

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมความยากง่ายของผู้ป่วย ชีคุนกุญา อำเภอเชียง จังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
2. ความรู้เกี่ยวกับโรค ชีคุนกุญา
3. ความรู้เกี่ยวกับสารทป้องกันยุง
4. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติ
6. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ยูวดี รอดจากภัย (2551) กล่าวว่า ความรู้ (K = Knowledge) หมายถึง ความสามารถในการจำ หรือระลึกได้ซึ่งรวมประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เป็นต้น

ความรู้ (Knowledge) ในทัศนะของฮอสเปอร์ (อ้างถึงใน มาโนช เวชพันธ์, 2532, หน้า 15-16) นับเป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ซึ่งอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน หรือ ได้ฟัง ความรู้นี้เป็นหนึ่งในขั้นตอนของการเรียนรู้ โดยประกอบไปด้วยคำจำกัดความหรือความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา และมาตรฐาน เป็นต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความรู้เป็นเรื่องของการจำอะไรได้ ระลึกได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อนหรือใช้ความสามารถของสมองมากนัก ด้วยเหตุนี้ การจำได้จึงถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญในทางจิตวิทยา และเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ได้ใช้ความคิดและความสามารถทางสมองมากขึ้นเป็นลำดับ ส่วนความเข้าใจ (Comprehension) นั้น ฮอสเปอร์ชี้ให้เห็นว่า เป็นขั้นตอนต่อมาจากความรู้ โดยเป็นขั้นตอนที่จะต้องใช้ความสามารถของสมองและทักษะในขั้นที่สูงขึ้น จนถึงระดับของการสื่อความหมาย ซึ่งอาจเป็นไปได้โดยการใช้ปากเปล่า

ข้อเขียน ภาษา หรือการใช้สัญลักษณ์ โดยมักเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับข่าวสารต่าง ๆ แล้ว อาจจะโดยการฟัง การเห็น การได้ยิน หรือเขียน แล้วแสดงออกมาในรูปของการใช้ทักษะหรือการแปลความหมายต่าง ๆ เช่น การบรรยายข่าวสารที่ได้ยินมาโดยคำพูดของตนเอง หรือการแปลความหมายจากภาษาหนึ่งไปเป็นอีกภาษาหนึ่ง โดยคงความหมายเดิมเอาไว้ หรืออาจเป็นการแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อสรุปหรือการคาดคะเนก็ได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (อ้างถึงใน อักษร สวัสดิ์, 2542, หน้า 26) ได้ให้คำอธิบายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้างและวิธีแก้ไขปัญหา ส่วนความเข้าใจอาจแสดงออกมาในรูปของทักษะด้าน “การแปล” ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเขียนบรรยายเกี่ยวกับข่าวสารนั้น ๆ โดยใช้คำพูดของตนเอง และ “การให้ความหมาย” ที่แสดงออกมาในรูปของความคิดเห็นและข้อสรุป รวมถึงความสามารถในการ “คาดคะเน” หรือการคาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น

เบนจามิน บลูม (Benjamin S. Bloom อ้างถึงใน อักษร สวัสดิ์, 2542, หน้า 26-28) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ ว่าหมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่าง ๆ รวมถึงแบบกระบวนการของโครงการวัตถุประสงค์ในด้านความรู้ โดยเน้นในเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ โดยก่อนหน้านี้ในปี ค.ศ. 1965 บลูมและคณะ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้หรือพุทธิพิสัย (cognitive domain) ของคน ว่าประกอบด้วยความรู้ตามระดับต่าง ๆ รวม 6 ระดับ ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับความรู้ในขั้นต่ำไปสู่ระดับของความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไป โดยบลูมและคณะ ได้แจกแจงรายละเอียดของแต่ละระดับไว้ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยู่ยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2. ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ ความจำ ให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมาย การสรุป หรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. การนำไปปรับใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (comprehension) ในเรื่องใด ๆ ที่มีอยู่เดิม ไปแก้ไขปัญหาที่แปลก

ใหม่ของเรื่อนั้น โดยการใช้ความรู้ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมา ผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจ และการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อย ที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ เพื่อคว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้นสามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อย ๆ หรือส่วนใหญ่ ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งที่สิ่งที่กำหนดให้

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับความคิด ค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์ (criteria) เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ (characteristics of cognitive domain) ที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ การนำไปปรับใช้ การวิเคราะห์และการสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกันเพื่อทำการประเมินผลสิ่งหนึ่งสิ่งใด

ดังนั้น ความรู้คือ สิ่งที่มีมนุษย์สร้าง ผลิต ความคิด ความเชื่อ ความจริง ความหมาย โดยใช้ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ตรรกะ แสดงผ่านภาษา เครื่องหมาย และสื่อต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปตามผู้สร้างผู้ผลิตจะให้ความหมาย

ความรู้เกี่ยวกับโรค ชิคุนกุนยา

โรคชิคุนกุนยา (Chikungunya) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา ซึ่งเป็น RNA Virus จัดอยู่ใน *genus alphavirus* และ *family Togaviridae* มียุงลาย *Aedes aegypti*, *Ae. albopictus* เป็นพาหะนำโรค มีอาการไข้ปวดตามข้อต่าง ๆ เป็นอาการเด่น คล้ายไข้เดงกี แต่ต่างกันที่ไม่มีการรื้อของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด จึงไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากจนถึงมีการช็อก คำว่า “ชิคุนกุนยา” เป็นภาษาสวาฮิลี แปลว่า ทำให้โค้งงอ ซึ่งหมายถึงลักษณะของโรค ที่มักทำให้ปวดตามข้อ และกระดูก จนทำให้ตัวงอ (ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์, 2552)

1. ระบาดวิทยาของโรค การติดเชื้อ *Chikungunya virus* สามารถแยกเชื้อได้ครั้งแรกใน ปี ค.ศ.1953 ในประเทศแทนซาเนีย ในช่วงที่มีการระบาดของไข้เลือดออก หลังจากนั้นก็มีการระบาดอยู่ในทวีปแอฟริกาเป็นส่วนใหญ่ ในประเทศไทยมีการตรวจพบครั้งแรกพร้อมกับที่มี



ไข้เลือดออกกระบาดและเป็นครั้งแรกในทวีปเอเชียเมื่อ พ.ศ. 2501 โดย Prof.W McD Hammon แยกเชื้อชุกุนกุนยา ได้จากผู้ป่วยโรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร โรคนี้จะพบมากในฤดูฝน เมื่อประชากรยังเพิ่มขึ้นและมีการติดเชื้อในยุคลายมากขึ้น พบโรคนี้ได้ในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งต่างจาก ไข้เลือดออกในประเทศไทยพบมีการระบาดของโรคชุกุนกุนยา 6 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2519 ที่จังหวัด ปราจีนบุรี พ.ศ. 2531 ที่จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2534 ที่จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2536 ที่จังหวัดเลย และ พะเยา พ.ศ. 2538 ที่จังหวัดนครศรีธรรมราชและหนองคาย ซึ่งพบผู้ป่วย 576 ราย และ 94 ราย การระบาดที่เกิดขึ้นใน 4-5 ปี หลังเกิดในมหาสมุทรอินเดียในหมู่เกาะต่าง ๆ เช่น ที่เกาะ Reunion มีผู้ป่วยถึง 35 % ของประชากร 777,000 คน และในปีถัดมา 2005-2006 ในประเทศอินเดีย มีการระบาดผู้ป่วยสูงถึง 1.4 ล้านคน และมีการระบาดไปในประเทศอินโดนีเซีย มาเลเซีย วิธีการ ติดต่อกันได้โดยมียุคลาย เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ เมื่อยุคลายตัวเมียกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ ไข้สูง ซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้า สู่กระแสเลือด และเพิ่ม จำนวนมากขึ้น แล้วเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย เมื่อผู้ที่ติดเชื้อไวรัสชุกุนกุนยาไปกัดคนอื่นก็จะปล่อย เชื้อไปยังคนที่ถูกกัด ทำให้คนนั้นเกิดอาการของโรคได้ ในระยะที่มีไวรัสอยู่ในเลือด จะพบไวรัสสูง ถึง 109 copies/cc โดยเฉพาะใน 2 วันแรกหลังมีไข้ และหายไปภายใน 5 วัน ในระยะนี้จึงอาจจะ ติดต่อกันได้หากได้รับเลือดของผู้ป่วยและมีรายงานการติดต่อจากแม่ที่กำลังจะคลอดในช่วงนี้ จะทำให้ ลูกติดเชื้อได้ระยะฟักตัว

