

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งจากตำราวิชาการวารสารต่าง ๆ รวมทั้งค้นหาจาก Internet ได้สรุปเนื้อหาและเรียบเรียงนำเสนอเนื้อหาเรียงตามลำดับดังนี้

1. สถานการณ์ของโรคเลปโตสไปโรซิส
2. ความรู้เรื่องเลปโตสไปโรซิส
3. การป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ของโรคเลปโตสไปโรซิส

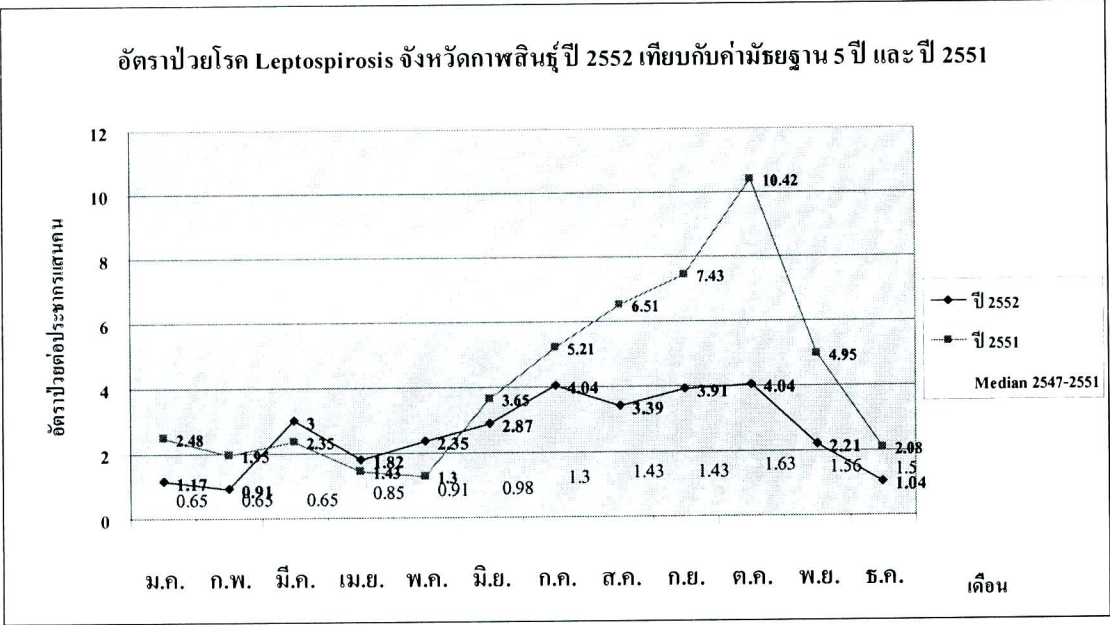
โรคเลปโตสไปโรซิส พบครั้งแรก ปี พ.ศ. 2429 เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่มียันตรายร้ายแรงและถูกจัดให้เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตติข้า เนื่องจากมีการระบาดและอัตราการตายเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก โรคนี้มีสาเหตุจากเชื้อ *Leptospira Interrogans* คนได้รับเชื้อเลปโตสไปรา จากการสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะหรือเลือดของสัตว์ที่ติดเชื้อ หรือน้ำ ดินที่ปนเปื้อนเชื้อ นอกจากเชื้อจะเข้าสู่ร่างกายโดยการชอนไช ตามรอยถลอกของผิวหนัง และจากการรับประทานอาหารและน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ เชื้อเลปโตสไปรา สามารถไชผ่านเยื่อทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ เยื่อตาได้ด้วย เชื้อนี้มีสัตว์ป่าและสัตว์เลี้ยงเป็นรังโรค โดยเชื้อจะอยู่ที่ไตและถูกขับออกมากับปัสสาวะ แล้วปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อม สัตว์ที่ได้รับเชื้อมักไม่มีอาการ แต่จะปล่อยเชื้อออกมากับปัสสาวะได้เรื่อย ๆ ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ คนที่มีอาชีพที่ต้องสัมผัสสัตว์ ดินและน้ำ เช่น ชาวไร่ ชาวนา คนเลี้ยงสัตว์ และผู้ที่ต้องสัมผัสน้ำ เช่น ล่องแก่ง ว่ายน้ำ ว่ายน้ำ หาดปลา เป็นต้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544)

