอบครัว และสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

(3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ(percieved benefits) เป็นความรู้สึกของบุคคลมาจากความเชื่อในประสิทธิภาพของพฤติกรรมลดภาวะคุกคามจากโรคหรือการป้องกันโรคของตนเองและเป็นพฤติกรรมที่รับรู้ว่าคุณเองสามารถทำได้และเกิดผลดีในการป้องกันโรคนั้นๆ แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด จะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ทำให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันโรค

(4) การรับรู้อุปสรรค(percieved barrier) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบประโยชน์จากการปฏิบัติกับผลด้านลบในการปฏิบัตินั้นๆ ซึ่งอาจเกิดได้แก่ การเสียค่าใช้จ่าย การเสียเวลาในการรับบริการสุขภาพ ความไม่สุขสบาย ความเครียดและความไม่สะดวกต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ถ้าพบอุปสรรคมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจเกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้

2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้(คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม,2545,หน้า 2-3)

คนเราจะรับรู้สิ่งต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด โดยที่บุคคลจะรับรู้ต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัย

2 ประการ ได้แก่

(1) ลักษณะของสิ่งเร้า เช่น ความคงที่ของการรับรู้(perceptual constancy) แม้สิ่งเร้าบางอย่างมีรูปร่าง(shape) ขนาด (size) ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากตำแหน่งที่ตั้งเปลี่ยนไป แต่มนุษย์ก็ยังสามารถรับรู้ได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์เดิมนั่นเองและภาพลวงตาบางครั้งการรับรู้ทางประสาทตาอาจคลาดเคลื่อนไปจากความจริง ทั้งนี้เนื่องจากตำแหน่งที่ตั้งทิศทางของสิ่งเร้า ทำให้มนุษย์เกิดการรับรู้ที่ผิดไปจากความจริง

(2) ลักษณะของผู้รับรู้ เช่น ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้อาจจะเปลี่ยนไปเนื่องจากสภาพของบุคคลนั้นมีความผิดปกติบางประการ ความใส่ใจ(attention) ระดับความใส่ใจของมนุษย์ในเรื่องต่างๆ จะมีระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งถือว่าเป็นความแตกต่างทางธรรมชาติและสมาธิ ซึ่งสมาธิคือความใส่ใจกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นเวลาติดต่อกันโดยไม่เปลี่ยนความสนใจไปสู่สิ่งอื่นผลที่ได้จากสมาธิจะทำให้การรับรู้ดีขึ้น และยังเป็นผลดีมากต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมนุษย์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสภาพสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้มนุษย์มีการรับรู้ที่แตกต่างกัน เช่น คนในสังคมเมืองจะรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่าคนในสังคมชนบท คนในป่าจะแยกแยะประเภทของสัตว์ได้ดีกว่าคนในเมือง เป็นต้น

จากข้อมูลต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการเน้นในเรื่องการรับรู้ของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งเร้าและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีอยู่รอบตัวเอง มนุษย์ไม่ได้รับรู้เฉพาะสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่มนุษย์ยังมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองอยู่ตลอดเวลาด้วย การรับรู้เกี่ยวกับตนเองเกิดขึ้นเนื่องจากมนุษย์มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มนุษย์ที่เรียนรู้ที่จะศึกษาสิ่งแวดล้อม และกำหนดสถานภาพของตนเองในการมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจากการรับรู้ที่เกี่ยวกับตนเองทำให้เกิดทัศนคติ ความรู้สึกว่าคุณ เป็นอย่างไร ซึ่งมีทัศนคติ ความคิดเห็นความรู้สึกเกี่ยวกับคนนี้ นักจิตวิทยาเรียกว่าความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง (self-concept) ความรู้สึกดังกล่าวจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์แต่ละคนเป็นอย่างมาก เพราะการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการนำความจริงจากสิ่งแวดล้อมผสมผสานเข้ากับความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเสียก่อน แล้วจึงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมได้ จากการศึกษาส่วนใหญ่มีข้อสรุปตรงกันว่า มนุษย์ควรมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางบวกหรือทางที่ดี เพื่อจะได้นำมาใช้เป็นพลังงานในการพัฒนาตนเองและสังคมได้อย่างเต็มที่

2.แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน(People's Participation)

องค์การสหประชาชาติ (United Nation) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการกระทำเกี่ยวข้องกับมวลชนในระดับต่างๆ ถือเป็นกระบวนการกระทำโดยสมัครใจ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ทางสังคมและการจัดการทรัพยากร

องค์การอนามัยโลก (2521 อ้างในกันยา กาญจนบุรานนท์, 2539 , หน้า 980) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการรวมทั้งชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยเน้นหนักเรื่องพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชน ในการพัฒนาชุมชนของเขาเอง

องค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (2521 อ้างในกันยา กาญจนบุรานนท์, 2539 , หน้า 980) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นกระบวนการซึ่งประชาชนเองเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกระดับ

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2536:10) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน(Community Participation) คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนที่ลึกซึ้งลงไปมากกว่าความร่วมมือธรรมดา เพราะแท้จริงเป็นความหมายของความเป็นเจ้าของเรื่องในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ซึ่งประกอบด้วยการจัดเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตาม การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนได้รู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และกำลังอุปกรณ์ต่างๆ

จอห์น เอ็ม โคนัน และนอร์แมน ที อฟฮอฟฟ์ (1980,p.219-222) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจการดำเนินงานตามกิจกรรมที่ตัดสินใจ ร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมพัฒนานั้นๆ หรือเข้าร่วมติดตามการประเมินผลกิจกรรมดังกล่าวด้วย

อากรพันธ์ จันทรสว่าง (อ้างในอนุชัย,2533) อธิบายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องความต้องการและทิศทางการเปลี่ยนแปลงความเห็นพ้องกันจะต้องมีมากจนเกิดการริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ กล่าวคือต้องเป็นการเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ ที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการนั้น และเหตุผลที่คนเข้ามาร่วมปฏิบัติการได้ จะต้องมีการตระหนักว่าการปฏิบัติการทั้งหมดทำโดยกลุ่ม หรือในนามของกลุ่ม หรือกระทำผ่านองค์กรคน กำลังเงิน และกำลังอุปกรณ์ต่างๆ

ถนัด ไบยา (2541:7) ได้อธิบายเกี่ยวกับความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมมิได้หมายถึงเฉพาะชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมในภาวะจำยอม แต่หมายถึงชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนตนเอง เป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง มีความสามารถแยกแยะว่าปัญหาใดที่

ชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาได้เอง ปัญหาใดที่อยู่เหนือความสามารถของชุมชน จะต้องให้ภาครัฐหรือผู้อื่นที่มีความรู้ ความสามารถช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา

รูจี จารุภาณ (2540, หน้า 4) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า การรวมกลุ่มทางสังคมเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ หรือดำเนินงานของกลุ่มให้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความร่วมมือร่วมใจ โดยที่สมาชิกมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเกี่ยวข้องทางด้านอารมณ์ และจิตใจของบุคคลในสถานการณ์ กลุ่มที่มีโอกาสและใช้โอกาสในการแสดงความรู้สึกรับบอกความต้องการ จึงเกิดการเข้าใจในการกระทำเพราะบุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าตนเองได้ลงทุนในการตัดสินใจและอุทิศพลังงานทุกอย่าง เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ดังนั้นจึงทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจและการประสานงานรวมทั้งร่วมรับผิดชอบกับกลุ่ม

ประเทือง วงศ์แจ้ง (2541, หน้า 17) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม ร่วมตัดสินใจวางแผนและดำเนินการในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนของพวกเขาเอง

เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ (2542, หน้า 84) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า กระบวนการที่ประชาชนในชุมชนนั้น เป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี สามารถกำหนดปัญหาสาธารณสุข วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน รวมทั้งแยกแยะปัญหาได้เอง และบริหารจัดการได้ทันที ส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหา

เจริญศรี แซ่ตั้ง (2542, หน้า 7) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า การดำเนินกิจกรรมโดยประชาชน ซึ่งต้องเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจของประชาชนในชุมชน รวมทั้งประชาชนจะต้องเป็นผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คิดค้นปัญหา วางแผนดำเนินการและติดตามประเมินผล โดยการดำเนินการดังกล่าวจะต้องมีเป้าหมายร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประชาชน รวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันด้วย

สุทัน ทางศัมา (2544, หน้า 7) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็นกระบวนการที่ชุมชนตัดสินใจกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยมีบทบาทในการค้นหาปัญหา ตั้งวัตถุประสงค์ หาสาเหตุของปัญหา กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา

จากการศึกษาแนวคิดความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนข้างต้น สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของประชาชนหรือชุมชนที่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของเรื่องในการแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหา และเห็นพ้องต้องกันในปัญหาและทิศทางการเปลี่ยนแปลง จนเกิดการริเริ่มเป็นโครงการเพื่อปฏิบัติ โดยเป็นผู้กำหนดวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน ตลอดจนการติดตามการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนเอง

ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงกระบวนการเกี่ยวกับการกระทำของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา ตระหนักถึงปัญหา วางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหา และติดตามประเมินผลของชุมชน โดยประชาชนในชุมชนเอง ตัดสินใจเลือกทางในการวางแผนแก้ไขปัญหา กำหนดทรัพยากรในการแก้ไข ปัญหาและการประเมินผล เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

2.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน สรุปได้ดังนี้ (บัญญัติ แก้วส่อง, 2531)

- การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์
- การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม คือ
 - การให้กลุ่มที่ด้อยโอกาสหรือถูกกีดกันทางสังคมได้นำเสนอความต้องการของตนเอง
 - ช่วยให้โครงการสามารถระดมทรัพยากรในท้องถิ่น เช่น ความรู้ แรงงาน เป็นต้น
 - ช่วยให้การกระจายสินค้าและบริการตลอดจนผลประโยชน์ดีขึ้น
 - มีพลังต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์
 - การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตนเอง จะสามารถนำไปสู่การพึ่งพาตนเองในที่สุด
 - กลุ่มประชาชนสามารถแสดงศักยภาพของตนเองที่มีอยู่และช่วยหาแนวทางแก้ไข ปัญหาได้อย่างเหมาะสม
 - การมีส่วนร่วมช่วยให้การยอมรับนวัตกรรมใหม่ ๆ ได้อย่างรวดเร็ว

2.3 ประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชน

องค์การอนามัยโลก (1979, สุภาณี รุ่งเรืองศรี , 2535 อ้างใน ชมนาด พจนามาตร์และคณะ, 2544, หน้า 13-14) ได้จำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 3 ประเภทคือ

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนแบบธรรมชาติ (spontaneous participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่สะท้อนถึงการกระทำด้วยความสมัครใจและเป็นอิสระ กำเนิดจากแรงจูงใจในภายในของประชาชนเอง ในภาวะที่เกิดปัญหาโดยปราศจากความร่วมมือจากองค์กรภายนอก การมีส่วนร่วมแบบนี้เป็นเพียงในอุดมคติที่พบได้ยากในงานสาธารณสุข
2. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ถูกกระตุ้นหรือชี้ชวนให้เกิดขึ้น (induced or sponsored participation) เป็นการมีส่วนร่วมอีกชนิดหนึ่งของการพัฒนาแบบการช่วยเหลือเพื่อให้ช่วยตัวเอง เกิดความปลุกเร้าจากการกระตุ้น ที่ส่วนใหญ่ตัวกระตุ้นเหล่านี้คือเจ้าหน้าที่ ด้วยการที่รูปแบบการมีส่วนร่วม

ถูกส่งผ่านเข้าไปให้ประชาชนเป็นครั้งแรกและดำรงอยู่ช่วงเวลาหนึ่ง แรงคลใจภายในเกี่ยวกับการพัฒนา จะเกิดขึ้นและประชาชนจะเกิดการร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมที่ส่งผ่านเข้าไป

3. การมีส่วนร่วมโดยการบังคับ(coercive participation) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เกิดขึ้นตามนโยบายรัฐบาลหรือ โดยการบังคับโดยตรง ผู้กระทำจะได้รับผลทันที แต่ไม่ได้ผลในระยะยาว เป็นการมีส่วนร่วมที่ผิดพลาดทั้งเชิงแนวคิดและวิธีการ

2.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

จอห์น เอ็ม โคเฮน และนอร์แมน ที อัฟฮอฟฟ์ (John M.Cohen and Noman T.Uphoff,1980, ย.219-222) แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น4 ขั้นตอน คือ

1.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision marking) เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นการแสดงออก ด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบ หรือกำหนดระบบของโครงการ เป็นการประเมินปัญหาหรือทางเลือก ที่สามารถเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของ ปัญหา ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

- การมีส่วนร่วมในขั้นต้น (Initial decision) เป็นการค้นหาความต้องการที่แท้จริงด้วย วิธีการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมของโครงการ

- การมีส่วนร่วมในการเตรียมการ(ongoing decision) เป็นการหาโอกาสหรือช่องทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งลำดับความสำคัญของโครงการที่ต้องดำเนินการ

- การมีส่วนร่วมในขั้นการตัดสินใจปฏิบัติการ(operating decision) เป็นการหาบุคคล เข้ามารับปฏิบัติการ ได้แก่ อาสาสมัคร ผู้ประสานงาน หรือกลุ่มที่รวมกันตามประเพณี เช่น กลุ่มสตรี หรือ กลุ่มหนุ่มสาว เพื่อที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยการเป็นสมาชิก ร่วมดำเนินการคัดเลือกผู้นำและการ สร้างพลังอำนาจให้แก่องค์กร

2.การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ(Implementation) เป็นการดำเนินการตามโครงการและ แผนงาน ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่

- การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร(resource contribution) ได้แก่ การ มี ส ่ว น ร ่วม สละแรงกาย การสละเงิน การให้วัสดุอุปกรณ์ และการให้คำแนะนำ ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้จะช่วยให้ด้วยความ เต็มใจ

- การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (Administration and coordination) การมีส่วนร่วมโดยวิธีการจ้างบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ การฝึกอบรมผู้ที่จะเข้าไปปฏิบัติในโครงการ หรือการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการและเป็นผู้ประสานในโครงการด้วย

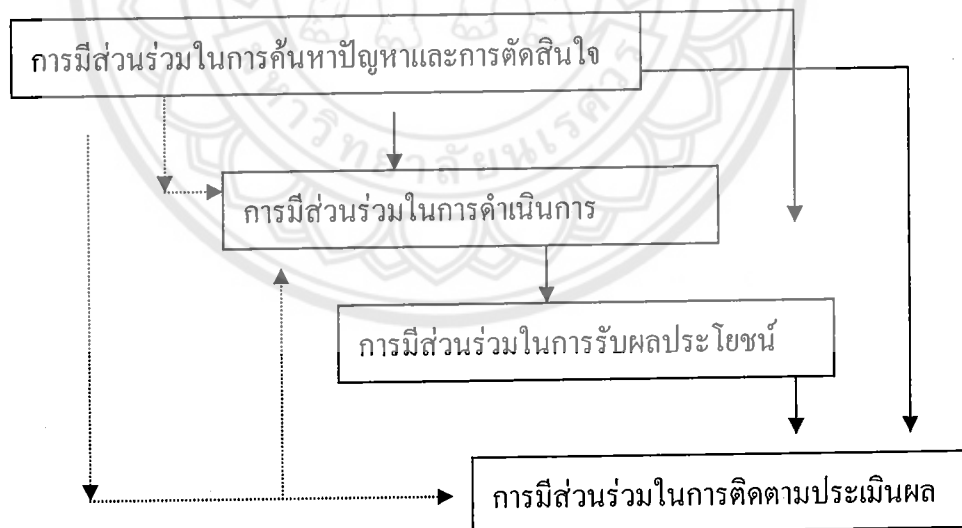
- การมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติงานในโครงการ(programmer enlistment activities) เป็นการมีส่วนร่วมโดยการเข้าปฏิบัติในโครงการ พบว่ามีลักษณะเป็นการบังคับให้เข้าปฏิบัติ ในโครงการมากที่สุด การมีส่วนร่วมโดยการบังคับให้ปฏิบัติจะต่างจากการให้ความร่วมมือ เพราะการ

บังคับให้ทำนั้น ผลประโยชน์จะไม่ใช่ว่าสำคัญ แต่ถ้าเป็นการมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจนั้น จะมีการคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเกิดการมีส่วนร่วม

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

- การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ด้านวัตถุ (Material benefits) ได้แก่การมีส่วนร่วมในการเพิ่มผลผลิต รายได้ หรือทรัพย์สิน
- การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านสังคม (Social benefits) ได้แก่ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่สังคม เช่น โรงเรียน สถานที่สาธารณะ หรือส่วนกลางของชุมชน เช่นการเพิ่มคุณภาพชีวิต การเกิดระบบน้ำประปา
- การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านบุคคล (Personal benefits) ได้แก่ การนับถือตนเอง พลังอำนาจทางการเมือง ความคุ้มค่าของผลประโยชน์

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผลการวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน รวมทั้งการค้นหาข้อดี และข้อบกพร่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาการทำงานให้มีประสิทธิภาพ แต่การมีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้ ส่วนใหญ่บทบาทดังกล่าวจะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยจะเป็นการประเมินผลของงบประมาณ ที่จัดสรรนั้น นำไปใช้อย่างไร การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนี้ จะเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของพลังความคิดที่จะทำให้โครงการพัฒนาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป



ภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการมีส่วนร่วมของจอห์น เอ็ม โคนัน และนอร์แมน ที ออฟฮอฟฟ์

เจมส์คัลด์ ปิ่นทอง (2533:272-273) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติการ
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

จากการศึกษาทฤษฎีในเรื่อง รูปแบบ ลักษณะและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมข้างต้น สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออกของชุมชนเอง ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกขั้นตอน สามารถแบ่งขั้นตอนและลักษณะการมีส่วนร่วมได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา โดยมีกิจกรรมดังนี้
 - 1.1 ร่วมการประชุม
 - 1.2 ร่วมแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
 - 1.3 ร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา
 - 1.4 ร่วมลงมติในที่ประชุม
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม โดยมีกิจกรรมดังนี้
 - 2.1 ร่วมประชุมเพื่อวางแผน
 - 2.2 ร่วมแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
 - 2.3 ร่วมคิดหารูปแบบกิจกรรมการดำเนินงาน
 - 2.4 ร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมและวางแผนการติดตามประเมินผล
 - 2.5 ร่วมลงมติในที่ประชุม
3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ โดยมีกิจกรรม ดังนี้
 - 3.1 สำรวจลูกน้ำยุงลายทุก 7 วัน
 - 3.2 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะน้ำดื่ม น้ำใช้ โดยวิธีใช้ฝาปิดให้มิดชิด หรือใส่ทรายที่มีฟอส(อะเบท) ทุก 3 เดือน หรือปล่อยปลากินลูกน้ำ หรือขจัดล้างเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน
 - 3.3 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะในห้องน้ำ ห้องส้วม โดยวิธีใส่ทรายที่มีฟอส(อะเบท) ทุก 3 เดือน หรือปล่อยปลากินลูกน้ำ หรือขจัดล้างเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน
 - 3.4 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในงานรองขาตู้กับข้าว โดยวิธีใส่เกลือหรือน้ำส้มสายชู หรือใส่น้ำร้อนทุกเดือน หรือใส่ทรายที่มีฟอส(อะเบท) ทุก 3 เดือน หรือใส่น้ำร้อนทุก 7 วัน หรือปูนขาว หรือน้ำมันจี้ได้
 - 3.5 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะ เศษภาชนะ หรือเศษสิ่งของเหลือใช้ที่สามารถเป็นแหล่งน้ำจรงอบบริเวณบ้าน โดยการทำความสะอาด ฟังหรือเผา หรือเทน้ำทิ้งทุก 7 วัน หรือปล่อยปลากินลูกน้ำ