1.1 ระยะฟักตัว โดยทั่วไปประมาณ 1-12 วัน แต่ที่พบบ่อยประมาณ 2-3 วัน

1.2 ระยะติดต่อ ระยะไข้สูงประมาณวันที่ 2-4 เป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแส

เลือดมาก

1.3 อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยจะมีอาการ ไข้สูงอย่างฉับพลัน มีผื่นแดงขึ้นตาม ร่างกายและอาจมีอาการคันร่วมด้วย หลังจากไข้ลดลงบางรายจะพบผื่นแดง Maculopapular และ มักจะมีอาการคันร่วมด้วย พบตาแดง (Conjunctival injection) แต่ไม่ค่อยพบจุดเลือดออกในตาขาว ส่วนใหญ่แล้วในเด็กจะมีอาการไม่รุนแรงเท่าในผู้ใหญ่ ในผู้ใหญ่อาการที่เด่นชัดคืออาการปวดข้อ ซึ่งอาจพบข้ออักเสบได้ ส่วนใหญ่จะเป็นที่ข้อเล็ก ๆ เช่น ข้อมือ ข้อเท้า ก่อนแล้วถึงไปถึงข้อใหญ่ ๆ เช่น ข้อเข่า ข้อศอก สะโพก ไหล่ อาการปวดข้อจะพบได้หลาย ๆ ข้อเปลี่ยนตำแหน่งไปเรื่อย ๆ อาการจะรุนแรงมากจนบางครั้งขยับข้อไม่ได้ อาการจะหายภายใน 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายอาจมี อาการปวดข้อเกิดขึ้นได้อีกภายใน 2-3 สัปดาห์ต่อมา และบางรายอาการปวดข้อจะอยู่ได้นานเป็น เดือนหรือเป็นปี ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงถึงช็อก ซึ่งแตกต่างจากโรคไข้เลือดออก อาจพบ Tourniquet test ให้ผลบวก และจุดเลือดออก (Petichiae) บริเวณผิวหนังได้ อาการอื่น เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน อาจพบท้องเสียได้ในบางราย

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ห้องสมุดงานวิจัย

วันที่

เลขทะเบียน

เลขเรียกหนังสือ

9 ก.ย. 2554

242256

2. การเฝ้าระวังโรคชุกุนยญา

2.1 นิยามในการเฝ้าระวังโรค (Case Definition for Surveillance)

2.1.1 เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria) มีไข้สูง ร่วมกับอาการอย่างน้อยสองอาการดังนี้ ปวดข้อ/ ข้อบวม/ ข้ออักเสบ มีผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา

2.1.2 เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria)

2.1.2.1 ทั่วไป Complete Blood Count (CBC) อาจมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดปกติ ซึ่งสามารถแยกจากไข้ Dengue ได้

2.1.2.2 จำเพาะ ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ (Paired sera) ด้วยวิธี Haemagglutination Inhibition (HI) ≥ 4 เท่า หรือ ถ้าน้ำเหลืองเดี่ยวนั้น ต้องพบภูมิคุ้มกัน $> 1:1,280$ หรือตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM โดยวิธี ELISA หรือตรวจพบเชื้อได้จากเลือด โดยวิธี PCR หรือการแยกเชื้อ (Culture)

2.2 ประเภทผู้ป่วย (Case Classification)

2.2.1 ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ไข้ ออกผื่น ปวดข้อ

2.2.2 ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ มีผลการตรวจเลือดทั่วไป มีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

2.2.3 ผู้ป่วยที่ยืนยันผล (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

2.3 การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค รร.506 (Reporting Criteria) ให้รายงานผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable case) และผู้ป่วยที่ยืนยันผล (Confirmed case) โดยรายงานในช่องอื่น ๆ ของรายการโรคในบัตรรายงาน 506 (ระบุนรหัส 84)

2.4 การสอบสวนโรค (Epidemiological Investigation)

2.4.1 สอบสวนเฉพาะราย (Individual Case Investigation) เมื่อมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามโรค Chikungunya ให้สอบสวนโรค ยืนยันการวินิจฉัย ค้นหาแหล่งติดเชื้อ และควบคุมโรค

2.4.2 สอบสวนการระบาด (Outbreak Investigation) เมื่อมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามโรค Chikungunya โดยเกิดโรคเป็นกลุ่ม (Cluster) ให้สอบสวนโรค ยืนยันการวินิจฉัย/การระบาด หาสาเหตุและระบาดวิทยาของการระบาด และควบคุมโรค

2.4.3 ดำเนินการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคดังนี้

2.4.3.1 เฝ้าระวังผู้ที่มีการใช้สูง ร่วมกับ อาการอย่างน้อยหนึ่งอาการ ดังนี้ มีผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา มีเลือดออกตามผิวหนัง แนะนำให้ไปรับการรักษาเพื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (อาการนำของโรค Chikungunya จะคล้ายโรคไข้เลือดออกหรือโรคหัดเยอรมัน อาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดพลาด และไม่ทราบว่าโรคนี้เกิดขึ้นในพื้นที่ จึงต้องสังเกตลักษณะทางระบาดวิทยาของโรค ที่จะพบได้ทุกกลุ่มอายุและอาการปวดข้อที่เด่นชัด ซึ่งแตกต่างจากโรคไข้เลือดออก ควรแยกโรคนี้กับโรคไข้ออกผื่นอื่น ๆ เช่น หัดเยอรมัน ซึ่งไม่เป็นทุกกลุ่มอายุ และมักจะระบาดในช่วงต้นฤดูหนาว) รายงานผู้ป่วยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักระบาดวิทยา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ทราบ

2.4.3.2 สอบสวนโรคเพื่อหาผู้ป่วยเพิ่มโดย ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยใช้นิยามผู้ป่วย ตามที่กล่าวแล้วข้างบน (จากหนังสือ นิยามโรคติดเชื้อ ประเทศไทย, กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546 จัดทำโดย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

2.4.3.3 สอบสวนโรคเพื่อค้นหาแหล่งติดเชื้อ จากการสอบถามประวัติเดินทางหรือการอยู่อาศัย เป็นระยะเวลาเท่ากับระยะฟักตัวของโรค ก่อนวันเริ่มป่วย

2.4.3.4 สอบสวนหาปัจจัยเสี่ยงคือ ความชุกชุมของยุงลาย

3. การป้องกันและควบคุมโรค การป้องกันไม่ให้ยุงลายกัด นับเป็นการป้องกันโรคที่ดีที่สุด ที่จะสามารถมิให้โรคแพร่กระจายได้ ซึ่งเป็นการลดการสัมผัสระหว่างยุงกับคน (Man Mosquito Contact) โดยสามารถทำได้ในหลายวิธีการ ตั้งแต่การกรูหน้าต่างประตูและช่องลม ด้วยมุ้งลวด ตรวจสอบตราซ่อมแซมฝาบ้าน ฝาเพดาน อย่าให้มีร่องช่องโหว่หรือรอยแตก เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้ามาอยู่และหลบซ่อนในบ้าน เวลาเข้า - ออกต้องใช้ผ้าปิดประตুমุ้งลวดก่อนเพื่อไล่อยุงลายที่อาจมาบินวนเวียนหาทางเข้ามาในบ้าน นอกจากนี้ควรเก็บสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ เสื้อผ้าที่สวมใส่แล้วควรเก็บซักทันทีหรือนำไปผึ่งแดด/ ผึ่งลมภายนอกบ้าน เพราะหากมียุงลายเล็ดลอดเข้ามาอยู่ในบ้าน บริเวณที่จะเป็นแหล่งเกาะพักของยุงลายส่วนมากคือ ราวพาดผ้า กองเสื้อผ้าที่มีกลิ่นเหม็นโคล มุ้ง สายไฟ ตามมุมมืดของห้องและเครื่องเรือนต่าง ๆ แต่ถึงแม้ว่าบ้านทั้งหลังจะถูกกรูด้วยมุ้งลวดแล้วก็ตาม หากจะนอนพักผ่อนในเวลากลางวันก็ควรนอนในมุ้งตลอดเวลา การนั่งทำงาน นั่งเล่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์อยู่ในบ้านก็ควรอยู่ในบริเวณที่มีลมพัดผ่านและมีแสงสว่างพอเพียง อาจใช้ยากันยุงหรือทาสารที่มีคุณสมบัติไล่อยุง ซึ่งในปัจจุบันมีจำหน่ายตามร้านค้ามากมายหลายยี่ห้อด้วยกัน จำเป็นต้องเลือกซื้อและเลือกใช้ให้เหมาะสม ดังนั้น การป้องกันตนเองและผู้ใกล้ชิดไม่ให้ถูกยุงลายกัด อาจทำได้ดังนี้