ประเทศไทย มีการรายงานโรคเลปโตสไปโรซิสครั้งแรกในปี พ.ศ. 2485 หลังจากนั้น มีรายงานผู้ป่วยมาโดยตลอด (ศิริลักษณ์ อนันต์ฉวีศิริ, 2543) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานอัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ไว้ไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร และจากระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี 2547 – 2551 พบอัตราป่วย ระหว่าง 2.42 - 6.29 ต่อแสนประชากร อัตราตายระหว่าง 0.04, - 0.11

ต่อ แส่นประชากร และอัตราป่วยตาย ระหว่าง 1.40 - 1.73 ต่อแสนประชากร (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งในระดับประเทศพบว่าอัตราป่วย ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

จังหวัดกาฬสินธุ์ จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรคติดต่อ พบผู้ป่วย 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2551 ระหว่าง 151- 376 ราย อัตราป่วย ระหว่าง 15.45- 38.47 ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต ตั้งแต่ ปี 2547 - 2551 ระหว่าง 0 - 15 ราย อัตราตาย ระหว่าง 0.00 - 1.52 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ระหว่าง 0.00 - 3.94 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราป่วยของผู้ป่วย ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข

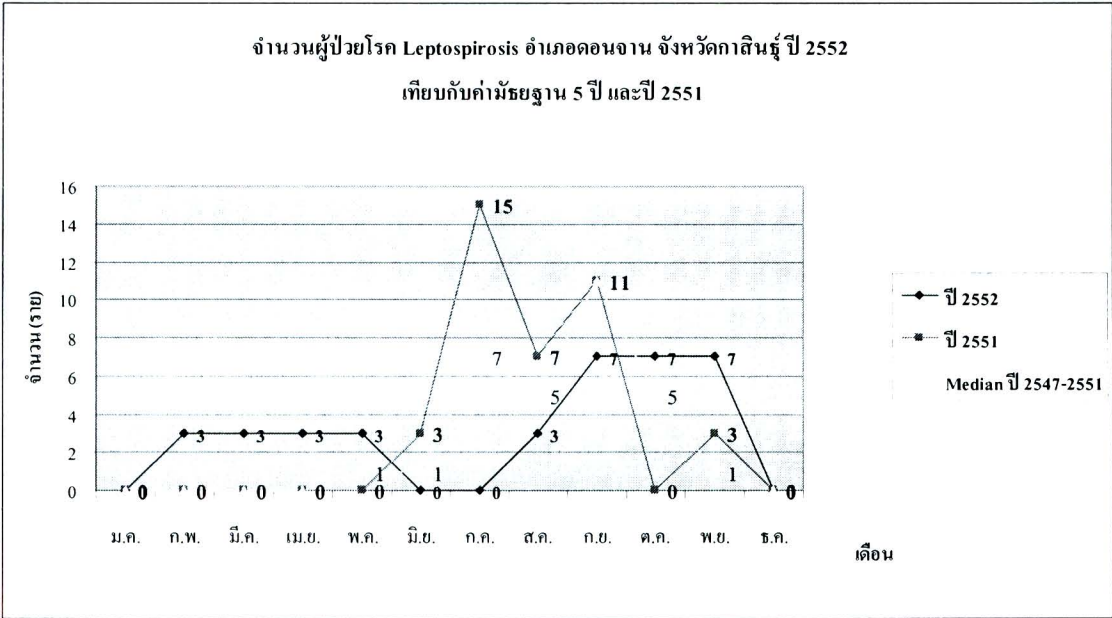
ในปี 2552 มีรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2552 จนถึงสิ้นเดือน พฤศจิกายน 2552 พบผู้ป่วย 244 ราย เสียชีวิต 12 ราย อัตราป่วย 24.96 ต่อแสนประชากร อัตราตาย 1.22 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 4.92 และเมื่อพิจารณาการกระจายของโรคตามพื้นที่ พบผู้ป่วยกระจายอยู่ในทุกอำเภอของจังหวัด ยกเว้นอำเภอท่าคันโท มีรายงานพบผู้ป่วยสูงสุดในช่วงเดือน กันยายน จำนวน 37 ราย อำเภอที่มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ อำเภอเขาวง อัตราป่วย 62.51ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอกุฉินารายณ์ , อำเภอดอนจาน อัตราป่วยเท่ากับ 53.55 และ 43.43 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าการเกิดโรคในปี 2552 มีผู้ป่วยไม่สูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ อัตราป่วยไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน และ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2552 กลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี และ จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา อาชีพที่ป่วยมากที่สุด คือ ผู้อาชีพเกษตรกรรม ทำนา (งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2552)