3.6 ชักชวนให้เพื่อนบ้านร่วมกิจกรรมหรือให้ความรู้เรื่องกากป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่เพื่อนบ้าน

3.7 สนับสนุนวัสดุ สิ่งของ หรือเงิน เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล โดยมีกิจกรรม ดังนี้

4.1 ติดตามและประเมินผลครอบครัวตนเองในการร่วมทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระยะก่อนดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม

4.2 ติดตามและประเมินผลละแวกหรือคุ้มของตนเอง ในการร่วมทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระยะก่อนดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม

4.3 ติดตามและประเมินผลของหมู่บ้านในการร่วมทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระยะก่อนดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม

2.5 ประโยชน์จากการมีส่วนร่วมของประชาชน

ชุมชนจะได้รับผลประโยชน์จากการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยดังนี้ (อดิศร วงศ์คงเดช, 2539, หน้า 3)

1.ชุมชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนา หรือแก้ปัญหา และประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ ในรูปแบบของความคิดการตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่

2.เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชนและชุมชนจะมีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนาที่มีความมั่นคงถาวรและประหยัด

3.เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถ และพลังของชุมชนในการพึ่งตนเองและเป็นการส่งเสริมระบบประชาธิปไตย

4.ชุมชนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนเอง รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงการเคารพ นับถือ เชื่อใจ ไว้วางใจ รักและศรัทธาในชุมชนว่ามีความรู้ความสามารถ

2.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาจะเกิดมากน้อยเพียงใดต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ คือ

1.ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน ซึ่งเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นตัวละครสำคัญ ที่จะผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน หากเจ้าหน้าที่ขาดแนวคิด ขาดความเชื่อมั่นว่าประชาชนนั้นสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้ และมีวิธีการที่จะไปครอบงำความคิดของประชาชน คิดว่าตนเป็นผู้ให้ และประชาชนเป็นผู้รับแล้ว การพัฒนานั้นๆ ก็จะประสบความล้มเหลวและขาดความต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนก็จะไม่เกิดขึ้น

2.ปัจจัยที่เกี่ยวกับการบริหารในระบบราชการ คือลักษณะของการบริหารไม่เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนมากนักเพราะการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ มุ่งที่จะทำให้เกิดผลในระยะสั้น

ดังนั้นการทำงานจึงเป็นลักษณะการสั่งการมากกว่า อำนาจการตัดสินใจอยู่ส่วนกลาง เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติที่สัมผัสกับชุมชนโดยตรงมักจะขาดอำนาจการตัดสินใจ การทำงานต้องเป็นไปตามคำสั่งของผู้มีอำนาจสูงขึ้นไป บางครั้งงานที่สั่งการมาอาจไม่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของชุมชนและชุมชนเองก็ไม่สามารถแสดงออกถึงความต้องการได้ตามความเหมาะสม นอกจากนี้แล้วเจ้าหน้าที่ก็ยังไม่มีความสัมพันธ์กันในการทำงาน และไม่มีเป้าหมายในการวางแผนงานร่วมกัน ทั้งนี้เพราะปัญหาของชุมชนมิได้เนื่องมาจากสาเหตุเดียว แต่เนื่องจากสาเหตุต่างๆ มีความจำเป็นต้องอาศัยการวางแผน เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกันของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3. ปัจจัยด้านจิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรมของชุมชน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นอย่างมาก ชุมชนแต่ละชุมชนมีปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป บางชุมชนมีการรวมตัวกันง่าย มีการเสียสละช่วยเหลือกันชุมชนนั้นก็มิโอกาสที่จะเสริมสร้างการมีส่วนร่วมได้ง่ายกว่าชุมชนที่ต่างคนต่างอยู่ เอาเปรียบกัน และมุ่งผลประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก

จากข้อมูลต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากและที่จะให้เกิดผลอย่างแท้จริง ประชาชนจะต้องเป็นผู้คิดริเริ่มเอง โดยจะต้องเริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การดำเนินการแก้ไขปัญหา การประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินงาน

ปัจจัยของการมีส่วนร่วม

กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542:68) ได้อธิบายถึงปัจจัยของการมีส่วนร่วมดังนี้

การมีส่วนร่วมของชุมชนจะเกิดขึ้นได้ในลักษณะต่างๆ ต้องมีปัจจัยที่เหมาะสมและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน สรุปได้ดังนี้คือ

1. การปฏิบัติตนให้คล้ายตามความเชื่อพื้นฐานของคนและกลุ่ม
2. การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับมาตรฐานของตนเองและกลุ่ม
3. การส่งเสริม ปกป้อง และรักษาเป้าหมายของตนเองและกลุ่ม
4. ประสบการณ์ของบุคคล
5. ความคาดหวังของบุคคลหรือกลุ่มที่คาดหวังว่าควรกระทำในสถานการณ์ กิจกรรมนั้นๆ
6. การมองตนเอง บุคคล หรือกลุ่มบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ซึ่งจะทำให้การกระทำในสิ่งที่ตนบุคคล หรือกลุ่มควรกระทำ
7. ประสบการณ์ จำนวนและโอกาสบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบปฏิบัติของสังคมนั้นๆ
8. ความสามารถของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ซึ่งจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขารู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนที่ดีพอในการกระทำนั้น

องค์การอนามัยโลก ได้เสนอปัจจัยพื้นฐานในการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ปัจจัยตั้ง

งูใจประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ มีเหตุผลอยู่ 2 ประการคือ

1. การมองเห็นตัวเองว่าได้รับผลประโยชน์ตอบแทนในสิ่งที่ตนทำไป ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดสิ่งงูใจเป็นตัวนำ

2. การมองเห็นว่าตนเองมีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมได้เป็นอย่างดีอีกปัจจัยหนึ่งคือการที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น จะต้องมีการจัดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมเช่น ภาวะผู้นำ กฏระเบียบ และลักษณะกิจกรรมควรเป็นลักษณะที่เปิดโอกาสให้ทุกคนหรือทุกกลุ่มคน มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งตามความพร้อมและความสมัครใจ โดยการเข้าร่วมเป็นไปได้ในรูปแบบของการมีตัวแทนหรือเข้าร่วมโดยตรงก็ได้ ควรมีกำหนดเวลาที่ชัดเจน และดำเนินตามความคิดเห็นของกลุ่ม

Kuafman (1949:528 อ้างถึงใน ปริศนา โกลละสุด, 2534:22) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในต่างประเทศ พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดครอบครัว อาชีพ รายได้ และความยาวนานในการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

LW.Green (อ้างถึงในงานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2541) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมี 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยนำ (หลัก) หมายถึงปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน และก่อให้เกิดแรงงูในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยในตัวบุคคล

2. ปัจจัยเอื้อ (สนับสนุน) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ และสามารถที่จะใช้ทรัพยากรเหล่านั้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลาของการเข้าถึงสถานบริการ

3. ปัจจัยเสริม (แรงเสริม) หมายถึง ผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดหวังจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น อาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพได้ มีทั้งที่เป็นรางวัล ผลตอบแทนและการลงโทษ โดยได้รับจากคนอื่นที่มีผลต่อตนเอง

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยการมีส่วนร่วมข้างต้น สรุปได้ว่า การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ย่อมขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหรือปัจจัยที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล สิ่งเหล่านี้มีส่วนในการกำหนดความสำเร็จและความเป็นไปได้อของการดำเนินงานในชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในชุมชน พอแยกได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

- เพศ
- อายุ
- การศึกษา
- ตำแหน่งทางสังคม

- ขนาดของครอบครัว
- ประสบการณ์
- ความรู้ความสามารถในกิจกรรมที่จะทำ
- ประสบการณ์
- ความรู้ความสามารถในกิจกรรมที่จะทำ
- ความยาวนานในการอยู่ในชุมชน
- รายได้
- ความคาดหวังต่อประโยชน์ที่ได้รับ

ปัจจัยทางสังคม

- แรงจูงใจใฝ่สัมพันธในสังคมหรือกลุ่ม
- ความศรัทธาที่มีต่อบุคคล
- ความคาดหวังของกลุ่มหรือชุมชน
- การสนับสนุนของกลุ่มหรือชุมชน
- รูปแบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมของกลุ่มหรือชุมชน
- กฎเกณฑ์หรือมาตรฐานของกลุ่มหรือชุมชน

จากการสรุปแยกปัจจัยต่างๆ ข้างต้น ซึ่งได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคม ซึ่งมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านสังคม แต่เนื่องจากการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นการกระทำเชิงพฤติกรรมสุขภาพ จึงพิจารณาแยกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

ปัจจัยนำ(ส่วนบุคคล) ได้แก่

- เพศ
- อายุ
- การศึกษา
- สถานภาพสมรส
- อาชีพ

ปัจจัยเอื้อ(สนับสนุน)

- สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในครอบครัว
- สื่อในการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยเสริม

- การติดตามของ อาสาสมัครสาธารณสุข
- มาตรการของชุมชน

3 ทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันและควบคุมโรค

โรคไข้เลือดออกเดงกี (dengue hemorrhagic fever- DHF) นับเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่พบใหม่ (emerging disease) เมื่อ 45 ปีที่แล้ว โดยพบระบาดเป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์เมื่อ พ.ศ. 2497 และต่อมาพบการระบาดในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2501 และหลังจากนั้นได้แพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ที่อยู่ในเขตร้อนของทวีปเอเชีย โรคไข้เลือดออกเดงกีส่วนใหญ่เป็นในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี และอาจมีความรุนแรง มีภาวะช็อกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ โรคนี้จึงมีความแตกต่างจากโรคไข้เดงกี (dengue fever- DF) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่รู้จักกันมานานเกิน 200 ปีว่าเป็นโรคที่ไม่รุนแรง โดยทั่วไปจะไม่ทำให้เสียชีวิต และมีผู้ป่วย classical dengue fever ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดกระดูกอย่างรุนแรง (break bone fever) นั้นส่วนใหญ่มักจะเป็นในผู้ใหญ่

ในระยะ 40 ปีที่ผ่านมา มีการระบาดของ ไข้เดงกี/ไข้เลือดออกเดงกี เพิ่มมากขึ้น มีการระบาดเพิ่มมากขึ้นในบางพื้นที่ และจำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่มีการระบาดก็เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งมีการขยายพื้นที่การระบาดออกไปอย่างกว้างขวาง ใน พ.ศ. 2524 เริ่มมีการระบาดของไข้เลือดออกเดงกีเป็นครั้งแรกที่คิวบาภายหลังจากการระบาดของไข้เดงกีในปี พ.ศ. 2520 หลังจากนั้นก็มีรายงานของไข้เลือดออกเดงกีเป็น emerging disease ในประเทศต่างๆ ในอเมริกากลางและอเมริกาใต้มากขึ้น

ในประเทศไทย เริ่มมีการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 มีรายงานผู้ป่วย 2,158 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 8.8 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราป่วยตายร้อยละ 13.90 โดยมีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ.2530 คือ 174,285 ราย และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2541 มีรายงานผู้ป่วย 127,189 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 209.14 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 0.34 จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มที่สูงมากขึ้นมาตลอด แต่อัตราป่วยตายลดน้อยลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5-9 ปี รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 10-14 ปี ในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคอย่างกว้างขวาง โดยจะพบผู้ป่วยได้ทุกจังหวัดและทุกภาคของประเทศ

ในปัจจุบันจึงนับได้ว่า DF/DHF เป็นโรคติดเชื้อที่นำโดยยุงลาย (Aedes aegypti) ที่มีความสำคัญมากที่สุด โดยพิจารณาทางด้านสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และทางด้านการแพทย์ ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่รุนแรงอาจเกิดภาวะช็อกซึ่งเป็นผลจากการรั่วของพลาสมา ทำให้ถึงเสียชีวิตอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาอย่างถูกต้อง โรคนี้ นับเป็นสาเหตุที่สำคัญของการป่วยและการตายในเด็กอย่างน้อยใน 8 ประเทศของทวีปเอเชียที่มีโรคนี้ชุกชุม

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการระบาดและมีการขยายพื้นที่เกิดโรคออกไปอย่างกว้างขวาง ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือชุมชนเมืองเพิ่มมากขึ้น มีการเคลื่อนไหวของประชากร และมียุงลายมากขึ้นตามการเพิ่มของภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น การคมนาคมที่สะดวกขึ้นทั้งทาง

ถนนและทางอากาศ ทำให้มีการเดินทางมากขึ้นทั้งภายในและระหว่างประเทศ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเดงกีเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงในชนิดของเชื้อไวรัสเดงกีซึ่งมีอยู่ในแต่ละพื้นที่ก็มีความสำคัญต่อการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคแบบ DHF ที่สำคัญคือ การที่พื้นที่มีเชื้อไวรัสเดงกีชุกชุม มีมากกว่าหนึ่งชนิดในเวลาเดียวกัน (hyperendemicity with multiple serotypes) หรือมีการระบาดที่ละชนิดตามกันในเวลาที่เหมาะสม (sequential infection) เด็กมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่เคยติดเชื้อมาแล้วครั้งหนึ่งและเป็นเด็กที่มีภาวะโภชนาการดี

ไวรัสเดงกี เป็น single stranded RNA ไวรัส อยู่ใน Family Flaviviridae มี 4 serotypes (DEN1, DEN2, DEN3, DEN4) ซึ่งมี antigen ของกลุ่มบางชนิดร่วมกัน จึงทำให้มี cross reaction กล่าวคือเมื่อมีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชนิดนั้นอย่างถาวรตลอดชีวิต แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีอีก 3 ชนิดในช่วงระยะสั้น ๆ ประมาณ 6-12 เดือน (หรืออาจสั้นกว่านี้) ดังนั้นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีชุกชุมอาจมีการติดเชื้อ 3 หรือ 4 ครั้ง ได้ตามทฤษฎี ไวรัสทั้ง 4 serotypes สามารถทำให้เกิด DF หรือ DHF ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการ ที่สำคัญคืออายุและภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย มีการศึกษาทางระบาดวิทยาที่แสดงว่าการติดเชื้อซ้ำ (secondary infection) ด้วยชนิดที่ต่างจากการติดเชื้อครั้งแรก (primary infection) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เพราะส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยที่เป็น DHF มีการติดเชื้อซ้ำ ส่วนผู้ที่เป็น DHF เมื่อมีการติดเชื้อครั้งแรกนั้นมักเป็นในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ชนิดของไวรัสเดงกีที่เป็นครั้งที่ 1 และ 2 (sequence of infections) อาจมีความสำคัญเช่นเดียวกัน มีการศึกษาทางระบาดวิทยาในคิวบาและในประเทศไทยที่แสดงว่าการติดเชื้อครั้งที่ 2 ด้วย DEN2 มีโอกาสเสี่ยงสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นการตามหลังการติดเชื้อครั้งแรกด้วย DEN1 ในระยะแรก ๆ ในประเทศไทยจะแยกเชื้อ DEN2 จากผู้ป่วย DEF ได้ในอัตราที่สูงมากกว่าชนิดอื่น แต่ตั้งแต่ พ.ศ.2526 เป็นต้นมาแยกเชื้อจากผู้ป่วยได้ DEN3 มากกว่าชนิดอื่น ๆ การศึกษาทางด้าน molecular virology พบว่ามีความแตกต่างใน genotype/strain ที่แยกได้จากที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะมีการศึกษาเกี่ยวกับ DEN2 พบว่า DEN2 genotype จากประเทศไทย/เวียดนาม มีศักยภาพสูงที่จะทำให้เกิดเป็น DEF เมื่อเป็นการติดเชื้อซ้ำ

การแพร่กระจายของโรค

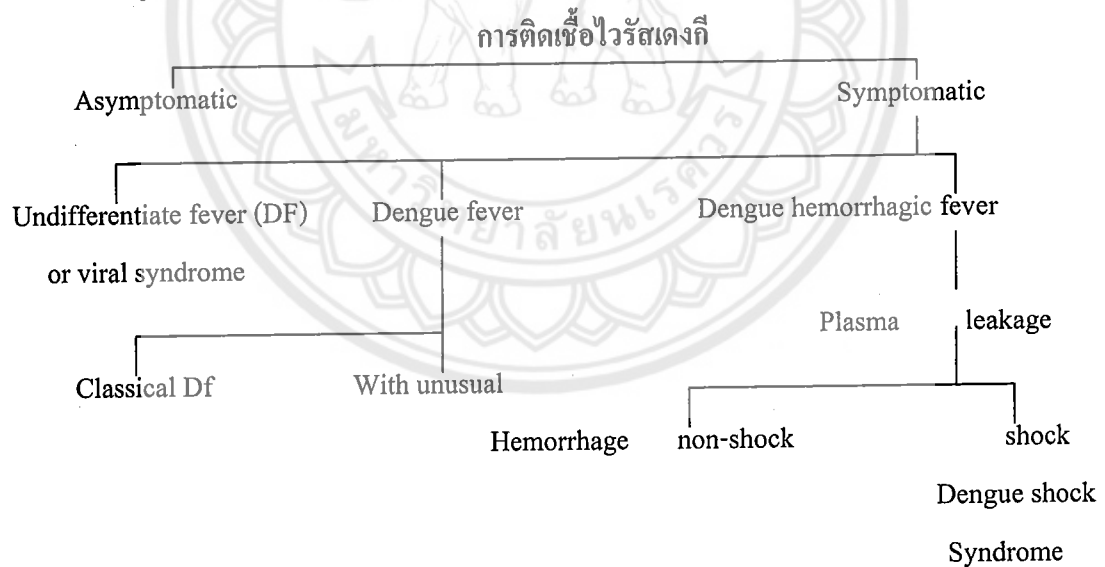
โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลาย *Aedes aegypti* เป็นตัวนำที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข่สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะ เพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8-12 วัน การแพร่เชื้อบางครั้งอาจเกิดทันทีหลังจากยุงกัดผู้ป่วย ดูดเชื้อไวรัสเข้าไป ขณะที่กำลังกัดดูดเลือดถูกรบกวนก่อนที่จะดูดเลือดอิม ยุงจะไปกัดคนอื่นต่อ (multiple feeding) และปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนผ่านระยะฟักตัวประมาณ 5-8 วัน (3-15 วัน) ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 การแพร่กระจายเชื้อไวรัสเดงกี

การติดเชื้อไวรัสเดงกี

การติดเชื้อไวรัสเดงกี ส่วนมากจะไม่มีอาการ (ร้อยละ 80-90) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กเมื่อติดเชื้อครั้งแรกมักจะไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง องค์การอนามัยโลกได้จัดแบ่งลักษณะทางคลินิกออกเป็น 3 รูปแบบตามความรุนแรงของโรค (ภาพที่ 2) ดังนี้



ภาพที่ 3 แสดงการติดเชื้อไวรัสเดงกี

ในประเทศที่มีโรคไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever- DHF) มักจะมีโรคไข้เดงกี (dengue fever-DF) อยู่ด้วย แต่สัดส่วนของ DHF และ DF จะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ ภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และชนิดของไวรัสเดงกี ในขณะนั้น จึงทำให้