3.1 นอนในมุ้ง

3.2 สวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และควรใช้สีอ่อน ๆ ในต่างประเทศเนื้อผ้าจะค่อนข้างหนาเพื่อป้องกันความหนาวเย็นได้ด้วย และอาจมีตาข่ายคลุมหน้าหากเข้าไปอยู่ในพื้นที่ที่มียุงและแมลงชุกชุมมาก ๆ สำหรับประเทศเขตร้อนสามารถใช้ผ้าเนื้อบางได้ ตัวเสื้อและกางเกงจะต้องไม่รัดรูปจึงจะสามารถลดหรือป้องกันยุงกัดได้ บริเวณที่เสื้อและกางเกงปกคลุมไม่ได้ ควรทาสารไล่ยุงหรือสารป้องกันยุงกัดร่วมด้วย

3.3 ใช้สารไล่ยุง (Mosquito Repellents) สารไล่ยุงที่มีจำหน่ายส่วนใหญ่มีสารออกฤทธิ์จำพวก deet (N, N - Diethyl - m - toluamide) ในระดับความเข้มข้นต่าง ๆ กันและมีหลายรูปแบบ เช่น ชนิดเป็นขด เป็นแผ่น เป็นครีม เป็นน้ำ ฯลฯ ซึ่งเหมาะสำหรับการใช้งานที่แตกต่างกัน เช่น ใช้ทาผิว ใช้ชุบเสื้อผ้า ใช้ชุบวัสดุปูพื้น เป็นต้น

3.3.1 สารไล่ยุงชนิดขด (mosquito coil), ชนิดแผ่น (mat) และชนิดน้ำ (liquid หรือ plug-in vaporising device) ต้องใช้ความร้อนช่วยในการระเหยสารออกฤทธิ์ จากการสำรวจตามร้านค้าในกรุงเทพมหานครพบว่าสารออกฤทธิ์หลัก (ขึ้นอยู่กับยี่ห้อและรูปแบบของสารไล่ยุง) ได้แก่ d-allethrin 4.44%w/w, pyramin forte 5%w/w, pyramin forte 4% w/w และ esbiothrin 3% w/w

3.3.2 สารไล่ยุงชนิดใช้ทาผิว อาจอยู่ในรูปของเหลว (cream หรือ lotion), เป็นวุ้น (gel), เป็นของเหลวคล้ายน้ำ (liquid), เป็นน้ำมัน (oil) และเป็นแป้ง (talcum powder) สารออกฤทธิ์หลักในผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้มีทั้งที่เป็นสารเคมีจำพวก deet และที่เป็นสารสกัดจากพืช (ขึ้นอยู่กับยี่ห้อและรูปแบบของผลิตภัณฑ์) ได้แก่ deet 24% v/v, deet 20% w/w, deet 15% w/w, deet 7.5% w/w, deet 2% w/v, dimethyl phthalate 24% v/v, diethyl toluamide และ Eucalyptus citriodora 15% w/w

การใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่มทาผิวที่มี deet เป็นสารออกฤทธิ์หลักนี้ ก่อนซื้อควรพิจารณาว่ามีสารออกฤทธิ์มากน้อยเพียงใด สำหรับผู้ใหญ่ควรใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี deet อยู่ระหว่าง 15-20% ส่วนเด็กไม่ควรใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี deet มากกว่า 10% และต้องใช้ตามคำแนะนำที่ระบุไว้บนฉลากอย่างเคร่งครัด ห้ามใช้กับเด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี ห้ามทาบริเวณตา (บางผลิตภัณฑ์ห้ามใช้ทาบนผิวหนัง) ผิวที่มีรอยถลอกหรือมีแผล และไม่ควรทาซ้ำในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (โดยทั่วไปการทาครั้งหนึ่ง ๆ จะให้ผลในการไล่ยุงได้นานประมาณ 4 ชั่วโมง) ไม่ควรใช้ทุกวันติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ ไม่ควรใช้กับสตรีมีครรภ์และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ไม่ควรทาผลิตภัณฑ์ไล่ยุงที่มีมือเด็ก เพราะเด็กอาจเผลอยืดตาหรือหยิบจับอาหารและสิ่งของใส่ปาก ซึ่งจะทำให้ได้รับสารเคมีนั้นเข้าไปในร่างกาย หลังจากทาผลิตภัณฑ์ไล่ยุงที่ผิวแล้ว พบว่า มีอาการแพ้ เช่น เป็นผื่น ผื่นแดง หรือรู้สึกร้อน ต้องหยุดใช้ทันที ล้างผิวบริเวณที่ทาผลิตภัณฑ์ไล่ยุงด้วยน้ำกับสบู่ แล้วรีบไปพบแพทย์พร้อมกบนำ

ผลิตภัณฑ์โลยุงที่ใช้นั้นไปให้แพทย์ด้วย ในปัจจุบันผลิตภัณฑ์ทาผิวที่มี deet เป็นสารออกฤทธิ์หลักได้รับการพัฒนาให้มีความปลอดภัยต่อผู้ใช่มากขึ้น โดยบริษัทผู้ผลิตแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา แถลงว่า สามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์โลยุงรูปแบบใหม่ โดย deet จะถูกบรรจุอยู่ในแคปซูลที่มีขนาดเล็กมาก (micro encapsulated formulation) ซึ่งเปลือกแคปซูลนี้เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (Micale protein) ที่ปลอดภัยต่อผิว เมื่อถูกดูดซึมเข้าไปภายในผิวก็จะมีอันตรายนิด ๆ แต่กลับจะช่วยให้ความชุ่มชื้นแก่ผิว หลังจากทาผลิตภัณฑ์นี้แล้ว เปลือกแคปซูลจะค่อย ๆ ถูกดูดซึมอย่างช้า ๆ เข้าไปในผิวและทำให้ deet ที่ถูกบรรจุอยู่ในแคปซูลนั้นออกฤทธิ์ในการไล่ยุงต่อไป และ deet จะระเหยไปได้หมดก่อนที่จะมีโอกาสแทรกซึมเข้าสู่ผิว และผลิตภัณฑ์นี้สามารถออกฤทธิ์ในการไล่ยุงได้นานถึง 24 ชั่วโมง

สารไล่ยุงชนิดใช้ชุบเสื้อผ้า ทารองเท้า ชุบมุ้ง ฯลฯ ได้แก่ permethrin ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นทั้งสารไล่ยุงและสารกำจัดยุงด้วย ส่วน deet ก็ใช้ชุบหรือฉีดพ่นเสื้อผ้า แถบรัดข้อมือ (wrist band) ตลอดจนวัสดุปูพื้น (patio grid) ได้เช่นกัน

เนื่องจาก deet อาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ได้ หากใช้ไม่ถูกวิธีหรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี deet ผสมอยู่ในสัดส่วนที่สูงมาก (เกิน 30%) และใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ deet จะเป็นอันตรายอย่างยิ่งหากบริโภคเข้าไป บางรายอาจมีอาการทางสมอง ชัก และเสียชีวิตได้ การสูดดมไอระเหยของ deet เป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดการวิงเวียน ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้ผลิตสารไล่ยุงปลอด deet โดยใช้สารอื่น ๆ โดยเฉพาะสารที่สกัดได้จากพืช แม้จะมีประสิทธิภาพในการไล่ยุงได้ไม่ดีเท่ากับ deet แต่จะมีความปลอดภัยต่อผู้ใช่มากกว่า เช่น น้ำมันตะไคร้หอม (citronella), น้ำมันยูคาลิป (Eucalyptus oil), น้ำกระเทียม (garlic juice), และน้ำมันถั่วเหลือง (soybean oil) เป็นต้น พืชอีกหลายชนิดมีสารประกอบที่สามารถใช้ไล่ยุงได้ แต่ต้องทำให้ถูกส่วน เช่น ใบ เหง้า ลำต้น เปลือกผล ฯลฯ