ภาพที่ 2 อัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส รายเดือน ปี 2547 – 2551 ของจังหวัดกาฬสินธุ์เทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

ที่มา : สำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 15 มีนาคม 2553

ภาพที่ 2 อัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดกาฬสินธุ์ เทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง แยกเป็นรายเดือน พบผู้ป่วยมากในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม ซึ่งเป็นฤดูกาลทำนาของประชาชนในพื้นที่



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส รายเดือน ปี 2547 – 2551 อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์เทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

ที่มา : สำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 15 มีนาคม 2553

ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์เทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง แยกเป็นรายเดือน โดยพบจำนวนผู้ป่วย ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน ซึ่งเป็นฤดูกาลทำนาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสของจังหวัดกาฬสินธุ์

อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพื้นที่ 194,961 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 5 ตำบล 6 สถานีอนามัย มี 48 หมู่บ้าน 6,167 หลังคาเรือน มีประชากร 25,328 คน ห่างจากจังหวัดกาฬสินธุ์ 32 กิโลเมตร ในปี 2552 มีรายงานผู้ป่วย โรคเลปโตสไปโรซิส 11 ราย อัตราป่วย 43.43 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต (งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2552) ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของอำเภอคอนจาน ที่จะต้องรีบดำเนินการ แก้ไข กรมควบคุมโรคได้กำหนดนโยบายในการดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคเลปโต สไปโรซิส ได้แก่มาตรการ 4E 2C ในปี 2553 ประกอบด้วย

- 1. Early detection คือต้องค้นหาโรคเร็ว ทั้งก่อนและหลังการระบาดของโรค ซึ่งทีม SRRT ในระดับเขตและจังหวัดจะต้องเฝ้าระวังและสอบสวนโรคให้ทันต่อเหตุการณ์
- 2. Early Diagnosis คือต้องมีการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

3. Early Treatment เนื่องจากโรคนี้อาจมีผู้มีอาการมาพบแพทย์ช้า การรักษาที่หวังผลได้น้อย โดยเฉพาะเมื่อเกิดสถานะของไตวาย หรือเกิดภาวะของการติดเชื้อในปอด ซึ่งสิ่งที่ตามมาคืออาการช็อก

4. Early Control เพื่อเป็นการป้องกันการระบาดของโรค การควบคุมและป้องกันโรคจะต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว

5. Coordination จะต้องมีความร่วมมือในการดำเนินการทั้งด้านวิชาการและการควบคุมโรคทั้งในคนและในสัตว์โดยอาศัยความร่วมมือจากนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย กรมปศุสัตว์และนักวิชาการสาธารณสุข

6. Community Involvement การเกิดโรคนี้นี้เป็นการเกิดโรคจากความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ ดังนั้นการที่จะป้องกันโรคนี้นี้ จึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งด้านการป้องกันตนเอง การเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส

โรคเลปโตสไปโรซิส เป็นกลุ่มอาการของโรคจากเชื้อแบคทีเรียที่ติดต่อมาจากสัตว์หลายชนิด ก่ออาการหลากหลายขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ (Serovars) และปริมาณเชื้อที่ได้รับ การติดเชื้อ มีทั้งไม่ปรากฏอาการ มีอาการอย่างอ่อน อาการรุนแรงหรือถึงขั้นเสียชีวิต คนที่ติดเชื้อโรคนี้นี้ ส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการหรือแสดงอาการอย่างอ่อน (ดารีกา กังเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)