การแยกโรคระหว่าง DHF และ DF เป็นปัญหาอยู่ ลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อไวรัสเดงกี ที่แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบตามความรุนแรงของโรค มีดังนี้

1. Undifferentiated fever (UF) หรือ viral syndrome มักพบในทารกหรือในเด็กเล็กซึ่งจะปรากฏเพียงอาการไข้และบางครั้งมีผื่นแบบ maculopapular rash
2. ไข้เดงกี (DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง คือมีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจเกิดอาการแบบ classical DF คือมีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตัว ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง มีผลการทดสอบทูร์นิเกตต์เป็นบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางรายก็อาจมีเกร็ดเลือดต่ำได้ ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน
3. ไข้เลือดออกเดงกี (DHF) มีอาการคล้ายกับ DF ในระยะมีไข้ แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือมีเกร็ดเลือดต่ำและการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อก เกิดขึ้นที่เรียกว่า dengue shock syndrome (DSS) การรั่วของพลาสมาสามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับฮีมาโตคริตสูงขึ้น มีน้ำในเยื่อหุ้มช่องปอดและช่องท้อง

อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออก

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี (Dengue fever, DF) ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและถึงเสียชีวิตได้

โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลังดังนี้

1. ไข้สูงลอย 2-7 วัน
2. มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง
3. มีตับโต กดเจ็บ
4. มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลว/ภาวะช็อก

อาการไข้ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักมีหน้าแดง (flushen face) และตรวจดูคอก็อาจพบว่ามี injected pharynx ได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคหัดในระยะแรก และโรกระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา

ในระยะไข้ขึ้น อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดทั่ว ๆ ไปและอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโต

ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ประมาณ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้มีเป็นแบบ biphasic ได้ อาจพบมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น rubella ได้

อาการเลือดออก ที่พบบ่อยที่สุดคือที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะ แดงง่าย โดยการทำให้ tourniquet test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็ก ๆ กระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งมักจะเป็นสีดำ (melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกในรายที่มีภาวะช็อกอยู่นาน

อาการตับโต ส่วนใหญ่จะคลำพบตัวโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ตับจะนุ่มและกดเจ็บ ภาวะช็อก ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้นเนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไป(ยังช่องปอด/ช่องท้อง) มาก เกิด hypovolemic shock ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบา เร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงโดยมี pulse pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มม.ปรอท (ปกติ 30-40 มม.ปรอท) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีความรู้สึก หูดรู้เรื่อง อาจป่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกระทันหัน ก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะทางศัลยกรรม ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีการเลวลง รอบปากเขียว ผิวสีม่วง ๆ ตัวเย็น ซีด จับชีพจรและวัดความดันไม่ได้ (profound shock) ความรู้สึกสติเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีภาวะช็อก หากว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาช็อกอย่างทันท่วงทีและถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ profound shock ส่วนใหญ่ก็จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว

ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดลงผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปแต่ไม่มากจนทำให้เกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงระยะสั้น ๆ ก็ จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

การเกิดภาวะช็อกเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

ก. มีการรั่วของพลาสมาซึ่งนำไปสู่ภาวะ hypovolemic shock ซึ่งมีข้อบ่งชี้ดังนี้

1. ระดับ hematocrit เพิ่มขึ้นทันทีก่อนเกิดภาวะช็อก และยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา
2. มีน้ำในช่องปอดและช่องท้อง การวัด pleural effusion index พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค
3. ระดับโปรตีนและระดับอัลบูมินในเลือดลดต่ำลงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา

4. central venous pressure ต่ำ

5. มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการใช้สารน้ำเกลือแร่และสาร colloid ชดเชย

ข. ระดับ peripheral resistance เพิ่มขึ้น เห็นได้จากระดับ pulse pressure แคบ โดยมีระดับ diastolic pressure สูงขึ้น เช่น 100/90, 110/100, 100/100 มม.ปรอท ในระยะที่มีการช็อก นอกจากนี้ยังมี การศึกษาทาง hemodynamic ที่สนับสนุนว่ามี peripheral resistance เพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

1. เม็ดเลือดขาว ส่วนใหญ่จะต่ำกว่าปกติ (น้อยกว่า 4,000/มม.) แต่ในวันแรกอาจจะปกติหรือ สูงเล็กน้อย โดยที่มี PMN ร้อยละ 70-80 เมื่อใกล้ไข้จะลดลง ระดับเม็ดเลือดขาวและ PMN จะลดลงพร้อม ๆ กับมี Lymphocy สูงขึ้น (มี atypical lymph ร้อยละ 15-35) บางครั้งเม็ดเลือดขาวอาจจะต่ำมาก 1,000-2,000/มม. ซึ่งการตรวจเม็ดเลือดขาวจะช่วยวินิจฉัยแยกโรคติดเชื้อแบคทีเรียได้ และช่วยบอกระยะเวลาที่ ไข้จะลดลงได้

2. เกร็ดเลือดจะลดลงอย่างรวดเร็วก่อนไข้ลดและก่อนระยะช็อก ส่วนใหญ่เกร็ดเลือดจะลดลง ต่ำกว่า 100,000/มม. และต่ำอยู่ประมาณ 3-5 วัน ในระยะที่มีเกร็ดเลือดต่ำจะมี impaired function ด้วย

3. ระดับความเข้มข้นของเลือดจะเพิ่มขึ้น (hemoconcentration) ซึ่งเป็นผลจากการเสียพลาสมา ระดับ hematocrit (HCT) ที่สูงขึ้นกว่าปกติเท่ากับหรือมากกว่าหรือร้อยละ 20 (เช่น เพิ่มจากเดิมร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 42) ถือเป็นเครื่องชี้บ่งว่ามีการรั่วของพลาสมาส่วนใหญ่ HCT จะเพิ่มขึ้นพร้อมกับเกร็ดเลือด ลดลงหรือภายหลังเกร็ดเลือดลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้จะเกิดก่อนไข้ลดและก่อนภาวะ ช็อก จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค

4. การตรวจ chest x-rays จะพบน้ำในเยื่อหุ้มปอดได้เสมอ ส่วนใหญ่จะพบทางด้านขวาในรายที่ รุนแรงมีภาวะช็อกอาจพบได้ทั้งสองข้าง

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องในระยะแรกจะมีความสำคัญมาก เพราะการให้การรักษาได้ อย่างถูกต้องเมื่อเริ่มมีการรั่วของพลาสมา จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการสูญเสียชีวิตได้ จาก ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกซึ่งมีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคทางคลินิก ได้อย่างถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะช็อก โดยใช้หลักการทางคลินิก 4 ประการร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทาง ห้องปฏิบัติการ 2 ประการ คือ

อาการแสดงทางคลินิก

1. ไข้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและสูงลอยประมาณ 2-7 วัน
2. มีอาการเลือดออก อย่างน้อยมีการทดสอบทูร์นิเกตต์ให้ผลบวกร่วมกับอาการเลือดออกอื่น เช่น จุดเลือดที่ผิวหนัง เลือดกำเดา อาเจียน/ถ่ายเป็นเลือด
3. ตับโต
4. ภาวะช็อก

การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ

1. เกร็ดเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100,000 / มม.
2. มีความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 หรือมากกว่า

จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลเด็ก การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกโดยใช้อาการทางคลินิกที่สำคัญ 4 อย่าง คือ อาการไข้ อาการเลือดออก ตับโต และการมีภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวหรือช็อก มีความแม่นยำเกินร้อยละ 95 และถ้าใช้อาการทางคลินิกเหล่านี้ร่วมกับผลการตรวจเกร็ดเลือดและระดับ hematocrit ก็จะมีค่าความแม่นยำมากยิ่งขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2517 เป็นต้นมา องค์การอนามัยโลก ได้กำหนด WHO Criteria ในการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก โดยใช้อาการทางคลินิก 4 อย่างดังกล่าวแล้วร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ เกร็ดเลือดลดลงเหลือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100,000 เซลล์ ต่อหนึ่งลูกบาศก์ มม. และมีระดับ hematocrit เพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญเพราะจะบอกความเปลี่ยนแปลงใน hemostasis และการรั่วของพลาสมา (การรั่วของพลาสมาในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีลักษณะเฉพาะ คือ พลาสมาจะรั่วออกไปที่ช่องปอดและช่องท้อง โดยผู้ป่วยจะไม่มี generalize edema ให้เห็น) จะช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยทางคลินิกและช่วยในการพยากรณ์โรค เพราะการเปลี่ยนแปลงของเกร็ดเลือดและระดับ hematocrit มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ทั้งบอกการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะระดับ hematocrit ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีของการรั่วของพลาสมา และบอกถึงเวลาที่จะต้องเริ่มให้การรักษา

ปัญหาที่พบในการวินิจฉัยทางคลินิก คือ ในวันแรกของโรคที่ตรวจ พบเพียงไข้สูง อาเจียน เบื่ออาหาร การทดสอบทูร์นิเกตต์ ยังให้ผลลบทำให้วินิจฉัยยากจะต้องวินิจฉัยแยกจากโรคติดเชื้อ อื่น ๆ การพบผู้ป่วยหน้าตาแดงโดยไม่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจจะช่วยให้นึกถึงการติดเชื้อเดงกี การตรวจเม็ดเลือดขาวถ้าพบว่าปกติหรือต่ำก็เป็นลักษณะที่พบบ่อยในการติดเชื้อเดงกี ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยแยกโรคออกจากโรคติดเชื้อแบคทีเรีย การติดตามดูการเปลี่ยนแปลง ถ้าพบจุด petechiae การทดสอบทูร์นิเกตต์ให้ผลบวก มีอาการตับโตกดเจ็บ จะช่วยสนับสนุนว่าน่าจะเป็น DHF สำหรับการติดตามดูเม็ดเลือดขาว ถ้าพบจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง โดยจำนวน PMN ลดลง พร้อม ๆ กับมี lymphocyte อย่างใกล้ชิด หากเกร็ดเลือดลดลงและ hematocrit สูงขึ้นจะวินิจฉัยได้แน่นอนว่าเป็น DHF ในผู้ป่วยรายที่มีภาวะช็อคอยู่ก่อนแล้วหรือมีการเสียเลือดหรือได้รับการให้สารน้ำมาก่อน การเพิ่มของระดับ hematocrit อาจเห็นไม่ชัดเจน

การตรวจพบ pleural effusion/ascites จะสนับสนุนการวินิจฉัยโรคและช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค DHF ออกจากโรค DF และโรคอื่น ๆ ได้

ในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DHF) ESR จะอยู่ในระดับปกติในระยะที่มีไข้และจะลดต่ำลงจากปกติในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาและระยะที่มีภาวะช็อก ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค DSS จาก septic shock ได้

การจัดระดับความรุนแรงของ DHF โดยการพิจารณาว่ามีภาวะช็อกหรือไม่นั้น แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (grade) คือ ในรายที่ไม่มีอาการช็อกจัดเป็น grade 1 และ grade 2 ซึ่งจะแยกกันโดยที่ grade 2 มี spontaneous hemorrhage ถ้ามีภาวะช็อกก็จัดอยู่ใน grade 3 และ grade 4 ในรายที่เป็น grade 4 เป็นผู้ป่วยที่มี profound shock วัดความดันเลือดและชีพจรไม่ได้ การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคนี้ยังมีความสับสน โดยบางครั้งพบว่าการจัด DF อยู่ใน grade 1 และ grade 2 ซึ่งที่ถูกต้องแล้ว grade 1-4 นี้เป็นการแบ่งระดับความรุนแรงของ DHF เท่านั้น ดังนั้น จะต้องวินิจฉัยก่อนว่าเป็น DHF หรือไม่ (โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยว่ามีเกร็ดเลือดต่ำ มีการรั่วของพลาสมา ซึ่งอาจเป็นระดับ HCT สูงหรือพบว่ามี pleural effusion/ascites) จากนั้นจึงจะจัดระดับความรุนแรงของ DHF

การวินิจฉัยทางไวรัสและทางน้ำเหลือง

ในระยะที่มีไข้สูงจะเป็นระยะที่มีเชื้อไวรัสอยู่ในกระแสเลือด (viremia) จึงสามารถแยกเชื้อไวรัสแดงออกจากเลือดได้ หลังจากไข้ลดลงแล้วไวรัสก็จะหมดไปจากกระแสเลือด

การตรวจทางน้ำเหลืองเป็นการตรวจระดับการเปลี่ยนแปลงของ IgM และ IgG antibody ต่อเชื้อแดงที่ ซึ่งใช้ในการวินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อครั้งแรกหรือเป็นการติดเชื้อซ้ำ ในปัจจุบันนิยมใช้วิธี ELISA โดยการติดเชื้อครั้งแรกพบวาระดับ IgM : IgG จะมากกว่า 1.8 อย่างไรก็ตามวิธี HAI ยังคงเป็นวิธีมาตรฐาน การตรวจทางน้ำเหลืองจะต้องเจาะเลือด 2 ครั้งห่างกัน 1-4 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีวิธีการวินิจฉัยโดยใช้เทคนิคที่เรียกว่า PCR และ rapid diagnosis เพื่อระดับของ IgM และ IgG (ในวันที่ 1-3 IgM antibody อาจยังไม่ขึ้นถึงระดับที่จะตรวจพบได้)

การวินิจฉัยทางไวรัสและทางน้ำเหลืองจะช่วยยืนยันว่ามีการติดเชื้อแดงที่ แต่การวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง DHF และ DF นั้นจะต้องใช้อาการทางคลินิกร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของเกร็ดเลือดและการรั่วของพลาสมา

การดูแลรักษา

ขณะนี้ยังไม่มีมาตรฐานไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นแบบการรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคและให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะต้องมีการ nursing care ที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤตประมาณ 24-28 ชั่วโมงที่มีการรั่วของพลาสมา

การดูแลรักษา มีหลักปฏิบัติดังนี้

1. ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชักหรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรใช้ยาพาราเซตามอล ห้ามให้ยาพวกแอสไพริน เพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้นและที่สำคัญอาจทำให้เกิด Reye syndrome ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น (เพื่อให้ไข้ที่สูงมากลดลงเหลือน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส) การใช้ยาลดไข้มากเกินไปจะมีภาวะเป็นพิษต่อดับได้ควรจะใช้การเช็ดตัวช่วยลดไข้ด้วย
2. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้ หรือ สารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มครั้งละน้อย ๆ และดื่มบ่อย ๆ
3. จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ถ้าไข้ 7 วัน ก็อาจช็อกวันที่ 8 ควรแนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำของช็อก ซึ่งอาจจะมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกระทันหัน กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ควรแนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้
4. เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ แพทย์จะตรวจเลือดดูปริมาณเกร็ดเลือดและ hematocrit และอาจนัดมาตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของเกร็ดเลือดและ hematocrit เป็นระยะ ๆ เพราะถ้าปริมาณเกร็ดเลือดเริ่มลดลงและ hematocrit เริ่มสูงขึ้น เป็นเครื่องชี้บ่งว่าน้ำเลือดรั่วออกจากเส้นเลือด และอาจจะช็อกได้ จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย
5. โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกที่ยังมีไข้ สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาไปรับประทาน และแนะนำให้ผู้ป่วยครองเฝ้าสังเกตอาการตามข้อ 3 หรือแพทย์นัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ โดยตรวจดูการเปลี่ยนแปลงตามข้อ 4 ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงอาการช็อก ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย และถือเป็นเรื่องรีบด่วนในการรักษา

ในรายที่ไข้ลด มีระดับ hematocrit มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 แต่ไม่มีภาวะช็อกอาจให้การักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้ 5%D ½ NSS หรือ 5%D Ringer acetate ปริมาณเท่ากับ maintenance + 5% deficit โดยจัดปริมาณและเวลาการให้ตามการรั่วของพลาสมา ซึ่งดูจาก HCT, viral signs และ urine

output และจะต้องมีการปรับลดปริมาณและความเร็วตาม HCT ตลอดเวลา 24-48 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป ในรายที่ระดับ HCT ยังสูงอยู่หลัง 24 ชั่วโมงหรือผู้ป่วยที่มีเลือดออกแม้ไม่มาก ควรรับเป็นผู้ป่วยใน

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก หรือเลือดออก แพทย์จะต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขสภาวะดังกล่าวด้วยสารน้ำ พลาสมา หรือสาร colloid อย่างระมัดระวัง เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันโรคแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การให้การรักษาดังกล่าวถือเป็น medical emergency และให้การรักษาดังต่อไปนี้

1. ให้สารน้ำ isotonic 5%D/R acetate 10-20 cc/kg/hr หรือให้เป็น bolus ในรายที่เป็น profounded shock ทันทีเมื่อพบผู้ป่วย

2. เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนจากการ resuscitate แม้จะเป็นเวลา ½-1 ชั่วโมงควรจะลดอัตราลงและปรับอัตรา IV fluid ตามอัตราของการรั่วของพลาสมา โดยใช้ระดับ HCT, viral signs และ urine output เป็นแนวทาง ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่เกิน 24-48 ชั่วโมง หลักการที่สำคัญคือให้ IV fluid ในปริมาณที่พอสำหรับการรักษาระดับการไหลเวียนในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาเท่านั้น

3. แก้ไขภาวะ metabolic และ electrolyte disturbance ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะ acidosis

4. ถ้าผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นต่อนี้ก็ถึงภาวะเลือดออกซึ่งอาจเป็น concealed bleeding ผู้ป่วยที่ยังมีภาวะช็อกอยู่ (refractory shock) ภายหลังจากให้ crystalloid/colloidal และ HCT ลดลงแล้ว (เช่น ลดจากร้อยละ 50 เป็น ร้อยละ 40) ต่อนี้ก็ถึงภาวะเลือดออก และต้องให้เลือดซึ่งควรจะเป็น fresh whole blood ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ช็อกจะมีเลือดออกมากได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี profound shock อยู่ยาวนาน

สาเหตุการตายที่สำคัญ คือผู้ป่วยที่มี profound shock มี internal bleeding ซึ่งถ้าไม่ได้รับเลือดทดแทนจะมี proonged shock การให้ fluid มากเกินไปโดยไม่ให้เลือดทดแทนทำให้มี fluid overload ซึ่งเป็นสาเหตุตายที่สำคัญได้เช่นกัน ในรายที่มีภาวะตับวายในการรักษาแบบเดียวกับผู้ป่วยตับวายจากโรคตับอักเสบ ถึงแม้จะพบภาวะตับวายได้น้อยแต่เมื่อพบจะมีอัตราการตายสูงมาก

ข้อสังเกต

1. ระยะที่มีการรั่วของพลาสมาส่วนใหญ่เป็นเวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง การให้น้ำทางหลอดเลือดดำก่อนที่จะมีการรั่ว (ก่อนระดับเกร็ดเลือดลดต่ำลงและก่อนที่จะมี hematocrit เพิ่มขึ้น) จะไม่สามารถป้องกันการรั่วได้ การให้ปริมาตรน้ำเข้าไปแทนที่ที่หัวใจจะให้ชดเชยในช่วงที่มีการรั่วเท่านั้น ในขณะที่ยังไม่มียาใด ๆ ที่สามารถยับยั้งการรั่วของพลาสมาได้