ตัวอย่างยาทากันยุงที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสนับสนุน

ชื่อ สเกทิลีน ชิลด์ (Sketolene shield) เป็นแผ่นยาทากันยุงซึ่งมีส่วนประกอบของ DEET20%w/w บรรจุ 5c.c./2 แผ่น/ซอง

วิธีใช้ สเกทิลีน ชิลด์ ทาตามแขน ขา หรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยมีข้อห้าม

1. ห้ามรับประทาน
2. ห้ามใช้กับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 4 ปี
3. ควรทาเมื่อต้องการใช้ป้องกันยุงและระวังไม่ให้เด็กนำไปทาเล่น
4. ก่อนใช้ควรลองทาที่ข้อพับแขนดูก่อน ถ้าไม่เกิดอาการแพ้หรือระคายเคืองจึงใช้ทาบริเวณอื่นได้
5. ให้ใช้เฉพาะเมื่อจำเป็นเท่านั้น อย่าใช้ติดต่อกันเป็นประจำ หรือใช้ปริมาณมาก

6. อย่าทาบริเวณเนื้อเยื่ออ่อน เช่น บริเวณใกล้ตา ริมฝีปาก เปลือกตา รักแร้หรือบริเวณแผล

7. ภายหลังใช้ หากจะหยิบจับอาหารควรล้างมือเสียก่อน

ชื่อ เอทคอร์ด ชีลด์ (Sherwood Outdoor shield) มีส่วนประกอบของ DEET15%w บรรจุ 8c.c./ ซอง วิธีใช้ฉีดพ่นบริเวณแขน ขาและผิวนั่ง เพื่อกันยุงได้นาน 7 ชั่วโมง โดยมีข้อห้าม

1. ห้ามใช้กับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 4 ปี
2. ห้ามนำไปฉีดพ่นเล่นแทนสเปรย์หรือทาแทนโลชั่น ควรฉีดพ่นเมื่อต้องการใช้ ป้องกันยุงและระวังไม่ให้เด็กนำไปพ่นเล่น

3. ก่อนใช้ควรลองพ่นที่ข้อพับแขนดูก่อน ถ้าไม่เกิดการแพ้หรือระคายเคืองจึงใช้บริเวณอื่นได้

4. ให้ใช้เฉพาะเมื่อจำเป็นเท่านั้น อย่าใช้ติดต่อกันเป็นประจำ หรือใช้ในปริมาณมาก

5. อย่าทาบริเวณเนื้อเยื่ออ่อน เช่น บริเวณใกล้ตา ริมฝีปาก เปลือกตา รักแร้หรือฉีดพ่น

6. ภายหลังการใช้ หากจะหยิบจับอาหารควรล้างมือเสียก่อนรับประทาน

7. ห้ามรับประทาน

4. แนวทางการรักษาควบคุมและป้องกันโรคชิคุนกุนยา ในจังหวัดนราธิวาส

4.1 การรักษาเนื่องจากไม่มียารักษาเฉพาะ การรักษาจึงเป็นการรักษา ตามอาการเท่านั้น เมื่อมีไข้ให้ยาลดไข้ ต้องระวังในเด็กเพราะอาจจะทำให้ชักได้ ในกรณีที่ปวดข้อ อาจจะใช้ NSAID เพื่อลดอาการปวดอักเสบข้อ อาจจะใช้ในรูปฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หากปวดมาก แต่ไม่ได้ลดผลข้างเคียงของยา การใช้ NSAID ต้องระวังในผู้ป่วยที่มีโรคกระเพาะอาหาร และระมัดระวังในผู้ป่วยโรคไต และโรคหัวใจ ในกรณีที่มีอาการปวดข้อระยะยาวเป็นเดือน มีรายงานการใช้ Chloroquin วันละ 1 เม็ดร่วม จะช่วยให้อาการดีขึ้นได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาล แนะนำให้ใช้ยาทากันยุงแก่ผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ยุงมากัดผู้ป่วย และไปแพร่ให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และควรต้องกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์และพ่นทำลายยุงในโรงพยาบาลทุกสัปดาห์

4.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสได้กำหนดแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคชิคุนกุนยาคือ 10 มาตรการในการควบคุมโรค ได้แก่

4.2.1 การจัดตั้ง War Room SRRT.

4.2.2 การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรค การควบคุมป้องกันให้ถึง สอ.

4.2.3 การปรับระบบการรับรายงานผู้ป่วยเพื่อการวางแผนควบคุมโรค

4.2.3.1 รายงานจากคลินิก จัดทำแบบรายงานสั้น ๆ ที่จำเป็นให้ทุกคลินิกในพื้นที่รายงานผู้ป่วยเป็นรายวัน SRRT ไปเก็บรายงานทุกวัน

4.2.3.2 รายงานจากรายขายยา ให้โทรแจ้งเมื่อมีผู้ป่วย

4.2.3.3 การค้นหาผู้ป่วย โดยร่วมกับ อสม. ในพื้นที่ ในรัศมี 100 - 500 เมตร รอบบ้านผู้ป่วย

4.2.4 นำข้อมูลผู้ป่วยมาทำ Mapping ในแผนที่ในหมู่บ้าน เพื่อการวางแผนการรณรงค์และควบคุมโรค โดยจัดแบ่งกำลังให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

4.2.4.1 การสำรวจผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่

4.2.4.2 การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

4.2.4.3 การให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องโรคและการป้องกัน เน้นการป้องกันยุงกัด โดยใส่เสื้อป้องกันและยาทากันยุง โดยเฉพาะกับผู้ป่วยด้วย

4.2.4.4 การพ่นทำลายยุงตัวแก่ fogging or ULV

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มาเพื่อการวางแผนในวันต่อไป

4.2.5.1 คปสอ. (สอ. และ รพช.)

4.2.5.2 อบต.

4.2.6 หากข้อมูลซ้ำที่เดิมที่ได้ดำเนินการแล้วภายใน 1 อาทิตย์ ยังไม่ต้องดำเนินการให้ดำเนินการซ้ำเมื่อมีผู้ป่วยรายใหม่ที่มีการดำเนินการแล้วมากกว่า 1 อาทิตย์

4.2.7 ต้องมีการวางแผนและรายงานไปทุกวันหรือวันเว้นวันจนกว่าโรคจะสงบ คือไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ ภายใน 2 อาทิตย์

4.2.8 หากมีผู้ป่วยมากกว่า 10 ราย/ หมู่บ้าน ให้มีการทำประชาคมกับชุมชนโดยเน้นการให้ความรู้ การป้องกันโรคในตนเองและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทั้งในบ้านและการทำความสะอาด Big Cleaning Day ทั้งชุมชนทุกอาทิตย์ จนกว่าโรคจะสงบ

4.2.9 หากมีผู้ป่วยมากกว่า 20 ราย/ หมู่บ้าน ให้มีการออกหน่วยแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ การประเมินความเครียด รวมถึงการให้ความรู้ในการป้องกันตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชน การแจกยาทากันยุงแก่ผู้ป่วย ส่วนประชาชนทั่วไป ให้ดูแลตนเอง ให้ออกหน่วยแพทย์ซ้ำหากมีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 50 ราย

4.2.10 การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคและการป้องกัน โดยผ่านสื่อต่าง ๆ ตั้งแต่เสียงตามสายในชุมชน ผ่านผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา การประชุมต่าง ๆ ในชุมชน วิทยุชุมชน โทรทัศน์ สื่อแผ่นพับตามสถานบริการสาธารณสุข ไปสเตอร์ประชาสัมพันธ์