1. เชื้อโรค เชื้อ *Leptospira interrogans* เป็นแบคทีเรียชนิดเลปโตสไปรา มีลักษณะเป็นเส้นเกลียวบางขนาดกว้างประมาณ 0.1 ไมโครเมตร ยาว 6 - 20 เมตร เคลื่อนไหวได้รวดเร็วโดยการหมุน หรือการไถ่จ่อ โดยมากปลายทั้งสองข้างหรือข้างใดข้างหนึ่งจะโค้งหรืองอเป็นขอ แต่อาจพบเชื้อที่เป็นเส้นตรงซึ่งมักจะหมุนและเคลื่อนไหวได้ช้ากว่า เชื้อ *Leptospira* มีเยื่อหุ้ม 3 - 5 ชั้น เป็นเยื่อหุ้มชั้นนอก ภายในเซลล์เป็น protoplasmic cylinder ซึ่งประกอบด้วยชั้น peptidoglycan และ cytoplasmic membrane ซึ่งหุ้ม cytoplasm ของปลายเซลล์ทั้งสองด้านจะมี flagella ข้างละ 1 เส้น cytoplasmic ประกอบด้วย นิวเคลียส ไรโบโซม มีโบโซมและอินคลูชันบอดี เชื้อเลปโตสไปรา มี endotoxin เชื้อเลปโตสไปรา อยู่อย่างอิสระและเชื้อเลปโตสไปรา สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อม ดินโคลน แอ่งน้ำ ร่องน้ำ น้ำตก แม่น้ำลำคลอง ได้นานเป็นเดือน (มีรายงานพบเชือนานถึง 6 เดือน ในน้ำท่วมขัง) ถ้าปัจจัยสิ่งแวดล้อมเหมาะสม กล่าวคือ มีความชื้นพอ บริเวณที่มีร่มเงาแสงแดดส่องไม่ถึง ความเป็นกรด่างปานกลาง หรือค่อนข้างเป็นด่าง (PH 7.2 - 8.0) ถ้า PH สูงกว่า 8.0 หรือต่ำกว่า 6.0 จะเป็นสถานะที่ไม่เอื้อต่อการอยู่รอดของเชื้อ อุณหภูมิประมาณ 28 - 32 องศาเซลเซียส จะเหมาะแก่การอยู่รอดของเชื้อ แต่อุณหภูมิ 42 องศาเซลเซียสขึ้นไป จะฆ่าเชื้อได้ และที่อุณหภูมิ 57 องศาเซลเซียสเชื้อจะตายภายใน 2 - 3 นาที แสงแดดและความแห้งจะทำให้เชื้อได้รวดเร็ว ในพื้นดินที่

แห้งจะตายภายในไม่กี่ชั่วโมง การติดเชื้อเกิดจากการสัมผัสกับเชื้อในปัสสาวะสัตว์โดยตรง หรือโดยการสัมผัสสภาพแวดล้อมที่ปนเปื้อนปัสสาวะที่มีเชื้อนี้ โดยลักษณะเชื้อลำตัวจะเป็นเกลียวและไขเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังตามรอยแผล เยื่อบุอ่อน เช่น เยื่อบูดตา ปาก จมูก และยังสามารถไขเข้าสู่ผิวหนังปกติที่เปียกชุ่ม ผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน มักติดเชื้อชนิดที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง ได้แก่ ชนิด อิกเทอโรฮีโมราเจีย (Icterohemorrhagia) และชนิดปัตตาเวีย (bataviae) โดยพบมีไข้ อาการเหลือง เลือดออก และไตวาย มากกว่าที่พบในการติดเชื้อชนิดอื่น ๆ อาการทางคลินิกของผู้ติดเชื้อแต่ละชนิด มีตั้งแต่รุนแรงน้อย (mid) รุนแรงมาก (severe) จนถึงทำให้เสียชีวิต พยาธิสภาพที่เกิดจากเชื้อแต่ละชนิดมีความคล้ายคลึงกัน และลักษณะอาการทางคลินิกไม่พบมีความจำเพาะต่อชนิดของเชื้อ (คาริกา กิ่งเนตร และ วราลักษณ์ ตังคะกุล, 2544)

2. การติดต่อและการแพร่กระจายโรค เลปโตสไปโรซิสเป็นโรคของสัตว์ที่ติดต่อกันมายังคนได้ โดยทั่วไปแต่ละชนิดที่พบจะมีสัตว์ที่เป็นโฮสต์เฉพาะของแต่ละชนิด เช่น *L.Canicala* ในสุนัข *L.Icterohaemorrhagiae* ในหนู *L.Pomona* ในโคและสุกร เป็นต้น แต่พบว่าซีโรไทป์ที่ก่อโรคได้นั้นสามารถแพร่เชื้อระหว่างสัตว์เชื้อสายเดียวกันได้ ยังสามารถแพร่เชื้อให้สัตว์ต่างเชื้อสายได้ด้วย แต่จะก่อให้เกิดอาการของโรคต่าง ๆ กันไปในสัตว์แต่ละชนิด ตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนถึงขั้นรุนแรงจนเสียชีวิต นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมในระหว่างสายพันธุ์ได้บ่อย ซึ่งมีการระบาดของโรคทั้งในคนและสัตว์