2. เนื่องจากพลาสมาที่รั่วออกไปจะอยู่ที่ช่องปอดและช่องท้อง (serous space) การให้ชดเชยควรจะให้เพียงพอที่สุดที่จำเป็นในการ maintain effective circulatory การให้มากเกินไปจะทำให้เกิดปัญหา respiratory distress จาก pleural effusion/ascites ซึ่งอาจจะทำให้มีอันตรายมากกว่าความรุนแรงของโรคเอง

3. เนื่องจากสิ่งที่รั่วออกไปคือพลาสมา และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะมีระดับ โซเดียมต่ำ ดังนั้นชนิดของสารน้ำที่ใช้ในการรักษาโรคไขเลือดออกควรจะมีส่วนผสมที่ใกล้เคียงกับพลาสมามากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการช็อก ที่แนะนำใช้ คือ Ringer acetate solution หรือ 5%D in ½ NSS สำหรับเด็กเล็ก Dextran 40 ใช้แทนพลาสมาได้

4. ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเนื่องจากการเสียพลาสมา แต่ในโรคไขเลือดออกมีการเปลี่ยนแปลงทาง hemostatic ที่สำคัญคือเกร็ดเลือดต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50,000/มม. ในรายที่มีช็อก) และเกร็ดเลือดทำงานผิดปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงใน coagulogram โดยมี thromboplastin time และ thrombin time ผิดปกติ และในบางรายก็จะมี prothrombin time ผิดปกติด้วย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกอย่างรุนแรงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ช็อกอยู่นานจนมีภาวะ metabolic acidosis ดังนั้น ในรายที่ช็อกอยู่นานจะต้องนึกถึงการมีเลือดออกภายในซึ่งส่วนใหญ่จะออกในทางเดินอาหารและอาจจะออกในอวัยวะที่สำคัญอื่น ๆ เช่น หัวใจและสมอง ในรายที่มีเลือดออกในสมองจะทำให้มีอาการกระตุกและชักได้

5. เนื่องจากการมี hemostatic changes ในโรคไขเลือดออกดังกล่าวในข้อ 4 ควรหลีกเลี่ยงวิธีการรุนแรงต่าง ๆ ที่ไม่จำเป็น เพราะอาจจะทำให้เลือดออก/ออกมากขึ้นได้ (ตัวอย่างเช่น การใส่สาย N.G.tube ทางจมูก)

6. ในผู้ป่วยโรคไขเลือดออกทุกรายควรดูการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับ

- electrolytes, blood gas
- coagulogram ถ้าผิดปกติมากจะต้องนึกถึงภาวะที่อาจจะมีเลือดออกรุนแรงได้
- liver function (albumin และ transaminase)

7. การเอาใจใส่ดูแลของแพทย์และพยาบาลตลอดระยะเวลาวิกฤตเป็นเรื่องสำคัญในการรักษาโรคไขเลือดออก ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการชดเชยพลาสมาที่เสียไปหรือให้ทดแทนเข้าไป แม้ช่วงระยะสั้น ๆ ก็อาจจะมีผลต่อผู้ป่วย ทำให้มี prolonged shock และมีภาวะ DIC ตามมาและทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง

8. ไม่มีข้อมูลที่แสดงอย่างแน่ชัดว่าการใช้ steroids ในการรักษาได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยการให้สารน้ำทดแทนอย่างเดียว

ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก

ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกเป็นแมลงจำพวกหนึ่งจัดอยู่ใน Class Insecta (Hexaapoda), Order Diptera, Family Culicidae, Tribe Culicini, Genus Aedes ที่สำคัญมีอยู่ 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะหลักและยุงลายสวน (Aedes albopictus) เป็นพาหะรองยุงลายเป็นยุงที่มีขนาดปานกลาง มีวงจรชีวิตเป็นแบบ complete metamorphosis คือ มีการเจริญเติบโตแบบสมบูรณ์ ในวงจรชีวิตของยุงลายประกอบด้วยระยะต่าง ๆ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่, ระยะตัวอ่อน(ลูกน้ำ), ระยะดักแด้(ตัวโม่่ง), และระยะตัวเต็มวัย ทั้ง 4 ระยะมีความแตกต่างกันทั้งรูปร่างลักษณะและการดำรงชีวิต ลักษณะสำคัญทั่วไปของยุงลาย คือ

ตัวเต็มวัย

1. ร่างกายอ่อนนุ่ม เปราะบาง แบ่งเป็น 3 ส่วนแยกออกจากกันเห็นได้ชัดเจน คือ ส่วนหัว ส่วนอกและส่วนท้อง ลำตัวยาวประมาณ 4-6 มม. มีเกร็ด (scale) สีดำสลับขาวตามลำตัวรวมทั้งส่วนหัวและส่วนอกด้วย
2. มีขา 3 คู่ อยู่ที่ส่วนอก ขามีสีดำสลับขาวเป็นปล้อง ๆ ที่ขาหลังบริเวณปลายปล้องสุดท้าย มีสีขาवलอด
3. มีปีกที่เห็นได้ชัดเจน 1 คู่อยู่บริเวณส่วนอก ลักษณะของปีกบางใส มีเกล็ด(scale)เล็ก ๆ บนเส้นปีก ลักษณะของเกล็ดแคบ ยาว บนขอบหลังของปีกมีเกล็ดเล็ก ๆ เป็นชายครุย นอกจากนี้ที่ส่วนออกยังมีอวัยวะที่เรียกว่า halter ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว (organ of balancer) 1 คู่อยู่ใกล้กับปีก
4. มีปาก (proboscis) ยาวมาก โดยความยาวของปากเท่ากับส่วนหัวและส่วนอกรวมกันลักษณะปากเป็นแบบแทงดูด (piercing and sucking type)
5. เส้นหนวดประกอบด้วยปล้องสั้น ๆ 14-15 ปล้อง ที่รอยต่อระหว่างปล้องมีขนขึ้นอยู่โดยรอบ ในยุงตัวผู้เส้นขนเหล่านี้ยาวมาก (ใช้รับคลื่นเสียงที่เกิดจากการขยับปีกของยุงตัวเมีย) มองดูคล้ายพู่ขนนก เรียกลักษณะหนวดแบบนี้ว่า plumose ส่วนในยุงตัวเมียเส้นขนที่รอยต่อระหว่างปล้องจะสั้นกว่าและมีจำนวนน้อยกว่า เรียกว่าหนวดแบบเส้นค้ายหรือ pilose ลักษณะของหนวดยุงจึงใช้ในการจำแนกเพศของยุงได้ง่าย

ระยะไข่

ไข่ยุงลายมีลักษณะรีคล้ายกระสวย เมื่อวางออกมาใหม่ ๆ จะมีสีขาวนวล ต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลและดำสนิทภายใน 24 ชั่วโมง

ระยะลูกน้ำ

ไม่มีขา ส่วนอกมีขนาดใหญ่กว่าส่วนหัว ส่วนท้องยาวเรียวยาวประกอบด้วยปล้อง 10 ปล้อง มีท่อ siphon บนปล้องที่ 8 ใช้ในการหายใจ ท่อหายใจของยุงลายสั้นกว่าท่อหายใจของยุงรำคาญและมีกลุ่มขน 1 กลุ่มอยู่บนท่อหายใจนั้น

ระยะตัวไม่

ไม่มีขา รูปร่างคล้ายเครื่องหมายจุลภาค (,) มีอวัยวะใช้ในการหายใจที่เรียกว่า trumper 1 คู่ อยู่บนส่วน cephalothorax (ส่วนหัวรวมกับส่วนอก)

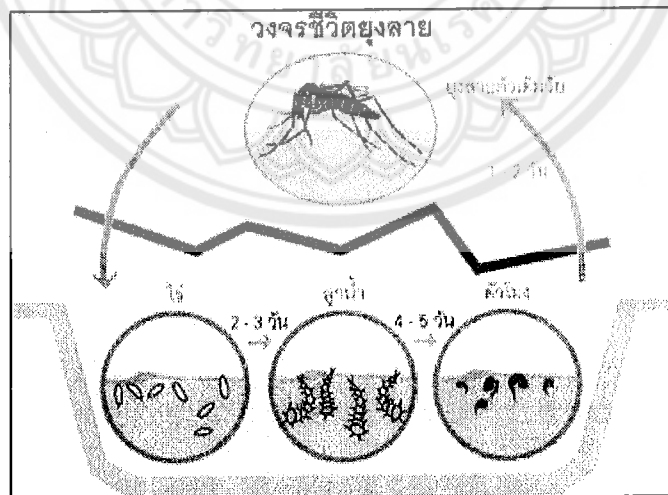
ยุงลายบ้านและยุงลายสวนมีรูปร่างลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้

ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*)

- ตัวเต็มวัย บริเวณระยางค์ปาก (palpi) ปกคลุมด้วยเกล็ดสีขาว ที่ส่วนอก บริเวณกึ่งกลางหลังจะมีขนแข็ง และมีเกล็ดสีขาวเรียงตัวกันเห็นเป็นลวดลายคล้ายพิณฝรั่ง (lyre like)
- ลูกน้ำ บริเวณปล้องที่แปดจะมี comb scale อยู่หนึ่งแถวประมาณ 8-12 อัน บริเวณขอบตรงส่วนปลายของ comb scale จะแยกเป็นแฉก และที่บริเวณอกจะมีหนามแหลมอยู่ใต้ pleural hairs

ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*)

- ตัวเต็มวัย มีเกล็ดสีดำที่ระยางค์ปาก (palpi) ด้านหลังของส่วนอกมีแถบสีขาวพาดอยู่ตรงกลาง บริเวณ mesepimeral มีเกล็ดสีขาวเรียงต่อกันเป็นรูปตัว V ลูกน้ำ บริเวณปล้องที่แปดมี comb scale อยู่หนึ่งแถวประมาณ 8-12 อัน ส่วนปลายของ comb scale ที่บริเวณขอบไม่แยกเป็นแฉก ส่วนอกบริเวณใต้ pleural hairs ไม่มีหนามแหลม



ภาพที่ 4 แสดงวงจรชีวิตของยุงลาย

วงจรชีวิตและชีวนิสัยของยุงลาย

ยุงลายมักวางไข่ตามผิวภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย โดยวางไข่ฟองเดี่ยว ๆ อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม

ตัวเมียวางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง ยุงลายจะวางไข่น้อยเป็นจังหวะใน 24 ชั่วโมง โดยอาศัยจังหวะที่แสงแดดลดน้อยลงในเวลาเย็น จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการพบว่ายุงลายจะวางไข่มากที่สุดก่อนพระอาทิตย์ตกดิน โดยปัจจัยที่ควบคุมให้เกิดกิจกรรมนี้ คือ การเริ่มมืด ตัวอ่อนที่อยู่ภายในไข่จะเจริญเติบโตพร้อมที่จะฟักออกเป็นลูกน้ำภายใน 2 วัน (แต่ถ้าสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ขาดความชื้น ไข่ที่ตัวอ่อนภายในเจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะทนต่อความแห้งแล้งในสภาพนั้นได้นานหลายเดือน เมื่อไข่นั้นได้รับความชื้นหรือมีน้ำมาท่วมไข่ ไข่ก็จะฟักออกเป็นลูกน้ำได้ในเวลาอันรวดเร็วตั้งแต่ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง แต่อัตราการฟักออกเป็นลูกน้ำจะลดน้อยลงตามระยะเวลาที่นานขึ้น)

ตัวอ่อน (larva) ของยุงเรียกว่าลูกน้ำ (wiggler = นักเดินยัวเยี้ย, กระจกตัวไปมา) ระยะเวลาเป็นลูกน้ำกินเวลานานประมาณ 6-8 วัน อาจมากหรือน้อยกว่านี้ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ อาหารและความหนาแน่นของลูกน้ำภายในภาชนะนั้น ๆ ลูกน้ำลอกคราบ 4 ครั้ง จากลูกน้ำระยะ (instar) ที่ 1 เข้าสู่ลูกน้ำระยะที่ 2, 3 และ 4 ลูกน้ำยุงลายจะใช้ท่อหายใจเกาะทำมุมกับผิวน้ำโดยลำตัวตั้งเกือบตรงกับผิวน้ำ ลูกน้ำเคลื่อนไหวอย่างว่องไว ว่ายน้ำคล้ายงูเล็กน้อย ไม่ชอบแสงสว่าง ลูกน้ำจะกินอินทรีย์สารและอาหารอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่ในภาชนะ เช่น ตะไคร่น้ำ เศษอาหารต่าง ๆ ที่หล่นลงไป เชื้อแบคทีเรียและพวกสัตว์เซลล์เดียว

เมื่อลูกน้ำระยะที่ 4 ลอกคราบครั้งสุดท้ายก็จะกลายเป็นตัวดักแด้ (pupa) หรือที่เรียกว่า ตัวโม่ (tumbler=นักหกคะเมน, กลิ้งไปมา, ตุกตาล้มลุก) ในระยะที่เป็นตัวโม่นี้จะเคลื่อนไหวช้าลงหรือไม่เคลื่อนไหวเลยและเป็นระยะที่ไม่กินอาหาร แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงภายใน ประมาณ 1-2 วัน ก็จะลอกคราบกลายเป็นตัวเต็มวัย (adult) หรือตัวยุงลาย เมื่อตัวโม่จะลอกคราบ มันจะลอยนิ่งอยู่ที่ผิวน้ำและเกิดรอยแตกรูปตัวที (T) ที่ด้านบนของ cephalothorax วงจรชีวิตของยุงลายในแต่ละท้องที่ใช้เวลาไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณอาหาร อุณหภูมิ ความชื้น และความสั้นยาวของกลางวัน-กลางคืน (photoperiod) ยุงตัวผู้มีอายุขัยสั้นประมาณ 6-7 วันเท่านั้น ส่วนยุงตัวเมียอยู่ได้นานกว่า หากมีอาหารสมบูรณ์ อุณหภูมิและความชื้นพอเหมาะ ยุงลายตัวเมียอาจอยู่ได้นานประมาณ 30-45 วัน

เมื่อออกจากคราบตัวโม่ใหม่ ๆ ยุงลายจะยังไม่สามารถบินได้ทันที ต้องเกาะนิ่งอยู่บนผิวน้ำ รอเวลาระยะหนึ่งเพื่อให้ระยางค์ต่าง ๆ บนส่วนหัวยึดออกและเพื่อให้เลือดซึมเข้าเส้นปีก ทำให้เส้นปีกยึดออกและแข็งจึงจะบินได้ ระยะนี้ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง เมื่อยุงบินได้แล้วก็พร้อมที่จะหาอาหารและผสมพันธุ์ โดยปกติยุงตัวผู้จะลอกคราบออกมาก่อนตัวเมีย 1-2 วัน (จากตัวโม่ในรุ่นเดียวกัน) เนื่องจากยุงตัวผู้ต้องใช้เวลาราว 24 ชั่วโมง เพื่อให้อวัยวะสืบพันธุ์หมุนตัวไปครบ 180 องศา เสียก่อนจึงจะพร้อมในการผสมพันธุ์ได้ ยุงตัวเมียจะผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวและสามารถวางไข่ได้ตลอดชีวิต หลังจากผสมพันธุ์แล้ว ยุงตัวเมียจะหาเลือดกิน (ปกติภายใน 24 ชั่วโมงหลังลอกคราบออกจากตัวโม่) อาหารของยุงลายทั้งตัวเมียและตัวผู้คือน้ำหวานจากเกสรของดอกไม้หรือน้ำจากผลไม้โดยน้ำหวานใช้เป็นแหล่งพลังงานในการ

บิน แต่ยุงลายตัวเมียต้องกินเลือดคนหรือสัตว์เลือดอุ่นเพื่อต้องการโปรตีนในเลือดไปพัฒนาไข่ให้เจริญเติบโต ตามปกติยุงลายชอบกินเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์ หลังจากกินเลือดแล้ว 2-3 วัน ยุงลายตัวเมื่อก็จะหาที่วางไข่

โดยทั่วไปยุงลายจะออกหากินในเวลากลางวัน แต่ถ้าในช่วงเวลากลางวันนั้นยุงลายไม่ได้กินเลือดหรือกินเลือดไม่อิ่ม ยุงลายก็จะออกหากินในเวลาพลบค่ำด้วยหากในห้องนั้นหรือบริเวณนั้นมีแสงสว่างพอเพียง ช่วงเวลาที่พบยุงลายได้มากที่สุดมี 2 ช่วง ในเวลาเช้าและในเวลาบ่ายถึงเย็น โดยบางรายงานระบุว่าช่วงเวลาที่ยุงลายออกหากินมากที่สุด คือ ระหว่าง 09.00-11.00 น. และ 13.00-14.00 น. แต่บางรายงานก็ระบุแตกต่างกันออกไป เช่น ระหว่าง 06.00-07.00 น. และ 17.00-18.00 น. ทั้งนี้แล้วแต่ว่าทำการศึกษาในฤดูกาลใด จากการศึกษาพฤติกรรมการกัดของยุงลาย (*Aedes aegypti*) ที่กรุงเทพฯ พบว่าจะกัดในเวลากลางวัน ช่วงเวลาที่มีการกัดมากที่สุดได้แก่ 09.00-10.00 น. และ 16.00-17.00 น. และพบว่ายุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) ชอบกัดคนในบ้าน ส่วนยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ชอบกัดคนนอกบ้าน มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ามากัดคนในบ้าน ยุงลายเป็นยุงที่ไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ โดยทั่วไปมักบินไปไม่เกิน 50 เมตร นอกจากนี้ จะพบว่ามียุงลายชุกชุมมากในฤดูฝนช่วงหลังฝนตกชุก เพราะอุณหภูมิและความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์ ส่วนในฤดูอื่น ๆ จะพบว่าความชุกชุมของยุงลายลดลงเล็กน้อย

แหล่งเกาะพักของยุงลาย (*Aedes aegypti*) ในบ้านเรือนพบว่ายุงตัวเมียร้อยละ 90 ชอบเกาะตามสิ่งห้อยแขวนต่าง ๆ ในบ้าน มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่พบเกาะพักอยู่ตามข้างฝาบ้าน จากการศึกษาแหล่งเกาะพักของยุงลายภายในบ้านเรือนที่จังหวัดระยอง (สมเด็จพระติ บุญญะบัญชาและบรรจง มาตย์คำ, 2529) พบว่า ยุงลายเกาะพักตามเสื้อผ้าห้อยแขวนร้อยละ 66.5, เกาะตามมุ้งและเชือกมุ้งร้อยละ 15.7, สิ่งห้อยแขวนอื่น ๆ ร้อยละ 15.3, และพบเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้นที่เกาะพักตามข้างฝาบ้าน

แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย

ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำนั้นอาจจะสะอาดหรือไม่ก็ได้ น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้น แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้านจึงมักอยู่ตามโอ่งน้ำดื่มและน้ำใช้ที่ไม่ปิดฝาทั้งภายในและภายนอกบ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายชนิดนี้พบว่าร้อยละ 64.52 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่ภายในบ้านและร้อยละ 35.53 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่นอกบ้าน นอกจากโอ่งน้ำแล้วยังมีภาชนะอื่น ๆ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ จานรองขาตู้กันมด จานรองกระถางต้นไม้ แจกัน อ่างล้างเท้า ขางรถยนต์ ไท ภาชนะใส่น้ำเลี้ยงสัตว์ เศษภาชนะ เช่น โอ่งแตก เศษกระป๋อง กะลา เป็นต้น ในขณะที่ยุงลายสวนชอบวางไข่นอกบ้านตามกาบใบของพืช จำพวก มะพร้าว กล้วย พลับพลึง ต้นบอน ถ้วยรองน้ำยาง โพรงไม้ กะลา กระบอไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง ฯลฯ สำหรับแหล่งเพาะพันธุ์ส่วนใหญ่ในโรงเรียนพบว่า เป็นบ่อซีเมนต์ในห้องน้ำและแจกันปลูกต้นไม้ต่าง