4.3 แนวปฏิบัติสำหรับ War-room ระดับอำเภอ มีการจัดตั้ง War-room มีการจัดเตรียมบุคลากรคณะทำงานใน War-room ระดับอำเภอโดยจัดให้มีคณะทำงานเป็น 2 กลุ่ม คือทีมอำนวยการและวิเคราะห์สถานการณ์มีบทบาทหน้าที่ เตรียมข้อมูลสำหรับทีมอำนวยการและวิเคราะห์สถานการณ์โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นพิเศษเฉพาะกิจรายวัน (มิใช่จากรายงานปกติ) เพื่อวิเคราะห์และวางแผนการควบคุมโรค โดยเก็บข้อมูล จากทุกสถานบริการภายในอำเภอทั้งโรงพยาบาล คลินิก สถานอนามัย พร้อมทั้ง จัดทำแผนที่ Spot Map สำหรับใช้ในการควบคุมกำกับกิจกรรมการควบคุมโรคและวิเคราะห์ทิศทางการระบาดของโรค สั่งการและควบคุมกำกับให้ทีมปฏิบัติการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและ รายงานผลให้ทีม SRRT จังหวัดทราบส่วนทีมปฏิบัติการในพื้นที่จัดตั้งทีมสำหรับปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีความพร้อมที่จะดำเนินงานได้ทันที โดยอาจมีมากกว่า 1 ทีม/ อำเภอ ตามความเหมาะสมมีบทบาทหน้าที่พ่นหมอกควันในรัศมี 100 เมตร รอบบ้านผู้ป่วย และบ้านใกล้เคียงละแวกบ้านผู้ป่วยให้หมด ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบ้าน/ บริเวณบ้าน/ ละแวกบ้าน ของผู้ป่วย ค้นหาผู้ป่วยอื่นในบ้านผู้ป่วยและละแวกบ้านผู้ป่วยให้สุกศึกษาแก่ผู้ป่วยและแจกจ่ายโลชั่นทากันยุงให้แก่ผู้ป่วยพร้อมทั้ง ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนละแวกบ้านผู้ป่วย

4.4 การให้สุกศึกษาระดับจังหวัด

4.4.1 ประสานภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด เช่น คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดนราธิวาส เพื่อนำองค์ความรู้ การป้องกันโรค ให้เกิดการมีการมีส่วนร่วมของชุมชน นำไปถ่ายทอดแก่ คณะกรรมการอิสลามระดับอำเภอและตำบลต่อไป

4.4.2 ออกอากาศทางวิทยุกระจายเสียงในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ทั้ง 5 สถานี โดยผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด/ แพทย์มุสลิม โดยใช้ภาษาไทย และภาษามลายู และพิธีกรประจำในรายการวิทยุ

4.4.3 แจกเอกสาร แผ่นพับ แก่สื่อมวลชน และประชาชน

4.4.4 สร้างกระแสโดยการจัดพิธีเปิดกิจกรรมรณรงค์โครงการป้องกันและควบคุมโรคซิกุนกูน่า

4.5 การให้สุกศึกษาระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

4.5.1 ให้สุกศึกษาเคลื่อนที่ โดยรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่

4.5.2 ให้ความรู้รายบุคคล รายกลุ่ม ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและในชุมชน

4.5.3 ให้ความรู้โดยผู้นำศาสนา/ คณะกรรมการอิสลามระดับอำเภอและตำบล/ บุคลากรสาธารณสุข ในมัสยิดอย่างต่อเนื่อง

ความรู้เกี่ยวกับสารทาป้องกันยุง

สารทาป้องกันยุง (Repellent) อุษาวดี ถาวร (2552)

1. สารทาป้องกันยุง หมายถึง สมุนไพรหรือสารเคมีที่มีคุณสมบัติในการป้องกันการกัดของยุงและมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้ สามารถนำมาใช้ทาผิวหนังได้

2. กลไกในการไล่ยุง

2.1 สารทาป้องกันยุงไม่ใช่สารฆ่าแมลง

2.2 สารทาป้องกันยุงที่ดีต้องเคลือบผิวหนังของผู้ใช้ ทำให้ยุงไม่ได้กลิ่นเหยื่อ หรือมีกลิ่นไปหยุดยั้งการกัดของยุง โดยไปรบกวนกลไกการรับรู้กลิ่นเหยื่อ

2.3 สารทาป้องกันยุงช่วยป้องกันไม่ให้ยุงกัด แต่ไล่ยุงได้ในระยะแค่ 2-3 นิ้วจากผิวหนังที่ทา ฉะนั้นผู้ใช้อาจยังมองเห็นยุงมาบินอยู่รอบ ๆ ตัว ตราบใดที่ยุงไม่กัดไม่ต้องทาสารซ้ำ

3. วิธีใช้สารทาป้องกันยุง

3.1 ทาบนผิวหนังบาง ๆ ให้ทั่ว ฟังระลอกเสียงว่ายุงจะกัดบริเวณที่ไม่ทาสาร

3.2 ไม่ควรทาสารป้องกันยุงบริเวณผิวหนังในร่มผ้า แต่ควรสเปรย์บนเสื้อผ้า

3.3 ไม่ควรทาบริเวณที่เป็นแผล รวมทั้งผิวที่แพ้แดด

3.4 หลีกเลี่ยงไม่ทาบริเวณรอบดวงตา

3.5 เมื่อกลับเข้าบ้านควรล้างสารทาป้องกันยุงออกด้วยสบู่และน้ำ

4. ความปลอดภัย

4.1 สารทาป้องกันยุงที่ได้รับการรับรองจาก อย. มีความปลอดภัยต่อผู้ใช้

4.2 การใช้อย่างถูกต้องสามารถป้องกันยุงกัดได้และไม่เป็นอันตราย

4.3 เด็กเล็กกว่า 4 ขวบ ไม่ควรใช้สารทาป้องกันยุงความเข้มข้นสูงกว่า 20 % และไม่ควรรทาสารป้องกันยุงให้เด็กทารกอายุต่ำกว่า 2 ปี

4.4 ผู้ที่ใช้สารทาป้องกันยุงแล้วรู้สึกร้อนที่ผิวหนัง ให้ล้างออกด้วยสบู่และน้ำและควรมีการเปลี่ยนไปใช้ยาจุดกันยุงแทน

5. เหตุที่ต้องใช้สารทาป้องกันยุง

5.1 สารทาป้องกันยุงช่วยไม่ให้ยุงกัด ขณะที่ทำกิจกรรมนอกบ้านจะได้ไม่เป็นโรคที่นำโดยยุง เช่น ไข้เลือดออก มาลาเรีย ไข้สมองอักเสบ และเท้าช้าง

5.2 เมื่อสารทาป้องกันยุงหมดฤทธิ์ สามารถทาสารซ้ำที่เดิมได้

5.3 ไม่จำเป็นต้องทาสารป้องกันยุง เมื่ออยู่ในบ้านที่มีมุ้งลวด

6. สารที่อยู่ในผลิตภัณฑ์สารทาป้องกันยุง ได้แก่ Deet picardin (KBR) IR-3535 และ

Volatile oils ฯลฯ

7. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของสารทาป้องกันยุง

7.1 เหยื่อ ชะล้างสารทา ทำให้หมดฤทธิ์เร็ว นอกจากนี้สารในเหยื่อยังสามารถดึง

ดูดยุง

7.2 อุณหภูมิ & ความชื้น อุณหภูมิสูงสารระเหยเร็วยุงมีอัตราการกัดสูง ความชื้นสูง การระเหยจะช้ากว่าความชื้นต่ำ

7.3 กระแสลม ลมแรงสารระเหยเร็ว หมดฤทธิ์เร็ว

7.4 ชนิดของยุง ประสิทธิภาพของสารทาป้องกันยุงต่อยุงต่างชนิดกันไม่เท่ากัน

7.5 ผู้ใช้ ผิวหนังแต่ละคนจะดูดซึมสารทาป้องกันยุงได้ไม่เหมือนกัน คนที่ผิวหยาบ สารทาหมดฤทธิ์เร็วกว่าคนที่ผิวละเอียด คนที่มีคาร์บอนไดออกไซด์ที่ผิวมากจะถูกยุงกัดได้เร็วกว่า คนอื่นที่ทาสารป้องกันยุงชนิดเดียวกัน

แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

ความหมายของทัศนคติ

ยูดี้ รอดจากรักย์ (2551) กล่าวว่า ทัศนคติหรือเจตคติ (A = Attitude) หมายถึง สภาพทางจิตใจ ความคิดและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือปฏิกิริยาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือเป็นการแสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจจะเป็นบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ ฯลฯ

Ajzen และ Fishbein กล่าวว่า ทัศนคติจะเป็นตัวแทนที่แสดงถึงการประเมินของบุคคล ซึ่งสะท้อนความรู้สึก อารมณ์ ตามทฤษฎีทางทัศนคติเชื่อว่า ทัศนคติสามารถเรียนรู้ได้ ดังนั้นจึงสามารถเปลี่ยนได้ ขณะเดียวกันก็สามารถคงอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไปกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจ และเกิดการปฏิบัติของบุคคลได้

ออลพอร์ต (Allport, 1967) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมทางจิตใจหรือประสาท ซึ่งเกิดจากการได้รับประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้เป็นแรงที่กำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคล หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องของบุคคลนั้น

นัลแนลลี (Nunnally, 1959) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ทัศนคติเป็นเครื่องมือกำหนดทิศทางพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดซึ่งความรู้สึกนั้นเป็นไปในทางที่พอใจหรือไม่พอใจก็ได้

เทอร์สโตน (Thurstone, 1967) กล่าวว่า ทัศนคติหมายถึง ทัศนคติเป็นเรื่องของความไม่ชอบ ความลำเอียง ความรู้สึกและความเชื่อมั่นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแต่สามารถวัดได้ในรูปความคิดเห็น หรือจากการแสดงออกทางภาษา

ลักษณะที่สำคัญของทัศนคติ มีนักทฤษฎีทางทัศนคติและนักจิตวิทยา มีความเห็นถึงลักษณะของทัศนคติที่น่าสนใจ เนื่องจากมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้
2. ทัศนคติเป็นแรงจูงใจที่กระทำให้บุคคลกล้าเผชิญกับสิ่งเร้า หรือสิ่งหลีกเลี่ยง ดังนั้นทัศนคติจึงมีทั้งทางบวกและทางลบ
3. ทัศนคติประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ องค์ประกอบทางด้านปัญญา (Cognitive Component) องค์ประกอบเชิงความรู้สึก อารมณ์ (Affective Component) องค์ประกอบเชิงพฤติกรรม (Behavioral Component)
4. ทัศนคติเปลี่ยนแปลงได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทัศนคติอาจจะเปลี่ยนแปลงจากบวกเป็นลบ หรือจากลบเป็นบวก ซึ่งบางครั้งเรียกว่าการเปลี่ยนแปลงทิศทางของทัศนคติ หรืออาจจะเปลี่ยนแปลงความเข้มข้น (Intensity) หรือความมากน้อย ทัศนคติบางอย่างอาจจะหยุดเลิกไปได้
5. ทัศนคติเปลี่ยนแปลงตามชุมชนหรือสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิก เนื่องจากชุมชนหรือสังคมหนึ่ง ๆ อาจจะมีค่านิยมที่เป็นอุดมการณ์พิเศษ ดังนั้นค่านิยมเหล่านั้นจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติของบุคคลที่เป็นสมาชิกในกรณีที่ต้องการเปลี่ยนแปลงทัศนคติจะต้องเปลี่ยนค่านิยม
6. สังคมประกิต (Socialization) มีความสำคัญต่อพัฒนาการทัศนคติของเด็ก โดยเฉพาะทัศนคติต่อความคิดและหลักการที่เป็นนามธรรม เช่น อุดมคติ ทัศนคติต่อเสรีในการพูด เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีสภาพเศรษฐกิจ สังคมสูง จะมีทัศนคติทางบวกสูงสุด

ถวิล ธาราโกชน (2532) ได้กล่าวว่าบุคคลที่จะมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นจะต้องเกิดจากขั้นตอนตามองค์ประกอบ 3 ประการคือ

1. องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ (Cognitive component) การที่บุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นบุคคลจำเป็นต้องมีความรู้ต่อสิ่งนั้นเสียก่อนการเกิดทัศนคติของแต่ละบุคคลจะไม่เหมือนกัน
2. องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึก (Affective component) เมื่อบุคคลมีความรู้ในสิ่งนั้น ถ้าบุคคลนั้นรู้ว่ามิใช่ประโยชน์ก็จะมีทัศนคติต่อสิ่งนั้น ถ้าไม่มีประโยชน์ก็จะมีทัศนคติต่อสิ่งนั้น
3. องค์ประกอบทางการกระทำ (Behavioral component) เมื่อบุคคลรู้ในสิ่งนั้นมาแล้วและรู้ชอบไม่ชอบตามมา บุคคลนั้นก็กระทำให้สิ่งนั้นลงไป

ลักษณะของทัศนคติ เนื่องจากว่านักจิตวิทยาได้ศึกษาในความหมายที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรกล่าวถึงลักษณะรวม ๆ ของทัศนคติที่ทำให้เกิดความเข้าใจทัศนคติให้ดีขึ้น ซึ่งลักษณะของทัศนคติ สรุปได้ดังนี้

1. ทศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้

2. ทศนคติดีมีลักษณะที่คงทนถาวรอยู่นานพอสมควร

3. ทศนคติดีมีลักษณะของการประเมินค่าอยู่ในตัว คือ บอกลักษณะดี – ไม่ดี

ชอบ – ไม่ชอบ เป็นต้น

4. ทศนคติทำให้บุคคลที่เป็นเจ้าของพร้อมที่จะตอบสนองต่อที่หมายของทศนคติ

5. ทศนคติบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับสิ่งของและบุคคลกับสถานการณ์ นั่นคือ ทศนคดีย่อมมีที่หมายนั่นเอง

องค์ประกอบของทศนคติ จากการตรวจสอบเอกสารเกี่ยวกับองค์ประกอบของทศนคติพบว่า มีผู้เสนอความคิดไว้ 3 แบบ คือ ทศนคติแบบ 3 องค์ประกอบ ทศนคติแบบ 2 องค์ประกอบ และทศนคติแบบ 1 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ทศนคติดีมี 3 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่า ทศนคติดีมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive component) ประกอบด้วยความเชื่อ ความรู้ ความคิดและความคิดเห็น 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective component) หมายถึงความรู้สึกชอบ - ไม่ชอบ หรือท่าทางที่ดี - ไม่ดี 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component) หมายถึง แนวโน้มหรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติ

2. ทศนคติดีมี 2 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่า ทศนคติดีมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive Component) 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) มีนักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทศนคติออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ Katz (1950) และ Rosenberg (1956, 1960, 1965)

3. ทศนคติดีมีองค์ประกอบเดียว แนวคิดนี้จะระบุว่า ทศนคติดีมีองค์ประกอบเดียว คือ อารมณ์ความรู้สึกในทางชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

การเกิดทศนคติ (Attitude formation) การเกิดทศนคติโดยทั่วไปเป็นที่ยอมรับกันว่าเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ ซึ่งขั้นตอนและการเรียนรู้เมื่อเกิดทศนคติดีมีความแตกต่างกันแล้วแต่ลักษณะของทศนคติของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันออกไป ในการศึกษาทศนคติดีจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงส่วนประกอบต่าง ๆ ของทศนคติดีสามารถเกิดขึ้นได้อย่างไรดังนี้ (ลัดดา กิตติวิภาต, 2532)

1. เกิดทางความรู้ ความคิด (The Formation of Cognitive Component) เนื่องจากในชีวิตประจำวันของคนเรามีเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เราต้องรับรู้ สมมติของคนเราไม่สามารถจะคิด จะจำ จะโต้ตอบกับข้อมูลทุกอย่างผ่านเข้ามาได้เราจึงต้องจัดประเภทของข้อมูลที่ได้

2. เกิดทางด้านอารมณ์ (The Formation of the Affective Component) องค์ประกอบ

ทางด้านความรู้สึก ได้แก่ความรู้สึกทางบวกกับความรู้สึกทางลบ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางด้านความรู้ ความคิด คือเมื่อสิ่งเร้าได้รับการตีความว่าอย่างไร บุคคลก็จะมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่สอดคล้องกับการตีความนั้น รับรู้ว่าคุณภาพของเราแข็งแกร่งเราก็จะเกิดความรู้สึกที่ปลอดภัยมีความรู้สึกที่ดี