กองโรคติดต่อทั่วไปดำเนินการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วทุกภาคของประเทศไทยเมื่อ พ.ศ.2533 พบว่าแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) ทั้งภายในและภายนอกบ้าน คือ โถงน้ำดื่มและน้ำใช้ ร้อยละ 70.82, งานรองขาตู้กันมด ร้อยละ 15.68, ที่เหลือเป็นภาชนะอื่น ๆ เช่น ไห ถังน้ำมัน แจกัน ยางรถยนต์เก่า ร้อยละ 13.49, ส่วนยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) จะพบในภาชนะธรรมชาติ เช่น กะลามะพร้าว โปรงไม้ กาบใบของพืช จำพวก กล้วย พลับพลึง บอน ถ้วยรองน้ำยาง และตามกระบอกไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง เป็นต้น

จากการศึกษาขององอาจ เจริญสุข และคณะ (2524) พบว่ายุงลายสามารถวางไข่ได้ในท่อระบายน้ำโสโครก และมีการเจริญเติบโตอย่างปกติเหมือนในน้ำสะอาด ทั้งที่ภายในท่อระบายน้ำนั้นมีเศษขยะและดินอยู่เป็นจำนวนมาก

การแพร่กระจายของยุงลายในประเทศไทย

เชื่อกันว่ายุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นยุงที่มีแหล่งกำเนิดเดิมอยู่ในทวีปแอฟริกา ต่อมายุงนี้ได้แพร่กระจายไปยังประเทศต่าง ๆ ระหว่างเส้น (latitude) ที่ 40 เหนือและใต้ โดยติดไปกับพาหนะที่ใช้ในการคมนาคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางเรือ สำหรับประเทศไทยไม่มีใครทราบแน่นอนว่ายุงลายได้เข้ามาแพร่พันธุ์ตั้งแต่เมื่อใด แต่มีรายงานปรากฏในสารสารวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการพบยุงลายในประเทศไทยเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2450 โดย F.V.Theobald เข้าใจว่าในระยะต้น ๆ ยุงลายจะแพร่พันธุ์อยู่เฉพาะเมืองใหญ่ ต่อมาในปี พ.ศ.2508 จากรายงานของ J.E.Scanlon ระบุว่ายุงลายมิได้จำกัดอยู่เฉพาะในเมืองใหญ่ ๆ แต่พบอยู่ทั่วทุกเมืองรวมทั้งในชนบทตามภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย จะยกเว้นก็แต่เฉพาะในชนบทที่แยกตัวออกจากเส้นทางคมนาคมเท่านั้น จากการศึกษาของสมเกียรติ บุญอยู่บัญชา(2535) ที่คอยบุยจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการแพร่กระจายของยุงลายจะถูกจำกัดโดยความสูงของพื้นที่คือจะไม่พบยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) ที่ระดับความสูง 1,000 ฟุตจากระดับน้ำทะเล ต่างจากยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ซึ่งสามารถพบได้ทุกระดับความสูง แม้กระทั่งบนยอดเขาสูง 6,000 ฟุต

ปรากฏการณ์ El Nino ครั้งล่าสุดนี้ได้เริ่มขึ้นมาตั้งแต่ประมาณเดือนตุลาคม 2540 และคาดกันว่า จะดำเนินต่อไปจนถึงประมาณเดือนกันยายน 2541 ปรากฏการณ์ El Nino ก่อให้เกิดภาวะแห้งแล้งและอุณหภูมิสูงขึ้นในหลาย ๆ ประเทศ ภาวะแห้งแล้งมีผลกระทบต่อจำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย เนื่องจากยุงลายเพาะพันธุ์อยู่ในภาชนะขังน้ำต่าง ๆ ซึ่งภาชนะเหล่านั้นอยู่ภายในบ้านเรือนเป็นส่วนใหญ่ ในภาวะแห้งแล้งนี้ประชาชนยังจะทำการกักตุนน้ำไว้ใช้และบริโภคมากขึ้น (ทำให้ดูเหมือนว่าจำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น) ลูกน้ำยุงลายสามารถเติบโตจนครบวงจรชีวิตได้ แม้ว่าในภาชนะนั้นจะมีน้ำขังอยู่สูงเพียง ¼ นิ้ว ส่วนอุณหภูมิที่สูงขึ้นก็มีผลกระทบต่อยุงลาย โดยทำให้ยุงลายเจริญเติบโตจนครบวงจรชีวิตได้เร็วขึ้น ยุงลายออกหากินถี่ขึ้น และไวรัสที่แบ่งตัวเพิ่มจำนวนในตัวยุงได้เร็วขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งคือระยะฟักตัวของไวรัสในตัวยุงลายสั้นลง นอกจากนี้หมู่บ้านที่อยู่บนภูเขาเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกโดยก่อนหน้านี้นี้มักพบยุงลาย ได้ที่ระดับความสูงไม่เกิน 1,000 เมตร

แต่ปัจจุบันมีรายงานจากบางประเทศว่าสามารถพบยูงลายได้ที่ระดับความสูงมากกว่า 2,200 เมตรแล้วที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากอุณหภูมิบนภูเขาสูงขึ้นทำให้ยูงลายสามารถเพาะพันธุ์ได้

มาตรการในการควบคุมยูงลาย

เนื่องจากในวงจรชีวิตหนึ่ง ๆ ของยูงลายประกอบด้วย 4 ระยะที่มีความแตกต่างกันทาง ชีววิทยา และนิเวศวิทยา ทำให้วิธีการควบคุมกำจัดยูงลายในแต่ละระยะก็แตกต่างกันไปด้วย

ระยะไข่ ไข่ยูงลายมีขนาดเล็กมาก ทนต่อความแห้งแล้งและสารเคมี การกำจัดระยะไข่อย่างง่าย ๆ กระทำได้โดยการขัดล้างตามผิวภาชนะต่าง ๆ แต่มักไม่สะดวกในทางปฏิบัติ

ระยะลูกน้ำและตัวโม่ง การควบคุมกำจัดระยะลูกน้ำและตัวโม่งกระทำได้ง่ายและสะดวกที่สุดเนื่องจากลูกน้ำยูงลายและตัวโม่งอยู่ในภาชนะขังน้ำต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกบ้าน จึงเป็นเป้าหมายให้ควบคุมกำจัดได้ผลดีกว่าระยะอื่น ๆ วิธีที่ง่ายและสะดวกในการควบคุมกำจัดลูกน้ำและตัวโม่ง คือ การลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ซึ่งมีอยู่หลายวิธี ได้แก่

1. การปกปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิดให้มิดชิด บางครั้งปากภาชนะกับฝาปิดเข้ากันไม่ได้ สนิทมีรูหรือช่องให้ยูงลายแทรกตัวเข้าไปวางไข่ได้ ก็ควรปิดปากภาชนะนั้นด้วยผ้ามุ้ง, ฝ้ายาง, หรือพลาสติกก่อนชั้นหนึ่ง แล้วจึงปิดฝาชั้นนอก
2. ภาชนะที่ปิดปิดไม่ได้ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ ให้ใส่ทรายอะเบทเพื่อกำจัดลูกน้ำ(ในอัตราที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ) หรือหมั่นขัดล้าง เปลี่ยนถ่ายน้ำทุก 7 วัน หรือเลี้ยงปลาหางนกยูง จำนวนหนึ่ง (2-10 ตัว แล้วแต่ขนาดของบ่อ) เพื่อให้ช่วยกินลูกน้ำ
3. การคว่ำภาชนะที่ยังไม่ได้ประโยชน์ เป็นการป้องกันไม่ให้รองรับน้ำและมีน้ำขัง
4. การเผา ฟัง ทำลาย หรือกลบทิ้งเศษวัสดุที่อาจเก็บขังน้ำและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยูงลายได้ เช่น ไผแตก กะลามะพร้าว ยางรถยนต์เก่า กระจบอง ขวด ฯลฯ
5. ใส่เกลือ $\frac{1}{2}$ ช้อนชา หรือ น้ำส้มสายชู 2 ช้อนชา หรือผงซักฟอก $\frac{1}{2}$ ช้อนชา ลงในจานรองขาตู้กันมด จะทำให้ยูงลายไม่วางไข่ (แต่วิธีนี้จะต้องเปลี่ยนน้ำใหม่และใส่สารดังกล่าวใหม่ทุกเดือน มิฉะนั้นน้ำจะเกิดฝ้าทำให้มดเดินผ่านฝ้านั้นได้)หรือเทน้ำเค็มลงไปในจานรองขาตู้กันมดทุก 7 วัน เพื่อฆ่าลูกน้ำที่อาจเกิดขึ้น หรือใส่ชันหรือใส่จี๊ดแทนการใส่น้ำ เพราะชันและจี๊ดสามารถป้องกันไม่ให้มดขึ้นตู้กับข้าวได้
6. จานรองกระถางต้นไม้ที่มีน้ำขังก็เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยูงลายได้ ให้ใส่ทรายธรรมดาลงในจานรองนั้นประมาณ 3 ใน 4 ของความลึกของจาน เพื่อให้ทรายดูดซับน้ำส่วนเกินจากการรดน้ำต้นไม้ไว้
7. หมั่นเปลี่ยนถ่ายน้ำในแจกันหรือภาชนะที่ปลูกพุ่มต่างทุก 7 วัน หรือใช้กระดาษนิ่ม ๆ อุดปากแจกันไว้

การควบคุมกำจัดลูกน้ำและตัว โมง โดยไม่ใช้สารเคมีเป็นการรักษาสภาพแวดล้อมไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (เทียบกับการใช้สารเคมี) แต่ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือจากหน่วยงาน/องค์กรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

ระยะยุงเต็มวัย ควบคุมกำจัดโดยการ ใช้สารเคมี การใช้กับดัก และการป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด ดังนี้

- การใช้สารเคมี

1. การพ่นละอองฝอย หรือ การพ่นแบบ ultra low volume (ULV) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีจากเครื่องพ่น โดยใช้แรงอัดอากาศผ่านรูพ่นกระจายน้ำยาออกมาเป็นละอองฝอยที่มีขนาดเล็กมาก ละอองน้ำยาจะกระจายอยู่ในอากาศและสัมผัสกับตัวยุงที่บินอยู่เครื่องพ่นน้ำยาเคมีประเภทนี้มีทั้งแบบสะพายหลังและแบบที่ต้องติดตั้งบนรถยนต์
2. การพ่นหมอกควัน (thermal fogging) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีออกจากเครื่องพ่นโดยใช้ความร้อน พ่นเป็นหมอกควันให้น้ำยาฟุ้งกระจายในอากาศเพื่อให้สัมผัสกับตัวยุงเครื่องพ่นหมอกควันมีทั้งแบบหิ้วและแบบติดตั้งบนรถยนต์

- การใช้กับดัก เป็นการล่อให้ยุงบินเข้ามาติดกับดักเพื่อทำให้ตายต่อไป เช่น กับดักยุง

แบบใช้แสงล่อ (แสงจากหลอด black light) , กับดักยุงไฟฟ้าใช้แสงล่อยุงเข้ามา เมื่อยุงบินมากระทบถูกซึ่งกรงที่มีไฟฟ้าก็จะตายไป, กับดักยุงแบบใช้คลื่นเสียง เป็นต้น

- การป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด

1. นอนในมุ้ง (แม้ว่าจะเป็นเวลาเช้า กลางวัน บ่าย หรือเย็น เนื่องจากยุงลายออกหากินในเวลา กลางวัน) จะใช้มุ้งธรรมดาหรือมุ้งชุบสารเคมีก็ได้ หรือจะนอนในห้องที่มุ้งด้วยมุ้งลวดก็ได้แต่ต้องแน่ใจว่าในห้องนั้นไม่มียุงลายเล็ดลอดเข้าไปอาศัยอยู่
2. ใช้ยาทากันยุงกัด ยาเหล่านี้มีทั้งชนิดน้ำ ชนิดผง และชนิดที่เป็นครีม ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติในการไล่ยุงไม่ให้เข้ามาใกล้, หรือการใช้เครื่องไล่ยุงไฟฟ้า แต่ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากแผ่นกระดาษชุบสารเคมีที่มีคุณสมบัติไล่ยุงนั้นอาจเป็นอันตรายต่อเด็กอ่อนและทารกได้ รวมทั้งอาจก่อให้เกิดความระคายเคืองเมื่อสัมผัสถูกผิวหนัง รวมทั้งไอรระเหยอาจทำให้เคืองตาด้วย จึงควรศึกษาวิธีใช้ให้เข้าใจก่อนการใช้งาน

แม้ว่าการควบคุมยุงเต็มวัยโดยการ ใช้สารเคมีจะเป็นวิธีที่ได้ผลดี เห็นผลเร็ว แต่ให้ผลเพียงระยะสั้น สารเคมีส่วนใหญ่มีราคาแพง ต้องใช้อุปกรณ์/เครื่องพ่นเฉพาะ ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ควรมีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีและวิธีการใช้เครื่องพ่นเป็นอย่างดี สารเคมีบางชนิดมีพิษสูงต่อคนและสัตว์เลี้ยง จึงควรใช้สารเคมีเฉพาะเมื่อจำเป็น เช่น เพื่อตัดวงจรการแพร่โรคในการควบคุมการระบาดเป็นต้น นอกจากนี้การใช้สารเคมีอย่างไม่ถูกต้องอยู่เสมอ ๆ ทำให้ยุงบางส่วนไม่ได้สัมผัสกับละอองของสารเคมีโดยตรงหรือสัมผัสน้อย เมื่อยุงบางส่วนไม่ตายก็จะเป็นสาเหตุให้ยุงนั้นค่อย ๆ พัฒนาความต้านทานต่อสารเคมีในไม่ช้ายุงจะติดต่อสารเคมีทำให้การควบคุมจำกัดด้วยสารเคมี นั้น ๆ ไม่ได้ผลอีกต่อไป

สารเคมีที่ใช้ในการควบคุมแมลงพาหะนำโรค ส่วนใหญ่เป็นสารเคมีที่ได้เลือกสรรมาแล้วว่ามีประสิทธิภาพสูงในการกำจัดแมลง แต่มีพิษน้อยต่อคนและสัตว์เลี้ยง อย่างไรก็ตามการพ่นเคมีต้องกระทำอย่างระมัดระวัง เพื่อลดอันตรายทั้งต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ต่อประชาชน และต่อสัตว์เลี้ยง การพ่นจะต้องปฏิบัติอย่างถูกเทคนิคเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมได้ดี นอกจากนี้ยังต้องเก็บรักษาสารเคมีอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันอันตรายและเพื่อสารเคมีไม่เสื่อมคุณภาพ

การป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายนั้น จะบังเกิดผลดีต้องผสมผสานหลายๆ วิธีเข้าด้วยกัน และจะต้องปฏิบัติโดยมีความครอบคลุมมากที่สุดในชุมชนหนึ่งๆ ควรดำเนินการทุกหลังคาเรือน หากมีการควบคุมที่ดีในหลังคาเรือนส่วนใหญ่แต่ยังคงมีแหล่งเพาะพันธุ์และยุงลายอยู่ในบางหลังคาเรือน ยุงลายที่เหลืออยู่จะค่อยๆ เพิ่มจำนวนมากขึ้นหากมีผู้นำเชื้อไวรัสตั้งที่เข้ามาในชุมชนนั้นก็อาจเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ นอกจากนี้การลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หากเป็นไปได้ควรมีการดำเนินการตลอดทั้งปี โดยมีเป้าหมายการควบคุมทั้งในบ้านเรือนและที่โรงเรียนเพราะ โรงเรียนสามารถเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคไข้เลือดออกที่สำคัญอีกแห่งหนึ่งในชุมชน

ความร่วมมือของชุมชนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคจะไม่ประสบผลสำเร็จหากการดำเนินการต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ของรัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว เจ้าหน้าที่สามารถสนับสนุน กระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมยุงลายในชุมชนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Sheppard และคณะ (1997 อ้างใน สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก,2544) ได้สำรวจลูกน้ำที่อยู่ในภาชนะเก็บน้ำทั่วไป พบว่าเป็นลูกน้ำ *Aedes aegypti* ถึงร้อยละ 90 ไม่ว่าจะเก็บน้ำที่อยู่ในเมืองหรือชนบท ซึ่งสอดคล้องกับที่ กองโรคติดต่อทั่วไป(2533) ได้สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในจังหวัดต่างๆ ทุกภาคของประเทศไทย พบว่า แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้าน *Aedes aegypti* ทั้งภายในและภายนอกบ้าน คือ โอ่งน้ำดื่มและน้ำใช้ ร้อยละ 70.82 งานรองขาตู้กับข้าวก้นมด ร้อยละ 15.68 ที่เหลือเป็นภาชนะอื่นๆ เช่น ไห ถังน้ำมัน แจกัน และยางรถยนต์เก่า ร้อยละ 13.49 เช่นเดียวกับที่ จิตติ จันทรแสง และคณะ(2536) ได้สำรวจการแพร่กระจายและดัชนีความชุกชุมของยุงลายในชนบทปี พ.ศ.2532-2534 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันตก และภาคใต้ โดยใช้วิธีการสำรวจตามแบบมาตรฐานของ WHO คือ Virus Larval Survey แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความชุกชุมของยุงลาย ได้แก่ค่า House Index ,Breteau Index ,Container Index ภาชนะอื่นๆ ได้ดำเนินการสำรวจใน 64 หมู่บ้าน พบว่า หมู่บ้านที่มีลูกน้ำยุงลาย ภาชนะที่พบยุงลายมากที่สุดคือ ตุ่ม โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้พบเฉลี่ย 1.29,1.32 และ 0.58 ใบต่อบ้าน ตามลำดับ ค่าดัชนีความชุกชุมของยุงลายอยู่ในเกณฑ์สูงทั้ง 3 ภาค โดยค่าเฉลี่ย BI มีค่า 225.14,189.75 และ 106.44 ตามลำดับ จากการนำค่า Log ฐาน 10 กับค่าเฉลี่ย BI มาเขียนกราฟ Scatter Plots พบว่า ร้อยละ 78.75 ของพื้นที่ซึ่งมีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออก มีค่าเฉลี่ย

BI สูงกว่า 100 จากข้อมูลการวิเคราะห์นี้ จึงใช้เป็นมาตรฐานในการกำหนดแนวทางการควบคุมยุงลาย โดยกำหนดว่า พื้นที่ใดที่ทำการควบคุมยุงลาย ค่า BI ต้องไม่สูงกว่า 100 และพื้นที่นั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ

✓ Bang and Shan (1986 อ้างใน สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก,2544) ได้ศึกษาสถานการณ์ และการควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า การควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออกต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน ทั้งในด้านการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ และสมาชิก ในครอบครัวช่วยกันควบคุมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านเรือนของตนเอง

✓ ยงยุทธ หวังรุ่งทรัพย์(2536) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมยุงลายในเขต กรุงเทพมหานคร พบว่าความ ความร่วมมือของประชาชนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคไข้เลือดออกจะไม่เป็นผลสำเร็จ หากการดำเนินงานตกเป็น ภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่เป็นหลัก แต่การดำเนินงานจะสำเร็จได้หากเจ้าหน้าที่กระตุ้นและส่งเสริมให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

✓ ผาสุก ญาณสมบัติ(2541) ได้ศึกษาการบูรณาการองค์รวมและการมีส่วนร่วมของชุมชนกับแนว ทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่ายุทธศาสตร์ที่ควรนำไปใช้ในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดคือ ยึดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน

อัญญา ประศาสน์วิทย์ และคณะ(2541)ได้ศึกษาการนำกระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วน ร่วมไปใช้ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า กระบวนการประเมินชุมชนแบบมี ส่วนร่วมทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจปัญหาของชุมชน ยอมรับให้ความร่วมมือที่จะ แก้ไขปัญหา

กุลยา เปี้ยประคิษฐ์ (2543) ได้ศึกษาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วย วิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง พบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของชุมชนที่ ได้ผลดีคือ การจัดตั้งกลุ่มแกนนำรับผิดชอบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ ให้ตัวแทนกลุ่มรับผิดชอบดูแลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเครือข่ายตนเองที่อยู่ใน ละแวกเดียวกัน กิจกรรมที่ปฏิบัติได้แก่ การสนับสนุนความรู้ ทรัพยากร และให้ความช่วยเหลือดูแล กิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค จัดแหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จัดมุมสาธิตการใช้ ทรายที่มีฟอส และให้มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนเอง

พินันท์ แดงหาญและคณะ(2540) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดำเนินการ ควบคุมลูกน้ำยุงลายของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลคือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออกและวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก งบประมาณและข้อมูลจากบุคคลสำคัญ ต่างๆ

สมชาย ทักษากันท์และคณะ (2540) ได้ศึกษา “การมีส่วนร่วมของชุมชน ในงานควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลหนองเหียง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี” ได้ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบและแนวทางในการควบคุมโรคติดต่อในระดับตำบล โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านทางอาสาสมัครโรคติดต่อ(อสต.) ที่ได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อแล้ว ซึ่งได้คัดเลือกมาหมู่บ้านละ 4 คน จำนวน 60 คน เพื่อเข้ารับการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อ ก่อนการอบรมได้ทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อที่สำคัญ 4 กลุ่มโรคคือ กลุ่มโรคติดต่อหน้าโดยแมลง กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป และกลุ่มโรคติดต่อจากการสัมผัส หลังการอบรมได้ทดสอบความรู้หลังการอบรมและให้อาสาสมัครของแต่ละหมู่บ้านรับผิดชอบกลุ่มโรคคนละ 1 กลุ่ม แล้วให้ดำเนินการจัดณรงค์เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคต่างๆ ที่เป็นปัญหาของหมู่บ้าน ตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้คิดและกำหนดขึ้น โดยการแลกเปลี่ยนความคิดกับสมาชิกในหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้ของอสต.ก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) และทำให้อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง และอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง

ธานี กลิ่นขจร (2540) ได้ศึกษา “การใช้กระบวนการทรงสนี่ใหม่ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปัตตานี” เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในชุมชน ความตระหนักในการแก้ปัญหาในหมู่บ้าน กระบวนการมีส่วนร่วมและจิตสำนึกในการเป็นผู้นำพัฒนา ก่อนและหลังดำเนินการด้วยกระบวนการทรงสนี่ใหม่ โดยนำทฤษฎีการบริการ AIC (A=Appreciation , I=Influence , C=Control) มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาองค์กรชุมชน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้นำศาสนา กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งแต่ละกลุ่มใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การคัดเลือกปัญหาที่กลุ่มสามารถแก้ไขได้ การจัดทำแผนปฏิบัติการ การกำหนดผู้รับผิดชอบและการออกปฏิบัติการจริงในระดับหมู่บ้านและการประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า

1.กระบวนการกลุ่มโดยกระบวนการทรงสนี่ใหม่ ทำให้กลุ่มสามารถเลือกปัญหาที่ชุมชนส่วนใหญ่เดือดร้อนมากที่สุด และเป็นปัญหาที่อยู่ในความสามารถที่จะร่วมแก้ไขได้ และในขั้นตอนของการจัดทำแผนปฏิบัติการ การกำหนดผู้รับผิดชอบ และการปฏิบัติการจริงในพื้นที่ ทุกกลุ่มสามารถคิดวิธี กระบวนการแก้ไขปัญหาที่สนองต่อการแก้ปัญหา

2.ระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนในระยะหลังการใช้กระบวนการทรงสนี่ใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนเพิ่มขึ้น ในระดับมากร้อยละ 55.2 จากก่อนใช้กระบวนการทรงสนี่ใหม่ ซึ่งมีระดับการมีส่วนร่วมที่มาก ร้อยละ 27.7

3.ด้านกระบวนการเข้ามามีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการใช้กระบวนการทรงสนี่ใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความสำคัญและการเข้าร่วมเพิ่มขึ้น และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ความสำคัญต่อการรวมกลุ่มในการเสนอปัญหา และการแก้ปัญหามากที่สุดคือผู้นำศาสนา รองลงมาคือ ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มแม่บ้านเป็นอันดับสุดท้าย

4.ความตระหนักในการแก้ไขปัญหาในหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนใช้กระบวนการ
 ทรศน์ใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.2 และหลังการใช้กระบวนการ
 ทรศน์ใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73.0

5.สำหรับด้านจิตสำนึกในการเป็นผู้นำในการพัฒนาหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลัง
 การใช้กระบวนการทรศน์ใหม่ยังอยู่ในระดับต่ำทุกกลุ่ม

ประโยชน์ ลวิจันทร์ (2542) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค
 ไข้เลือดออกของแกนนำสาธารณสุข(อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน) อำเภอหนองขาหย่าง
 จังหวัดอุทัยธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
 แกนนำสาธารณสุข ผลการศึกษาได้สรุปว่าปัจจัยของแกนนำสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 การควบคุมโรคไข้เลือดออก ยกเว้นความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและเจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมี
 ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมหวัง ช่อนงาม (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
 ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ประชากรที่ศึกษาเป็น
 ประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 400 ตัวอย่าง การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ
 ประชากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ อาชีพ สถานภาพทางสังคมในหมู่บ้าน สื่อในการรับรู้
 ข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก การติดตามจากอาสาสมัครสาธารณสุข และมาตรการของชุมชน อัตราการ
 มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคร้อยละ 27.25 การปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชน
 ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ประชากรปฏิบัติมาก
 ที่สุดในขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผน คือ ร่วมประชุมหรือลงมติในที่ประชุม ชั้น
 ของการปฏิบัติ ปฏิบัติมากที่สุดคือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะน้ำดื่ม น้ำใช้ ในขั้นติดตาม
 ประเมินผล ปฏิบัติมากที่สุดคือ ร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานของครอบครัว จากการศึกษา
 ชี้ให้เห็นว่าการที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
 เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงเรื่อง อาชีพและสถานภาพทางสังคมในหมู่บ้าน สื่อในการให้ข้อมูล
 ข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก การติดตามจากอาสาสมัครสาธารณสุข และมาตรการของชุมชนเป็น
 ประเด็นสำคัญ

ปริญานันท์ หมื่นพันธ์ไพโรศาล (2547) ได้ศึกษาเรื่องเปรียบเทียบการรับรู้และการมีส่วนร่วม
 ของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูง
 และไม่พบโรคไข้เลือดออก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก โดยประชากรที่ใช้ศึกษาคือตัวแทนหลังคา
 เรือน ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงที่สุดและไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
 ในปี พ.ศ.2545 พบว่า การรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้ง 2 หมู่บ้านมีการรับรู้ที่
 ถูกต้องอยู่ในเกณฑ์ดี โดยหมู่บ้านที่ไม่พบโรคไข้เลือดออกจะมีการรับรู้ที่ถูกต้องทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยง
 ต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติใน

การป้องกันและควบคุมโรค ส่วนใหญ่สูงกว่าหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูง ในทุกข้อคำถาม และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ที่ถูกต้องในภาพรวมของทั้งสองหมู่บ้านพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหมู่บ้านที่ไม่พบโรคไข้เลือดออกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.15 คะแนน ซึ่งสูงกว่าหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคที่ไม่พบโรคไข้เลือดออกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.82 จากคะแนนเต็ม 22 คะแนน แต่เมื่อเปรียบเทียบแยกประเด็นจะพบว่า มีความแตกต่างกันเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเท่านั้น ในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ทางการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนพบว่า ทั้งสองหมู่บ้านมีการมีส่วนร่วมอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง ทั้งการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล



กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

การรับรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ
- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค

ตัวแปรตาม

1. ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาสาเหตุของปัญหาและวางแผน

- ร่วมการประชุม ลงมติในที่ประชุม
- แสดงความคิดเห็นถึงสาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก
- ร่วมแสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะวิธีการควบคุมป้องกันโรค
- ร่วมคิดรูปแบบกิจกรรมที่จะทำในหมู่บ้าน
- ร่วมวางแผนการทำการกิจกรรมและประเมินผล

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ

- สำรวจลูกน้ำยุงลายทุก 7 วัน
- ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะน้ำดื่ม น้ำใช้ โดยวิธีใช้ฝาปิดให้มิดชิด หรือใส่ทรายที่มีฟอส(อะเบท) หรือปล่อยปลากินลูกน้ำ หรือขจัดล้างเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน
- ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะในห้องน้ำ ห้องส้วม โดยวิธีใส่ทรายที่มีฟอส(อะเบท) ทุก 3 เดือน หรือปล่อยปลากินลูกน้ำ หรือขจัดล้างเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน
- ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในงานรองขาตู้กับข้าว โดยวิธีใส่เกลือหรือน้ำส้มสายชู หรือใส่น้ำร้อนหรือใส่ทรายที่มีฟอส(อะเบท) หรือใส่น้ำร้อน หรือปูนขาว หรือน้ำมันซีไอ

- ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะ เศษภาชนะ หรือเศษสิ่งของเหลือใช้ที่สามารถเป็นแหล่งน้ำขังรอบบริเวณบ้าน

- ชักชวนให้เพื่อนบ้านร่วมกิจกรรมหรือให้ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่เพื่อนบ้าน

- สนับสนุนวัสดุ สิ่งของ หรือเงิน เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน

3. ขั้นตอนการติดตามประเมินผล

- ติดตามและประเมินผลการทำงานทั้งก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ ในส่วนของครอบครัวตนเอง คู่บ้านตนเอง และหมู่บ้านของตนเอง

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

3.1 ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขสถานีนอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ครั้งนี้ได้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจ(Survey) เป็นแนวทางการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ทำการศึกษาได้สร้างขึ้น โดยอาศัยการค้นคว้าตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.2 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขสถานีนอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านของพื้นที่สถานีนอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 64 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการสุ่ม คำนวณหาได้โดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2 \frac{\pi(1-\pi)}{d^2}}{NZ^2 \frac{\pi(1-\pi)}{d^2} + (N-1)d^2}$$

โดย n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการสุ่ม

N = ประชากร (อาสาสมัครสาธารณสุข)

π = ค่าสัดส่วนของตัวแปร X ในโครงการ หรือ $= 0.05$

(ได้จากการสำรวจนำร่อง 30 คน)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน

Z = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่

กำหนด

ดังนั้นจำนวนตัวอย่างไม่ควรน้อยกว่า 55 คน

3.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ทำโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ดังนี้
สุ่มตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง เพื่อที่จะไปสัมภาษณ์ โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยจับสลากรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 55 คน เพื่อเป็นตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด 64 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ทำการศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรและสังคม เป็นคำถามแบบเปิด มีคำตอบให้เลือก จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ประกอบด้วยส่วนย่อย 4 ส่วนคือ

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นคำถามปลายเปิด ให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ มีจำนวน 5 ข้อ

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นคำถามปลายเปิด ให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ มีจำนวน 4 ข้อ

2.3 การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติเป็นคำถามปลายเปิด ให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ มีจำนวน 4 ข้อ

2.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค เป็นคำถามปลายเปิด ให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ มีจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยส่วนย่อย 2 ส่วนคือ

3.1 ข้อมูลกิจกรรมการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผนดำเนินกิจกรรม เป็นคำถามแบบเปิด มีคำตอบให้เลือก จำนวน 4 ข้อ

3.2 ข้อมูลกิจกรรมการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นคำถามแบบเปิด มีคำตอบให้เลือก จำนวน 4 ข้อ

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.5.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้ว ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ คือ อาจารย์สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์ อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ นายชินวัฒน์ ชมประเสริฐ ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอบางระกำ คุณทวีป ทองพลับ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบึงกอก และคุณสุพรรณ ลิทธิศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา เกณฑ์การให้คะแนน แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ

3.5.2 ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ(Try Out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ ไปสัมภาษณ์ประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 ชุด ใช้วิธีการหาความเที่ยงตรงในเนื้อหา(Content Validity) ค่า IOC แสดงไว้ในภาคผนวก ตารางการแปลผลค่าดัชนี IOC และหาความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ โดยวิธีการดังนี้

3.5.2.1 แบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้ของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้สูตรครุเดอร์ – ริชาร์ดสัน (KR 20) โดยใช้สูตรดังนี้

$$R_{tt} = \frac{k}{k-1} \left(\frac{1 - \sum pq}{St^2} \right)$$

เมื่อ k หมายถึง จำนวนข้อสอบ

p หมายถึง สัดส่วนของคนที่ทำถูกในแต่ละข้อ
(จำนวนผู้ตอบถูกหาด้วย n)

q หมายถึง สัดส่วนของคนที่ทำผิดในแต่ละข้อ = 1 - p

St² หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

$$St^2 = \frac{\sum x^2}{n} - \left(\frac{\sum x}{n} \right)^2 \quad n = \text{จำนวนผู้สอบเข้า}$$

ค่า KR 20 = 2.84 แสดงไว้ในภาคผนวก ตารางการหาความเชื่อมั่น

3.6 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

- 3.5.1 เสนอแนวความคิดการศึกษาครั้งนี้ แก่อาจารย์ สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์ และสาธารณสุขอำเภอ บางระกำ
- 3.5.2 ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนในหมู่บ้านที่สุ่มตัวอย่าง
- 3.5.3 ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุข ที่อาศัยอยู่ในเขต สถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
- 3.5.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดรหัสข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ประมวลผล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานดังนี้คือ

3.7.1 สถิติพรรณนา

1. ข้อมูลลักษณะประชากรและสังคม วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลการรับรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจไม่ได้คะแนน หรือ 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่เป็นด้านลบ ถ้าตอบว่าใช่หรือไม่แน่ใจ หมายถึงการรับรู้ไม่ถูกต้องจะไม่ได้คะแนน มีข้อคำถาม 17 ข้อ คะแนนเต็ม 17 คะแนน โดยนำมาตรวจให้คะแนนและแบ่งเกณฑ์การวัดคะแนนแบบอิงกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยการหา Mean (\bar{X}) และ Standard Deviation(SD)

(ผศ.สุชา จันทร์หอม 2524 : 43-44) ดังนี้

$$\begin{aligned} \bar{X} - SD &= \text{รับรู้ต่ำ} \\ \bar{X} \pm SD &= \text{รับรู้ปานกลาง} \\ \bar{X} + SD &= \text{รับรู้สูง} \end{aligned}$$

แล้วนำมาแจกแจงความถี่แสดงเป็นจำนวนร้อยละ

จากการวิเคราะห์การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างประชาชน ตามระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง จากข้อมูลรวบรวมกลับมาในส่วนของกรรับรู้ได้ค่าเฉลี่ย

$$\begin{aligned} \bar{X} &= 11.76 \\ S.D &= 1.61 \\ \text{ดังนั้น } \bar{X} + SD &= 11.76 + 1.61 = \text{มากกว่า } 13.37 \\ \bar{X} \pm SD &= 11.76 \pm 1.61 = \text{อยู่ระหว่าง } 13.38 - 10.16 \\ \bar{X} - SD &= 11.76 - 1.61 = \text{น้อยกว่า } 10.15 \end{aligned}$$

ดังนั้นจึงจัดคะแนนได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{มีการรับรู้สูง} & \text{ได้คะแนนมากกว่า } 14 \\ \text{มีการรับรู้ปานกลาง} & \text{ได้คะแนนอยู่ระหว่าง } 11-14 \\ \text{มีการรับรู้ต่ำ} & \text{ได้คะแนนน้อยกว่า } 11 \end{aligned}$$

3. การประเมินการมีส่วนร่วม

ผู้ที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง บุคคลที่มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ ขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผนดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนการปฏิบัติ และขั้นตอนการติดตามประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผนดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย
 - ร่วมประชุม หรือลงมติในที่ประชุม
 - ร่วมแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค

- ร่วมแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันและควบคุมโรค
- ร่วมคิดรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในหมู่บ้าน
- ร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและวางแผนการติดตามประเมินผลกิจกรรม

ผู้ที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผนการดำเนินกิจกรรม จะต้องปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวอย่างน้อย 3 กิจกรรม

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ

- 2.1 สำรวจลูกน้ำยุงลายทุก 7 วัน
- 2.2 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะน้ำดื่ม น้ำใช้ โดยวิธีใช้ฝาปิดให้มิดชิดหรือใส่ทรายที่มีฟอส ทุก 3 เดือน หรือปล่อยปลากินลูกน้ำ หรือขัดล้างเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน
- 2.3 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะในห้องน้ำ ห้องส้วม โดยวิธีใส่ทรายที่มีฟอส ทุก 3 เดือน หรือปล่อยปลากินลูกน้ำ หรือขัดล้างเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน
- 2.4 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในจานรองขาตู้กับข้าว โดยวิธีใส่เกลือหรือน้ำส้มสายชู หรือใส่น้ำร้อนทุกเดือน หรือใส่ทรายที่มีฟอส ทุก 3 เดือน หรือใส่น้ำร้อนทุก 7 วัน หรือปูนขาว หรือน้ำมันซีดี
- 2.5 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะ เศษภาชนะ หรือเศษสิ่งของเหลือใช้ที่สามารถเป็นแหล่งน้ำขังรอบบริเวณบ้าน โดยการทำความสะอาด ฟังหรือเผา หรือเทน้ำทิ้งทุก 7 วัน หรือปล่อยปลากินลูกน้ำ
- 2.6 ชักชวนให้เพื่อนบ้านร่วมกิจกรรมหรือให้ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกแก่เพื่อนบ้าน
- 2.7 สนับสนุนวัสดุ สิ่งของ หรือเงิน เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกในหมู่บ้าน

ผู้ที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติ จะต้องปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวอย่างน้อย 5 กิจกรรม

3. ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

- 3.1 ติดตามและประเมินผลครอบครัวตนเองในการร่วมทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออก ในระยะก่อนดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม
- 3.2 ติดตามและประเมินผลละแวกหรือคุ้มของตนเอง ในการร่วมทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออก ในระยะก่อนดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม

3.3 ติดตามและประเมินผลของหมู่บ้านในการร่วมทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค

ใช้เลือดออก ในระยะก่อนดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม

ผู้ที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการติดตามและประเมินผล จะต้องปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว อย่างน้อย 1 กิจกรรม โดยการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมจะต้องมีการติดตามประเมินผลทั้งในระยะเวลาดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม จึงจะถือว่าปฏิบัติกิจกรรมนั้น

3.7.2 สถิติอนุমান

การประมาณค่าสัดส่วน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ครั้งนี้ได้ใช้รูปแบบ การศึกษาเชิงพรรณนา(Descriptive Study) เป็นแนวทางการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรที่ใช้ ในการศึกษาคั้งนี้คือ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขสถานีอนามัยบ้านใหม่ เจริญผล ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เพศใดก็ได้ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขสถานีอนามัยบ้านใหม่ เจริญผล จำนวน 55 คน ผลการศึกษาได้นำเสนอเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรและสังคม

ตอนที่ 2 การรับรู้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตอนที่ 3 กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรและสังคม

ตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขสถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิด เป็นร้อยละ 89.01 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.64 รองลงมามีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.54 และอายุระหว่าง 15-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.82 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้น ประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 92.73 รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 7.27 สถานภาพ สมรสคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 92.73 รองลงมาคือโสดคิดเป็นร้อยละ 1.82 สถานะในครอบครัว ส่วน ใหญ่เป็นภรรยาหรือสามีของหัวหน้าครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 81.82 รองลงมาคือหัวหน้าครอบครัวคิด เป็นร้อยละ 18.18 อาชีพหลักของครอบครัวส่วนใหญ่คือทำนา ทำไร่ ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 100 อาชีพ รับจ้างเป็นอาชีพเสริม สถานะทางสังคม

ด้านสถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกในครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 98.18 และมีผู้ป่วยไข้เลือดออกคิดเป็นร้อยละ 1.82 การติดตามการทำ กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สื่อในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารพบว่าส่วนใหญ่ได้รับสื่อ โฆษณาประชาสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 81.82 รองลงมาคือสื่อ, สื่อบุคคลและสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อบุคคล สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์และสื่อสิ่งพิมพ์ ,สื่อบุคคลอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 81.82 , 61.81, 45.45, 27.27, 27.27 ความถี่ของการติดตาม ส่วนใหญ่คือเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 67.27 รองลงมาคือ 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง , 3 เดือนต่อ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.82 , 10.91 มาตรการของชุมชนสำหรับบ้านที่ไม่ทำ

กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่มีมาตรการคิดเป็นร้อยละ 23.64 ตามรายละเอียด
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากรและสังคม

ลักษณะประชากรและสังคม	จำนวน (N=55)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	6	10.91
หญิง	49	89.09
2. กลุ่มอายุ		
15-20	1	1.82
21-40	46	83.64
41-60	8	14.54
60 ปีขึ้นไป	0	0
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	0	0
ประถมศึกษา	51	92.73
มัธยม	4	7.27
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	0	0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	0
4. สถานภาพสมรส		
โสด	1	1.82
คู่	54	98.18
ม่าย	0	0
หย่า / แยกกันอยู่	0	0
5. สถานะในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	10	18.18
ภรรยา/สามีของหัวหน้าครอบครัว	45	81.82
บุตร	0	0
ญาติ	0	0
ผู้อาศัย	0	0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะประชากรและสังคม	จำนวน (N=55)	ร้อยละ
6. อาชีพหลัก		
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	55	100
รับจ้าง	0	0
ค้าขาย	0	0
นักเรียน/นักศึกษา	0	0
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	0	0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0
7. สถานการณ์การเกิดโรคในครอบครัวในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่มีผู้ป่วย	54	98.18
มีผู้ป่วย	1	1.82
8. สื่อในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก		
สื่อบุคคลอย่างเดียว	18	32.73
สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์	45	81.82
สื่อบุคคลและสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์	34	61.81
สื่อบุคคลและสื่อสิ่งพิมพ์	25	45.45
สื่อบุคคลสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์และสื่อสิ่งพิมพ์	18	32.73
9. ความถี่ของการทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
เดือนละ 1 ครั้ง	37	67.27
2 เดือนต่อ 1 ครั้ง	12	21.82
3 เดือนต่อ 1 ครั้ง	6	10.91
มากกว่า 3 เดือน ต่อครั้งขึ้นไป	0	0
ไม่ได้มีการติดตาม	0	0
10. มาตรการในชุมชน		
ไม่มี	42	76.36
มี	13	23.64

ตอนที่ 2 การรับรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

การรับรู้ที่ถูกต้อง จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่าประชาชนมีการรับรู้ที่ถูกต้องว่าทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 81.80 รองลงมาได้แก่การรับรู้ว่ายุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก , โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส , โรคไข้เลือดออกหากเป็นแล้วไม่สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก (ป่วยครั้งเดียวมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต), พบผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุดในกลุ่มคน คิดเป็นร้อยละ 80.00 , 65.50 , 63.60 , และ 45.50 ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง เป็นรายชื่อ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	การรับรู้ที่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1.ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้	45	81.80
2.โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส	36	65.50
3.ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก	44	80.00
4.ฤดูที่จะพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ ฤดูหนาว	25	45.50
5.โรคไข้เลือดออกหากเป็นแล้วไม่สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก (ป่วยครั้งเดียวมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต)	35	63.60

การรับรู้ที่ถูกต้อง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก พบว่าประชาชนมีการรับรู้ที่ถูกต้องว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้ถึงตาย , ผู้ป่วยที่เป็นไข้เลือดออกบางราย มีเลือดออกรุนแรงในกระเพาะอาหาร ทำให้อาเจียนเป็นเลือดและถ่ายอุจจาระเป็นสีดำได้ได้สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 83.60 เท่ากัน รองลงมาคือรับรู้ที่ผู้ป่วยไข้เลือดออกมีอาการซึมลง กระสับกระส่าย ปลายมือเท้าเย็น ทำให้เกิดภาวะช็อก ต้องพาไปโรงพยาบาล , และ ผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคไข้เลือดออก ไม่ควรให้ยาแอสไพรินเป็นยาลดไข้ คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 38.20 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง เป็นรายชื่อ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	การรับรู้ที่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1 ผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกบางราย มีเลือดออกรุนแรงในกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้อาเจียนเป็นเลือด สีน้ำตาลและถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ	46	83.60
2.ผู้ป่วยไข้เลือดออกบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้ถึงตายได้	46	83.60

ตารางที่ 3 ต่อ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	การรับรู้ที่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
3. ผู้ป่วยที่สงสัยเป็นไข้เลือดออก ควรให้ยาลดไข้ ที่มีส่วนผสมของแอสไพริน	21	38.20
4. ถ้าพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ซึมลง กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็น และอยู่ในภาวะช็อก ให้รอดูอาการก่อนไม่ต้องพาไปโรงพยาบาล	44	80.00

การรับรู้ที่ถูกต้อง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของประชาชนพบว่า มีการรับรู้ที่ถูกต้องว่าการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยการ
ทำลายแหล่งน้ำขัง , เปลี่ยนน้ำในแจกัน , ขารองตู้กับข้าว ทุก 7 วันเป็นการตัดวงจรการเจริญเติบโตของ
ยุงลาย ซึ่งจะสามารถลดการเกิดของยุงลายได้ สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 78.20 รองลงมาคือ การพ่นสารเคมี
รอบบ้านผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ภายใน 24 ชั่วโมง รัศมี 100 เมตร จะสามารถป้องกันและควบคุมการ
ระบาดของโรคได้, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของประชาชนในหมู่บ้านทุกคน ,
การใช้สารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย ไม่ใช่วิธีการป้องกันกันโรคที่ดีที่สุด ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก , คิด
เป็นร้อยละ 72.70 , 61.80 และ 50.90 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง เป็น
รายชื่อ

การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	การรับรู้ที่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1.การพ่นสารเคมีรอบบ้านผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ภายใน 24 ชั่วโมง รัศมี 100 เมตร จะสามารถป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคได้	40	72.70
2. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยการทำลายแหล่งน้ำขัง , เปลี่ยนน้ำในแจกัน , ขารองตู้กับข้าว ทุก 7 วันเป็นการตัดวงจร การเจริญเติบโตของยุงลาย ซึ่งจะสามารถลดการเกิดของยุงลายได้	43	78.20
3. การพ่นสารเคมีเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกัน โรคไข้เลือดออก	28	50.90
4. การป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เท่านั้น	34	61.80

การรับรู้ที่ถูกต้อง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนพบว่า มีการรับรู้ที่ถูกต้องว่า การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหมู่บ้านเป็นหน้าที่ของสถานีอนามัยและ อาสาสมัครสาธารณสุข , การมีภาชนะใส่น้ำขังในบริเวณบ้านสามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 89.10 เท่ากัน รองลงมาคือ การใส่ทรายที่มีฟอสฟอรัสไปใ้ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ, การใช้สารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุด, คิดเป็นร้อยละ 56.40 และ 56.40 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรับรู้อุปสรรคการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง เป็นรายชื่อ

การรับรู้อุปสรรค	การรับรู้ที่ถูกต้อง	
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวน	
ร้อยละ		
1.การใส่ทรายที่มีฟอสฟอรัสไปใ้ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	31	56.40
2. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหมู่บ้านเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและ อาสาสมัครสาธารณสุข	49	89.10
3. การใช้สารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุด	31	56.40
4. การมีภาชนะใส่น้ำขังในบริเวณบ้านสามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้	49	89.10

ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ที่ถูกต้องในการควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่ามีค่าเฉลี่ย การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการ โรค ไข้เลือดออกสูงสุด(คะแนนเต็ม 5 คะแนน) คะแนน เฉลี่ย 3.36 รองลงมาคือ การรับรู้อุปสรรคการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (คะแนนเต็ม 4 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 2.91 , การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไข้เลือดออก(คะแนนเต็ม 4 คะแนน) คิดเป็น คะแนนเฉลี่ย 2.85 และการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก (คะแนนเต็ม 4 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 2.64 รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง ในภาพรวม

การรับรู้การป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ	การรับรู้ที่ถูกต้อง	
			\bar{X}	S.D
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออก	45	81.81	3.36	0.82
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไข้เลือดออก	39	70.90	2.85	0.65
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	54	98.18	2.64	0.65
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุม โรค ไข้เลือดออก	39	70.9	02.91	0.84
คะแนนในภาพรวม	55		11.76	1.61

ระดับคะแนนของการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.72 ($p \pm t_{\alpha/2} \sqrt{s/n}$) รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 23.64 และ ระดับสูงร้อยละ 3.64 รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวม

ร้อยละ	ระดับคะแนนการรับรู้	จำนวน	
ต่ำ (<11 คะแนน)		13	23.64
ปานกลาง(11-14 คะแนน)		40	72.72
สูง (>14 คะแนน)		2	3.64
รวม		55	100.00

ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ และขั้นตอนการติดตามประเมินผล ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอัตราการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 58.18 รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

การมีส่วนร่วมในการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
ไม่มีส่วนร่วม	23	41.82
มีส่วนร่วม	32	58.18
รวม	55	100

เมื่อศึกษาอัตราการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แยกตามลักษณะทางประชากรและสังคม พบว่า เพศชายมีส่วนร่วมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 67.67 รองลงมาคือเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 57.14 กลุ่มอายุ 15-20 ปี มีส่วนร่วมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 21-40 , 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.74 และ 43.48 กลุ่มที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีส่วนร่วมสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 58.82 รองลงมาคือ กลุ่มที่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มที่มีสถานภาพโสดมีส่วนร่วมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 57.41

กลุ่มที่มีอาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวน มีส่วนร่วมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 58.18 กลุ่มที่เคยมีผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออกในครอบครัวมีส่วนร่วมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือกลุ่มที่ไม่เคยมีผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 59.25 กลุ่มที่ได้ติดตามการทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกมีส่วนร่วมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 100 และติดตามเดือนละ 1 ครั้ง มีส่วนร่วมมากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 100 กลุ่มที่หมู่บ้านมีมาตรการของชุมชนมีส่วนร่วมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 82. รายละเอียดดัง
ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะทางประชากรและสังคม	ไม่มีส่วนร่วม		มีส่วนร่วม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ						
ชาย	2	33.33	4	67.67	6	100
หญิง	21	42.86	28	57.14	49	100
2.กลุ่มอายุ						
15-20	0	0	1	100	1	100
21-40	10	32.26	21	67.74	31	100
41-60	13	56.52	10	43.48	25	100
60 ปีขึ้นไป	0	0	0	0	0	0
3.ระดับการศึกษาสูงสุด						
ไม่ได้เรียน	0	0	0	0	0	0
ประถมศึกษา	21	41.18	30	58.82	41	100
มัธยม	2	50.00	2	50.00	14	100
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	0	0	0	0	0	0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	0	0	0	0	0
4.สถานภาพสมรส						
โสด	0	0	1	100	1	100
คู่	23	42.59	31	57.41	54	100
ม่าย	0	0	0	0	0	0
หย่า/แยกกันอยู่	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรและสังคม	ไม่มีส่วนร่วม		มีส่วนร่วม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5.สถานะในครอบครัว						
หัวหน้าครอบครัว	4	66.67	2	3.33	6	100
ภรรยา/สามีของ หน.ครอบครัว	19	38.78	30	61.22	49	100
บุตร	0	0	0	0	0	0
ผู้อาศัย	0	0	0	0	0	0
6.อาชีพหลัก						
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	23	41.82	32	58.18	55	100
รับจ้าง	0	0	0	0	0	0
ค้าขาย	0	0	0	0	0	0
นักเรียน/นักศึกษา	0	0	0	0	0	0
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	0	0	0	0	0	0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	0	0	0	0
7.สถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก						
ในครอบครัวในรอบปีที่ผ่านมา						
ไม่มีผู้ป่วย	23	40.75	32	59.25	54	100
มีผู้ป่วย	0	0	1	100	1	100
8.สื่อในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร						
เรื่องโรคไข้เลือดออก						
สื่อบุคคลอย่างเดียว	2	11.11	16	88.89	18	100
สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์	16	33.33	32	66.67	48	100
สื่อบุคคลและสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์	4	11.76	30	88.24	34	100
สื่อบุคคลและสื่อสิ่งพิมพ์	2	8.00	23	92.00	24	100
สื่อบุคคลสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์และสื่อสิ่งพิมพ์	2	11.11	16	88.89	18	100

ตารางที่ 8-(ต่อ)

ลักษณะทางประชากรและสังคม	ไม่มีส่วนร่วม		มีส่วนร่วม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9.ความถี่ของการติดตามการทำกิจกรรม						
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก						
เดือนละ 1 ครั้ง	0	0	21	100	21	100
2 เดือนต่อ 1 ครั้ง	0	0	7	100	7	100
3 เดือนต่อ 1 ครั้ง	0	0	4	100	4	100
มากกว่า 3 เดือนต่อครั้ง	6	100	0	0	6	100
ไม่ได้รับการติดตาม	17	100	0	0	17	100
10.มาตรการในชุมชน						
ไม่มี	16	100	0	0	16	100
มี	7	17.95	32	82.05	39	100

การศึกษากิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ และขั้นตอนการติดตามประเมินผล ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 32 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 55 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18 และเมื่อศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กิจกรรม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)	(N= 37)	(คน)	(N= 23)
1.ประชุมหรือลงมติเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก	32	86.49	5	13.51
2.เสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน	35	94.59	2	5.41
3.วางแผนปฏิบัติกิจกรรมป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน	37	100	0	0
4.วางแผนติดตาม ประเมินผลการ ปฏิบัติกิจกรรมป้องกันควบคุม ไข้เลือดออกในหมู่บ้าน	36	97.30	1	2.70

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยอย่าง 55 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลตัวอย่างได้ครบถ้วน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเบื้องต้นแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ในการศึกษาลักษณะทางประชากร การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และใช้สถิติ ประมาณค่าสัดส่วนที่ระดับความเชื่อมั่น ที่ 95%

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะประชากรและสังคมของประชาชน

ประชากรเป็นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.01 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.64 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 92.73 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 92.73 ส่วนใหญ่เป็นภรรยาหรือสามีของหัวหน้าครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 81.82 5 อาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 100 ในรอบปีที่ผ่านมาไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 98.18 ความถี่ของการทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 67.27 ในชุมชนไม่มีมาตรการสำหรับบ้านที่ไม่ทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 76.36 และได้รับรู้ข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกจากโฆษณาประชาสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 81.82

2. การรับรู้ของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าในภาพรวมร้อยละ 72.72

($p \pm t_{\alpha/2} \sqrt{s/n}$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้ที่ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 81.80 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้ที่ถูกต้องว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้ถึงตาย , ผู้ป่วยที่เป็นไข้เลือดออกบางราย มีเลือดออกรุนแรงในกระเพาะอาหาร ทำให้อาเจียนเป็นเลือดและถ่ายอุจจาระเป็นสีดำได้สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 83.60 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้ที่ถูกต้องว่าการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยการทำลายแหล่งน้ำขัง , เปลี่ยนน้ำในแจกัน , ขารองตู้กับข้าว ทุก 7 วันเป็นการตัดวงจรการเจริญเติบโตของยุงลาย ซึ่งจะสามารถลดการเกิดของยุงลายได้ สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 78.20 และด้านการรับรู้อุปสรรคการป้องกันและควบคุม

การปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแต่ละ
ขั้นตอนของกลุ่มที่มีส่วนร่วม ขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและวางแผนปฏิบัติมากที่สุด
คือ ร่วมประชุมและแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก ร้อยละ 58.18 ขั้นตอนการปฏิบัติ ปฏิบัติมากที่สุดคือปฏิบัติ ปิดฝาตุ่มให้มีดขีด
ประเมนผล ปฏิบัติมากที่สุดคือปฏิบัติกิจกรรมติดตามประเมนผลการทำกิจกรรมของครอบครัว

จากการศึกษาวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะคือควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน
ตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผนดำเนินการ และการประเมนผล โดยให้ประชาชนดำเนินการเอง
ในทุกขั้นตอน ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้อง ควรมีการติดตามการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ



โรคไข้เลือดออก มีการรับรู้ที่ถูกต้องว่า การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหมู่บ้านเป็นหน้าที่ทุกคนในชุมชน ,การมีภาชนะใส่น้ำขังในบริเวณบ้านสามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 89.10 เท่ากัน เมื่อพิจารณาข้อมูลในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.72

3. อัตราการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กลุ่มที่มีอัตราการมีส่วนร่วมสูงสุดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.67 อายุระหว่าง 15-20 ปี มีส่วนร่วมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีส่วนร่วมสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 58.82 กลุ่มที่มีสถานภาพโสดมีส่วนร่วมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 100 สถานะในครอบครัวเป็นผู้อาศัย ร้อยละ 46.51 กลุ่มที่มีอาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวน มีส่วนร่วมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 58.18 ในรอบปีที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว ร้อยละ 100 มีการติดตามการทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 58.18 ความถี่ของการติดตาม เดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 84.37 ในชุมชนมีมาตรการสำหรับบ้านที่ไม่ทำกิจกรรมป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ร้อยละ 82.05 และได้รับรู้ข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกจากสื่อบุคคลอย่างเดียว ร้อยละ 88.89

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.72 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเป็นช่วงเวลาใกล้ถึงฤดูกาล ระบาดของโรคไข้เลือดออก ในเขตสถานีอนามัยบ้านใหม่ ทำให้สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ รณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ควบคู่กับการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมพื้นที่ ทั้งสื่อสื่อบุคคล สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์และสื่อสิ่งพิมพ์ อีกทั้งประชาชนยังได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกผ่านทางสื่อมวลชนอย่างต่อเนื่อง ดังที่ อนุ เสาวกุลและคณะ (2549) ได้ศึกษาพบว่า แหล่งข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกที่สำคัญที่ประชาชนได้รับคือสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ 87.27 ประชาชนรับรู้ว่าคุณคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 81.81 และรับรู้การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก 70.90 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 98.18 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 70.90