3. เกิดทางด้านพฤติกรรม (The Formation of the Behavioral Component) บรรทัดฐานของสังคม (social norm) เป็นตัวกำหนดทัศนคติในด้านพฤติกรรม เนื่องจากบรรทัดฐานของสังคมควบคุมพฤติกรรมของคนให้ทำ ในสิ่งที่สังคมเห็นว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

ประเภทของทัศนคติ การแสดงออกทางทัศนคติสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. ทัศนคติในทางบวก (Positive Attitude) คือ ความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีหรือยอมรับ ความพอใจ เช่น นักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการ โฆษณา เพราะวิชาการ โฆษณาเป็นการให้บุคคลได้มีอิสระทางความคิด

2. ทัศนคติในทางลบ (Negative Attitude) คือ การแสดงออก หรือความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในทางที่ไม่พอใจ ไม่ดี ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย เช่น นิดไม่ชอบคนเลี้ยงสัตว์ เพราะเห็นว่าทารุณสัตว์

3. การไม่แสดงออกทางทัศนคติ หรือมีทัศนคติเฉย ๆ (Negative Attitude) คือ มีทัศนคติเป็นกลางอาจจะเพราะว่าไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ หรือในเรื่องนั้น ๆ เราไม่มีแนวโน้มทัศนคติอยู่เดิมหรือไม่มีแนวโน้มทางความรู้ในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน เช่น เรามีทัศนคติที่เป็นกลางต่อผู้ไม่โครเวฟ เพราะเราไม่มีความรู้เกี่ยวกับโทษหรือคุณของผู้ไม่โครเวฟมาก่อน

จะเห็นได้ว่าการแสดงออกของทัศนคตินั้น เกิดจากการก่อตัวของทัศนคติที่สะสมไว้เป็นความคิดและความรู้สึก จนสามารถแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ตามทัศนคติต่อสิ่งนั้น

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิด หรือความเชื่อ และแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคล เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบ โดยการประมาณค่าว่าชอบหรือไม่ชอบ ที่จะส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ โดยที่ทัศนคตินี้ สามารถเรียนรู้ หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์ และทัศนคตินั้นสามารถที่จะรู้ หรือถูกต้องความได้จากสิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ความหมายของการปฏิบัติ

โรเจอร์ (Roger, 1962) ได้จัดการปฏิบัติเอาไว้เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการยอมรับอัน ได้แก่ รับรู้ สนใจ ไตร่ตรอง ทดลองปฏิบัติ และปฏิบัติอย่างสมบูรณ์ ในขณะที่เชื่อว่า เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ ตลอดจนตัวแปรด้านคุณลักษณะประชากรที่เลือกมาจะมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการปฏิบัติ

บลูม (Bloom, 1975) กล่าวว่า การปฏิบัติหรือการนำไปใช้ คือความสามารถในการนำ ความรู้ ความเข้าใจ ที่มีอยู่ไปใช้อย่างเหมาะสม ถูกต้องในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสถานการณ์ใหม่ๆ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) กล่าวว่า การปฏิบัติเป็นการใช้ความสามารถแสดงออกทาง ร่างกายในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นการปฏิบัติที่ล่าช้า คือคาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้และเจตคติเป็นส่วนประกอบ โดยการปฏิบัติแต่ละอย่างต้องอาศัย ระยะเวลาในการตัดสินใจหลายขั้นตอน

อรรวรรณ เข็นใจ (2535) การปฏิบัติเป็นการกระทำที่เกิดจากการนำ ความรู้ ความเข้าใจ หรือประสบการณ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ไปแสดงออกทางร่างกายในสถานการณ์หนึ่ง เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า หรือแก้ปัญหาต่าง ๆ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการเรียนรู้ กลุ่มทักษะพิสัย (Psychomotor domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมี ประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ 5 ขั้นคือ

1. การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบที่สนใจ
2. การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ
3. การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่ถูกต้อง
4. การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้องนั้นอย่างเป็น เรื่องเป็นราวต่อเนื่อง
5. การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติ ได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ และได้ให้คำจำกัดความของรูปแบบต่าง ๆ ของพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

5.1 พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของ บุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้โรคเกิดขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ ฯลฯ เป็นต้น

5.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม ฯลฯ

5.3 พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคมียิ่งมีมากขึ้น

ยูวดี รอดจากรัก (2551) กล่าวว่า การปฏิบัติ (P = Practice) หมายถึง การได้กระทำประจำ หรือซ้ำ ๆ จนเคยชิน หรือเป็นนิสัยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP) ทฤษฎีนี้ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอันอาจมีผลกระทบต่อสังคมต่อไป จากการรับสารนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทนี้ จะเกิดขึ้น ในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้น ก็จะไปมีผลทำให้เกิด ทักษะ และขั้นสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำ ทฤษฎีนี้อธิบาย การสื่อสาร หรือ สื่อมวลชน ว่าเป็นตัวแปรต้นที่สามารถเป็นตัวนำ การพัฒนาเข้าไปสู่ชุมชนได้ ด้วยการอาศัย KAP เป็นตัวแปรตามในการวัดความสำเร็จของการสื่อสาร เพื่อการพัฒนา (สุรพงษ์ โสชนะเสถียร, 2533, หน้า 118)

จะเห็นได้ว่าสื่อมวลชนมีบทบาทสำคัญในการนำข่าวสารต่าง ๆ ไปเผยแพร่เพื่อให้ประชาชนในสังคมได้รับทราบ ว่าขณะนี้ในสังคมมีปัญหาอะไร เมื่อประชาชนได้รับทราบ ข่าวสารนั้นๆ ย่อมก่อให้เกิด ทักษะ และเกิดพฤติกรรมต่อไป ซึ่งมีลักษณะ สัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่ เป็นที่ยอมรับกันว่า การสื่อสารมีบทบาทสำคัญ ในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จ ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การที่คนเดินเท้ามีพฤติกรรมปฏิบัติตาม กฎจราจรได้ ก็คืออาศัย การสื่อสาร เป็นเครื่องมืออันสำคัญ ในการเพิ่มพูนความรู้ สร้าง ทักษะ ที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมโดยผ่านสื่อชนิดต่าง ๆ ไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (สุรพงษ์ โสชนะเสถียร, 2533, หน้า 120-121)

สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของบุคคลในทางที่ถูกต้อง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นผลเกิดจากการจัดประสบการณ์ต่าง ๆ ให้กับบุคคล (กองสุขศึกษา, 2549)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากโรคชิคุนกุนยาเป็นโรคอุบัติซ้ำยังไม่พบรายงานการศึกษา แต่มีการศึกษาของ สุรพงศ์ เอียดช่วย (2547) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเท้าช้างของประชาชนตำบล สุโงปาคี อำเภอสุโงปาคี จังหวัดนราธิวาส พบว่าประชาชนมีการใช้ยากันยุงป้องกันยุงกัดก่อนเข้าป่า ทุกครั้ง ร้อยละ 28.8

สุชนา สีหะวงษ์, มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล, ปารณีย์ เคนกุล และปาณิสรา ภูโสภา (2551) ศึกษาการเฝ้าระวังป้องกันและวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงโรคไข้มาลาเรียแนวชายแดนไทย-ลาวและ กัมพูชา โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับ โรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูง ได้แก่ สาเหตุการเป็นไข้มาลาเรียเกิดจากถูกยุงกัดร้อยละ 88.8 โรคไข้มาลาเรียติดต่อกันหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งโดยยุงกัดร้อยละ 74.7 แหล่ง เพาะพันธุ์ของยุงที่นำเชื้อมีลักษณะเป็นลำธารน้ำใสในป่าร้อยละ 92.4 ยุงที่นำเชื้อมาลาเรียออก หากินเวลาพลบค่ำถึงเช้าร้อยละ 84.6 อาการสำคัญของโรคไข้มาลาเรีย มีไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ร้อยละ 98.9 พฤติกรรมการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ถูกยุงกัดโดยวิธีการทายากันยุงร้อยละ 47.6 สวมเสื้อปกปิดร่างกายร้อยละ 55.2 การใช้มุ้งชุบสารเคมีป้องกันยุงกัดร้อยละ 37.7 ความสัมพันธ์ ของการเคลื่อนย้ายประชากรพบว่าก่อนป่วยเป็นไข้มาลาเรียเคยเดินทางไปพักค้างแรมที่อื่นร้อยละ 97.9 สถานที่ไปพักค้างแรมมากที่สุดคือ ป่าในภูเขามีสภาพป่าดิบชื้นชายแดนไทย ลาว และกัมพูชา ร้อยละ 44.4 อาศัยอยู่เป็นเวลามากที่สุด 1-7 วัน ร้อยละ 93.6 สาเหตุการไปเพื่อล่าสัตว์ ร้อยละ 67.2

รายงานประจำปี 2550 สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง (2551) เรื่องผลการประเมินรณรงค์ ป้องกันมาลาเรีย ปีงบประมาณ 2550 ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบรณรงค์ไข้มาลาเรีย ในพื้นที่ แพร่เชื้อมาลาเรีย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยกระบวนการตลาดเชิงสังคมการประเมินผลระหว่าง รณรงค์พบว่าการจัดรณรงค์ดำเนินงานในพื้นที่ หมู่ 4 และ 10 ต.ห้วยสัตว์ใหญ่ และหมู่ 6 ต.บึงนคร อ.หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ระหว่างวันที่ 16-21 กรกฎาคม 2550 มีเข้าร่วมในการจัดรณรงค์ จำนวน 350 คน และมีผู้ได้รับข้อมูลข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์ทางวิทยุร่วมด้วยช่วยกัน FM 96.0 MHz. สำนักข่าวไอเอ็นเอ็น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ประมาณ 150 คน รวมผู้ที่เข้าถึงบริการ การจัดรณรงค์ จำนวน 500 คน กิจกรรมในการจัดรณรงค์ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ผ่านสถานีวิทยุ FM 96.0 MHz. และรถกระจายเสียงผ่านบทเพลงการป้องกันมาลาเรียและการจัดนิทรรศการ การเผยแพร่การป้องกันมาลาเรียภายใต้ Key Message “ทายาซี ชีวิตไม่ยุ่ง ยุงไม่กัด” บนสื่อต่าง ๆ ได้แก่ สื่อแขนขา ป้ายพลาสติก ปกเพลง ซองยาทาป้องกันยุง และการแสดงดนตรีร่วมกับการตอบ ปัญหา การตั้งชื่อเพลงรณรงค์ เป็นต้นและการประเมินผลหลังรณรงค์พบว่าการทำงาน ประเมินผลภายหลังจัดรณรงค์ ประมาณ 1 เดือนในพื้นที่ 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 4 และ 10 ต.ห้วยสัตว์

ใหญ่ และหมู่ 6 ต.บึงนคร อ.หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 102 คน จำแนกเป็นเพศชายจำนวน 57 คน (ร้อยละ 56.0) และเพศหญิง 45 คน (ร้อยละ 44.0) ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำไร่ และทำสวนร้อยละ 61.0 รองลงมาอาชีพรับจ้างร้อยละ 26.0 ในจำนวนตัวอย่าง 102 คนพบว่า จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 78.0 ได้เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ที่จัดขึ้น และผลการประเมินกลุ่มที่เข้าร่วมรณรงค์ พบว่า ประชาชนร้อยละ 91.2 มีความรู้อยู่ในระดับดี และ ร้อยละ 95.0 ของประชาชนที่เข้าร่วมรณรงค์มีทัศนคติที่ดี เกี่ยวกับโรคมาลาเรียในด้านการป้องกัน ควบคุมโรค ส่วนในด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันมาลาเรียโดยในการรณรงค์ในครั้งนี้ Key Message มุ่งเน้นการใช้ยาทาเพื่อป้องกันยุงกัดเวลาออกไปทำงาน พบว่า ร้อยละ 97.0 มีการใช้ยาทากันยุง โดยใช้เป็นประจำทุกครั้งร้อยละ 50.0 และอีกร้อยละ 50.0 ใช้เป็นบางครั้ง

พัชรภรณ์ หมั่นจง และรองรัตน์ อองกุลนะ (2550) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนบ้านนาสร้างและโรงเรียนวัดวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.1 ซึ่งมีอายุระหว่าง 10-11 ปี ร้อยละ 51.4 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 50.7 ไม่เคยเป็นโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 83.3 ได้รับความรู้ ร้อยละ 97.9 ได้รับการสนับสนุนในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ร้อยละ 99.3 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง มีเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับสูง ปึงจัยเพชร อายุ ระดับการศึกษา ประสภารณการเป็นไข้เลือดออก การได้รับความรู้ การได้รับการสนับสนุนในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประสิทธิ์ เวชสกล และคณะ (2529) อ่างโน ซึ่งได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคมาลาเรียของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับบริการที่คลินิก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด และอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียแต่ไม่ปฏิบัติร้อยละ 27.0 ไปค้ำแรมในแหล่งมาลาเรียไม่นำมุ้งไปด้วยร้อยละ 68.0 และไม่ใช้ยาทากันยุงร้อยละ 43.0

กฤษณะ อุ้นทะโคตร และคณะ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวบ้านกุดจิก ตำบลกุดจิก อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.9 เพศชายร้อยละ 46.1 และพบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 36 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70.1 ระดับการศึกษาผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.1 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่เดือนต่ำกว่า 2,500 บาท

คิดเป็นร้อยละ 71.9 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 64.1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางสังคมตำแหน่งใด ๆ คิดเป็นร้อยละ 80.5 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยจริง จำนวน 3 – 4 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1 และจากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างสถานภาพทั่วไปของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกกับสถานภาพทั่วไป ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกกับสถานภาพด้านเพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยจริงและรายได้ ไม่แตกต่างกันพฤติกรรมที่เมื่อมีผู้ป่วยในหมู่บ้าน การให้ความร่วมมือกับ อสม./ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการควบคุมโรค กับอาชีพ แตกต่างกัน พฤติกรรมการทาโลชั่นหรือยากันยุง, พฤติกรรมที่เมื่อมีผู้ป่วยในหมู่บ้าน การให้ความร่วมมือกับ อสม./ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ในการควบคุมโรคและพฤติกรรมร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรค ไข้เลือดออกของหมู่บ้านทุกครั้ง กับการดำรงตำแหน่งทางสังคม แตกต่างกันอย่างไรก็ตามการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรส่งเสริมให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีพฤติกรรมการทาโลชั่นหรือยากันยุง และพฤติกรรมที่เมื่อมีผู้ป่วยในหมู่บ้าน การให้ความร่วมมือกับ อสม./ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ในการควบคุมโรค ไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น

2. ควรหาแนวทางการฝึกอบรมให้ความรู้เพิ่มทักษะการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นที่กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ปฐม จุจันทร์ (2544) ได้ศึกษาประสิทธิภาพ ยาทากันยุงจากน้ำมันหอมระเหยแมงลัก และน้ำมันหอมระเหยผิวมะกรูด ผลการศึกษาพบว่าค่ารับเจลดน้ำมันหอมระเหยแมงลักความเข้มข้น 12.5 และ 15 % w/w มีประสิทธิภาพป้องกันยุงก้นระยสะเวลา 120 นาที และ 240 นาที ตามลำดับ ค่ารับเจลดน้ำมันหอมระเหยผิวมะกรูดความเข้มข้น 15 และ 20% w/w ใน Propylene glycol ให้ระยะเวลาป้องกันยุง 120 นาที และ 195 นาที ตามลำดับ

อริศรา เจริญปัญญาเนตร (2545) ศึกษาการแพร่ระบาดและการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงของโรคมาลาเรีย บริเวณชายแดนไทย-พม่า ในอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน พบว่า ผู้ติดเชื้อโรคมาลาเรีย มีพฤติกรรมการป้องกันยุงกัดโดยใช้ยาทากันยุงทุกวัน ร้อยละ 10.1 ผู้ไม่ติดเชื้อโรคมาลาเรียมีพฤติกรรมการป้องกันยุงกัดโดยใช้ยาทากันยุงทุกวัน ร้อยละ 17.2