ข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟินันท์ แดงหาญและคณะ(2540) ที่พบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดำเนินการควบคุมลูกน้ำยุงลายของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือข้อมูลของบุคคลสำคัญต่างๆ และของ สมชาย ทัศนากัณฑ์ (2540) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบและแนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อในระดับตำบล โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านอาสาสมัครโรคติดต่อ ซึ่งพบว่าทำให้อัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและโรคไข้เลือดออกลดลง

เมื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนของการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน คือ ขั้นตอนการค้นหาสาเหตุและวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ และขั้นตอนของการติดตามประเมินผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการมีส่วนร่วมร้อยละ 58.18 ซึ่งเป็นอัตราที่น้อย แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมโรคไข้เลือดออก ว่าเป็นปัญหาของตนเองที่ต้องช่วยกันแก้ไข และยังไม่รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของปัญหา จึงทำให้ไม่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความเคยชินต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือกลุ่มผู้นำชุมชน ไม่เคยคิดเอง วางแผนเอง และติดตามประเมินผลเอง จึงทำให้การมีส่วนร่วมในบางขั้นตอนขาดหายไป เป็นผลให้อัตราการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อย

2.เมื่อศึกษาอัตราการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างแยกตามลักษณะประชากรและสังคมพบว่า กลุ่มที่มีอัตราการมีศึกษา ส่วนร่วมมากที่สุดคือ กลุ่มเพศหญิง อายุ 21-40 ปี มีสถานภาพการสมรสโสด จบการศึกษาระดับประถม มีอาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวน เคยมีผู้ป่วยในครอบครัวในรอบปีที่ผ่านมา 1 คนได้รับการติดตามจากอาสาสมัครสาธารณสุข ความถี่ในการได้รับการติดตามจากอาสาสมัครสาธารณสุขเดือนละ 1 ครั้ง ในหมู่บ้านมีมาตรการสำหรับบ้านที่ไม่มีกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก และได้รับสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ แสดงให้เห็นว่า เพศหญิงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กิจกรรมของการมีส่วนร่วมกลุ่มอายุที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงได้แก่ อายุ 21-40 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่มีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานสูง มีตำแหน่งทางสังคมภายในหมู่บ้าน จึงมีส่วนร่วมมากที่สุดกลุ่มที่แต่งงานมีครอบครัวมีอัตราการมีส่วนร่วมสูง ผู้ที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จะมีส่วนร่วมสูง อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ต้องดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จึงทำให้กลุ่มนี้มีส่วนร่วมมากเพราะประชาชนส่วนใหญ่ในหมู่บ้านคือกลุ่มที่ไม่มีสถานภาพทางสังคมใดๆ ดังนั้นสมควรที่กลุ่มคนส่วนใหญ่จะต้องมีส่วนร่วมมากที่สุด การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงจะประสบผลสำเร็จ การติดตามของอาสาสมัครสาธารณสุขและมาตรการของชุมชน ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชาชนยังเคยชินต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามคำแนะนำของผู้มีความรู้ด้านสาธารณสุข และยังคงเคยชินต่อการปฏิบัติต่างๆ ที่มีข้อบังคับ ไม่ชอบคิดและทำเอง ต้องได้รับการกระตุ้นจึงจะทำ ดังนั้นประชาชนต้องรู้จักคิด วางแผน และติดตามประเมินผล เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกประสบผลสำเร็จต่อไป

สื่อบุคคลมีผลทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากกว่าสื่ออื่นๆ เนื่องจากเป็นสื่อที่ใกล้ชิดตนเองและสามารถสื่อสารได้ 2 ทาง คือถามและตอบได้ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ได้มากกว่าสื่อชนิดอื่นๆ

เมื่อศึกษากิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม พบว่าในขั้นตอนของการค้นหาสาเหตุของปัญหาและวางแผน ซึ่งมีอยู่ 4 กิจกรรม กลุ่มที่มีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุด คือ ประชุมและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ไข้เลือดออกเนื่องจากเป็นสิ่งที่ประชาชนปฏิบัติได้ง่ายและเป็นพฤติกรรมของประชาชน ส่วนใหญ่ที่ชอบฟังมากกว่าการเสนอความคิดเห็น ทำให้การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะถึงสาเหตุของการเกิดโรคและวิธีการป้องกันควบคุมโรคน้อยลง กิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือการวางแผนทำกิจกรรมและวางแผนประเมินผล แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของการวางแผน โดยเห็นว่าเป็นหน้าที่ของผู้นำชุมชนหรือกลุ่มที่มีสถานภาพทางสังคมในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลจำนวนน้อย ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ประชาชนมีการวางแผนการดำเนินงานต่างๆ เอง และมีการติดตามประเมินผลเอง ซึ่งจะทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหามากขึ้น และจะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมหวัง ช่อนงาม (2543) ที่พบว่าขั้นตอนของการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผน กลุ่มที่มีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ การร่วมประชุมหรือลงมติที่ประชุม , ร่วมแสดงความคิดเห็นถึงสาเหตุของการเกิดโรค ไข้เลือดออก และร่วมแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก และที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือการวางแผนทำกิจกรรมและวางแผนประเมินผล

ในขั้นตอนการปฏิบัติ ซึ่งมี 4 กิจกรรม กลุ่มที่มีส่วนร่วมมากที่สุด 5 อันดับคือ ปิดฝาตุ่มให้มิดชิด , ปล่อยปลากัดกินลูกน้ำยุงลาย , ใส่ทรายพืชมอส , จัดล้างภาชนะและเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน แสดงให้เห็นว่าประชาชนชอบปฏิบัติในเรื่องการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านเรือนเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากปฏิบัติได้ง่าย และอยู่ใกล้ตัวตลอด และภาชนะต่างๆ มีน้ำตลอดปี ประกอบกับในช่วงเวลาก่อนการศึกษา จังหวัดพิษณุโลกมีนโยบายให้ทุกหลังคาเรือนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกโดยให้มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกวันศุกร์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายนั้นต้องดำเนินการควบคู่กันทั้งการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ภายในบ้านเรือนและแหล่งน้ำข้างรอบบ้านเรือน จึงจะทำให้การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกประสบผลสำเร็จ

ในขั้นตอนการติดตามประเมินผล ซึ่งมีอยู่ 1 กิจกรรม สำรวจจำนวนลูกน้ำยุงลายหรือแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (HI CI) มีผู้มีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมติดตามและประเมินผลการทำกิจกรรมของครอบครัวมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าประชาชนชอบในการประเมินผลติดตามภายในครอบครัวของตนเอง ซึ่งทำให้ประชาชนได้รับทราบข้อบกพร่อง สามารถปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น แต่ในขั้นตอนการติดตามการทำกิจกรรมของละแวกและคุ้มยังมีน้อย ถ้าประชาชนมีการร่วมประเมินผลในละแวกและคุ้มประสบผลแล้วก็จะส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของหมู่บ้านประสบผลสำเร็จตามมาด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผนดำเนินการ และการประเมินผล โดยให้ประชาชนดำเนินการเองในทุกขั้นตอน ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

2. ควรให้ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่มอาชีพ เพื่อให้เกิดความรู้เท่าเทียมกันทุกกลุ่ม โดยเน้นความรู้ที่ถูกต้อง เช่น เรื่องวิธีการใช้สารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย ควรใช้เมื่อมีผู้ป่วยในหมู่บ้านเท่านั้น แต่ให้เน้นการกำจัดลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทางกายภาพและชีวภาพในบ้านเรือนและบริเวณบ้านเรือน เป็นต้น

3. สื่อในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรจัดให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มประชาชน เนื่องจากแต่ละบุคคลมีสิ่งแวดล้อมในการรับรู้ไม่เท่ากัน ควรใช้สื่อหลายชนิดผสมกัน โดยให้มีสื่อบุคคลเป็นหลัก เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เป็นต้น

4. อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้อง ควรมีการติดตามผลการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัญหา อุปสรรค และรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

2. ควรศึกษารูปแบบการใช้มาตรการทางกฎหมาย ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เหมาะสมกับสังคมไทย

3. ควรศึกษารูปแบบการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น การใช้สมุนไพรไล่ยุงแทนการใช้สารเคมี



ตารางการแปรผลค่าดัชนี IOC
ผู้เชี่ยวชาญที่ 1-3

ข้อที่	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ			รวม	เฉลี่ย	สรุปผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1.	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
2.	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้ (>0.5) อาจปรับปรุง
3.	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
4.	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
5.	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (>0.5) อาจปรับปรุง
6.	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (>0.5) อาจปรับปรุง
7.	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้ (>0.5) อาจปรับปรุง
8.	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
9.	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
10.	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
11.	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
12.	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (>0.5) อาจปรับปรุง
13.	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้ (>0.5) อาจปรับปรุง
14.	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้ (>0.5) อาจปรับปรุง
15.	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
16.	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้ (>0.5) อาจปรับปรุง
17.	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้

การหาความเชื่อมั่น
แบบสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข

ข้อที่ คนที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	รวม (X)	X ²
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16	256
2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	13	169
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	16	256
4	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	15	225
5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	14	196
6	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	13	169
7	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	12	144
8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	256
9	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	14	196
10	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	15	225
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	16	256
12	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	13	169
13	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	225
14	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	13	169
15	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	13	169
16	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	13	169
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16	256
18	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	196
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	289
20	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	13	169
21	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	196
22	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	15	225
23	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	256
24	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	225
25	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	225
26	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	13	169
27	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	12	144
28	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	13	169
29	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	196
30	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	13	169
รวม	28	26	27	22	20	24	25	16	27	26	28	22	27	23	28	19	28		

p	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.		
	93	86	9	73	67	8	83	53	9	86	93	73	9	76	93	63	93	
q	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.		
	07	14	1	27	33	2	17	47	1	14	07	27	1	24	07	37	07	
pq	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.		
	06	12	09	19	22	16	14	24	09	12	06	19	09	18	06	23	06	

$$\sum X = 427 \quad \sum X^2 = 6,160 \quad \sum pq = 2.3$$

สูตร KR.20

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right)$$

สูตรความแปรปรวน

$$\begin{aligned}
 S_t^2 &= \frac{\sum X^2}{n} - \left(\frac{\sum X}{n} \right)^2 \\
 &= \frac{6,160}{30} - \left(\frac{427}{30} \right)^2 \\
 &= 205.33 - (14.23)^2 \\
 &= 205.33 - 202.49 \\
 &= 2.84
 \end{aligned}$$

นำค่า S^2 ที่คำนวณได้แทนค่าในสูตร KR.20

$$\begin{aligned}r_u &= \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right) \\&= \frac{17}{16} \left(1 - \frac{2.3}{2.84} \right) \\&= \frac{17}{16} (1 - 0.8) \\&= 1.06 (0.2) \\&= 0.21\end{aligned}$$

เพราะฉะนั้นค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.21



แบบสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข
เรื่องการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
สถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ
ของสถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา
วัน/เดือน/ปี...../...../.....

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ศึกษาเรื่องการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านใหม่เจริญผล ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ข้อมูลทุกประการมีความสำคัญยิ่งในการกำหนดกลวิธีและแนวทางในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสถานีอนามัยฯ

แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย คือ

3.1 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมในขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผน

3.2 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมในขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.3 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมในขั้นตอนการติดตามประเมินผล

ขอความร่วมมือจากผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1. โปรดอ่านคำชี้แจงของแต่ละข้อให้เข้าใจก่อนตอบคำถาม

2. กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง

3. กรุณาตอบทุกข้อในแต่ละส่วน ให้ครบทั้ง 3 ส่วน

ข้อมูลที่ได้รับ ทางคณะผู้วิจัย จะเก็บเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล จะทำเป็นภาพรวม ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่าน

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุเท่าไร (คิดตามปี พ.ศ.)
() 15-20 ปี () 21-40 ปี () 41-60 ปี () 61 ปีขึ้นไป
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
()ปริญญาตรีและสูงกว่า () อื่นๆ.....
4. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า/แยกกันอยู่
5. สถานะในครอบครัว
() หัวหน้าครอบครัว () ภรรยา/สามีของหัวหน้าครอบครัว () บุตร
() ญาติ () ผู้อาศัย () อื่นๆ.....
6. อาชีพหลัก
() ทำนา/ทำไร่*/ทำสวน () รับจ้าง () ค้าขาย () นักเรียน/นักศึกษา
() แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () อื่น.....
7. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คนในครอบครัวของท่านมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกบ้างหรือไม่
() มี () ไม่มี
8. ท่านได้รับทราบข่าวสารหรือความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกบ้างหรือไม่
() ไม่ได้ (ข้ามไปข้อ 10)
() ได้รับ ได้รับจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () อาสาสมัครสาธารณสุข () ผู้นำชุมชน () อบต.
() เพื่อนบ้าน () หอกระจายข่าว () หนังสือพิมพ์ () หนังสือ/วารสาร
() แผ่นพับ/ใบปลิว () วิทยุ () โทรทัศน์
9. บ้านของท่านได้รับการติดตามการทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้างหรือไม่
() ไม่มี
() มี ติดตามบ่อยครั้งเท่าใด (ตอบได้ข้อเดียว)
() เดือนละ 1 ครั้ง () เดือนละ 2 ครั้ง () เดือนละ 3 ครั้ง () มากกว่า 3 ครั้ง/เดือน
10. หมู่บ้านของท่านมีกฎ ระเบียบ ข้อบังคับหรือบทลงโทษ สำหรับบ้านที่ไม่ทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้างหรือไม่
() ไม่มี
() มี ในหมู่บ้านของท่านมีกฎ ระเบียบ ข้อบังคับหรือบทลงโทษ อะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() ตักเตือนโดย อสม. () ตักเตือนโดยผู้นำชุมชน
() ประกาศชื่อทางหอกระจายข่าว () ปรับเป็นเงินเข้าหมู่บ้าน () อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก			
1.1 คนทุกเพศ ทุกวัย มีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้			
1.2 โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส			
1.3 ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก			
1.4 ฤดูที่จะพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ ฤดูหนาว			
1.5 โรคไข้เลือดออกหากเป็นแล้วไม่สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก (ป่วยครั้งเดียวมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต)			
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก			
2.1 ผู้ป่วยที่เป็นไข้เลือดออกบางราย มีเลือดออกรุนแรงในกระเพาะอาหาร ทำให้อาเจียนเป็นเลือดและถ่ายอุจจาระเป็นสีดำได้			
2.2 ผู้ป่วยไข้เลือดออกบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้ถึงตายได้			
2.3 ผู้ป่วยที่สงสัยเป็นไข้เลือดออก ควรให้ยาลดไข้ที่มีส่วนผสมของแอสไพริน			
2.4 ถ้าพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ซึมลง กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็น และอยู่ในภาวะช็อก ให้รอดูอาการก่อน ไม่ต้องพาไปโรงพยาบาล			
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			
3.1 การพ่นสารเคมีรอบบ้านผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ภายใน 24 ชั่วโมง รัศมี 100 เมตร จะสามารถป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคได้			
3.2 การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยการทำลายแหล่งน้ำขัง เปลี่ยนน้ำในแจกัน , ขารองตู้กับข้าว ทุก 7 วันเป็นการตัดวงจรการเจริญเติบโตของยุงลาย ซึ่งจะสามารถลดการเกิดของยุงลายได้			
3.3 การพ่นสารเคมีเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก			
3.4 การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เท่านั้น			
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			
4.1 การใส่ทรายที่มีฟอสฟอรัสไปลงในน้ำใช้ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ			
4.2 การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหมู่บ้านเป็นหน้าที่ของสถานีอนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุข			
4.3 การใช้สารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุด			
4.4 การมีภาชนะใส่น้ำขังในบริเวณบ้านสามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

3.1 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมในขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผน

1. หมู่บ้านของท่านมีการประชุมชาวบ้านบ้างหรือไม่
() ไม่มี () มี
2. ท่านเคยเข้าร่วมประชุมบ้างหรือไม่
() ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 4) () เคย
3. ในการประชุมชาวบ้าน ได้มีการนำเรื่องโรคไข้เลือดออกมาแจ้งหรือพูดคุยในที่ประชุมบ้างหรือไม่
() ไม่มี
() มี ถ้ามี ท่านได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก หรือมีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้างหรือไม่
() ไม่มีส่วนร่วม
() มีส่วนร่วม ถ้ามี ท่านมีส่วนร่วมในประเด็นใดบ้าง ดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของโรคไข้เลือดออก
 - () เสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน
 - () วางแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน
 - () วางแผนติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน
4. ท่านเคยพูดคุยหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกหรือวิธีป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในโอกาสที่พูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัวบ้างหรือไม่
() ไม่เคย () เคย

3.2 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมในขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. ท่านเคยสำรวจลูกน้ำยุงลายตามอ่างน้ำในห้องน้ำ โถงน้ำ งานรองขาตู้กับข้าว หรือภาชนะขังน้ำอื่นๆในบ้านหรือไม่
() ไม่เคย
() เคย ถ้าเคย () ทุกๆ 7 วัน/ครั้ง () มากกว่า 7 วันขึ้นไป/ครั้ง
2. ท่านได้ป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลาย หรือทำลายลูกน้ำยุงลายในโถงน้ำคืม น้ำใช้ในบ้านหรือไม่
() ไม่ทำ
() ทำ โดยวิธีใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () ปิดฝาตุ่มน้ำให้มิดชิด () ปล่อยปลากินลูกน้ำในบ่อเลี้ยงปลา
 - () ใส่ทรายอะเบท(ที่มีฟอส) ใส่ทุกที่เดือน (ตอบได้ข้อเดียว)
 - () ใส่ทุก 1-3 เดือน () ใส่ทุก 4 เดือนขึ้นไป
 - () ขัดล้างภาชนะและเปลี่ยนน้ำ ทำทุกที่วัน (ตอบได้ข้อเดียว)
 - () ทุก 1-7 วัน () เกิน 7 วันขึ้นไป

3. ท่านได้ทำการป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลาย หรือทำลายลูกน้ำยุงลาย ในงานรองขาตู้กับข้าวหรือ
โต๊ะที่มีงานรองขา ในบ้านของท่านหรือไม่

() ไม่ทำ

() ทำทำโดยวิธีใดบ้าง

() ใส่ปูนขาว

() ใส่น้ำมันเครื่องหรือน้ำมันจี้ไล่

() ใส่เกลือแกงหรือน้ำส้มสายชู

() ใส่ผงซักฟอก

() ใส่ทรายอะเบท(ที่มีฟอส) ใส่ทุกกี่เดือน (ตอบได้ข้อเดียว)

() ใส่ทุก 1-3 เดือน

() ใส่ทุก 4 เดือนขึ้นไป

() ใส่น้ำร้อน

ทำทุกกี่วัน (ตอบได้ข้อเดียว) () ทุก 1-7 วัน

() เกิน 7 วันขึ้นไป

4. ท่านเคยร่วมตรวจสอบหรือประเมินการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมของทั้ง
หมู่บ้าน ในการประชุมของหมู่บ้าน ว่าทำกิจกรรมเป็นอย่างไร เช่น จำนวนลูกน้ำยุงลายลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือแหล่ง
เพาะพันธุ์ยุงลายลดลงหรือเพิ่มขึ้น เป็นต้น และต้องปรับปรุงเรื่องใดบ้าง

() เคย

() ไม่เคย

%%%%%%%%%