สัตว์ที่เป็นรังโรค (reservoir host) ซึ่งกักเก็บเชื้อโรคคือ หนู สัตว์ฟันแทะ และสัตว์อื่นๆ เช่น สุนัข โดยอาจจะไม่แสดงอาการหรือแสดงอาการเพียงเล็กน้อยจนถึงรุนแรง สัตว์เหล่านี้จะมีเชื้ออยู่ในไตและถูกขับออกมาพร้อมกับปัสสาวะได้เป็นระยะเวลายาวนาน เมื่อเชื้อถูกขับออกมาจากร่างกายของสัตว์มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เชื้อจะมีชีวิตที่สั้นลง ในบางพื้นที่พบเชื้อในสัตว์เลี้ยงอื่น ๆ เช่น สุกร แพะ แกะ โค กระบือ รวมทั้งพบในสัตว์ครึ่งบกครึ่งน้ำ เช่น กบ คางคก ปลา หอย สัตว์เลื้อยคลาน นก คนเป็นโฮสต์โดยบังเอิญและยังไม่พบการแพร่เชื้อจากคนไปสู่คน คนติดเชื้อโดยเชื้อจะไขเข้าสู่ผิวหนังที่มีรอยแตก รอยถลอก รอยขีดข่วน หรือเชื้อเข้าตามเยื่อ (mucous membrane) ของจมูก ปาก ตา เมื่อคนไปสัมผัสกับปัสสาวะหรือเนื้อของสัตว์ที่ป่วยเป็นโรค (คาริกา กิ่งเนตร และ วราลักษณ์ ตังคะกุล, 2544)

3. พยาธิกำเนิด เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนโดยผ่านผิวหนังหรือบาดแผลหรือเข้าทางเยื่อจมูก ปาก ตา เชื้อจะเข้าไปเจริญแบ่งตัวในกระแสเลือดเป็นจำนวนมาก และแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย โดยเฉพาะที่ตับ ไต สมอง และระบบประสาทส่วนกลาง เกิดการอักเสบของอวัยวะดังกล่าว เช่น ตับโต อาการเหลือง (jaundice) จะปรากฏในวันที่ 2 - 5 หลังจากมีไข้ และตัวเหลือง ตัวเหลืองต่างจากตัวเหลืองของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจะตัวเหลืองขณะอาการดีขึ้นถ้าไม่มี

ภาวะแทรกซ้อน บางรายพบว่ามีอาการบวมเล็กน้อย ซึ่งเกิดจากการคั่งของเลือดภายในตับ พยาธิสภาพที่พบภายในไต คือ ไตอักเสบ (interstitial nephritis) รวมทั้งทำให้ไตวาย (renal failure) ในที่สุด ลักษณะอาการแสดงของโรคเลปโตสไปโรซิส ชนิดรุนแรง ซึ่งจะพบเลือดออกได้ในอวัยวะต่าง ๆ ตัวเหลือง ตับและไตล้มเหลวและทำให้เสียชีวิตได้ (คาริกา กิ่งเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)

4. ระยะฟักตัวของโรค ระยะฟักตัวในคนปกติ 7-12 วัน หรืออยู่ระหว่าง 2 - 29 วัน (คาริกา กิ่งเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)

5. อาการและอาการแสดง อาการทางคลินิกของโรคอาจแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 2 กลุ่ม ได้แก่

5.1 กลุ่มไม่มีอาการเหลือง (อาการไม่รุนแรง) อาการทางคลินิกที่พบในกลุ่มที่อาการไม่รุนแรง ได้แก่ ไข้เฉียบพลัน (ไข้สูง 38 - 40 องศาเซลเซียส) อาจมีหนาวสั่นร่วมด้วย เยื่อบุตาบวมแดง (conjunctival suffusion) ปวดศีรษะและปวดกล้ามเนื้อรุนแรง โดยเฉพาะที่น่อง โคนขา กล้ามเนื้อหลัง มีอาการกดเจ็บกล้ามเนื้อดังกล่าวร่วมด้วย อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน อาการพบตั้งแต่วันที่หนึ่งจนถึงหลายวัน ลักษณะของไข้เป็นระยะมีไข้สลับกับระยะไข้ลดและระยะกลับมีไข้อีกครั้ง (biphasic) ระยะแรกเป็นระยะที่มีเชื้อในกระแสเลือดและน้ำไขสันหลัง ระยะนี้สั้นประกอบด้วยไข้ขึ้นอีกครั้ง (recurrence of fever) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) และมีเชื้อออกมาในปัสสาวะ อย่างไรก็ตามลักษณะของไข้ที่เป็น biphasic ไม่พบในผู้ป่วยทุกราย

5.2 กลุ่มที่มีอาการเหลือง (อาการรุนแรง) อาการทางคลินิกในกลุ่มที่มีอาการรุนแรง ไม่พบลักษณะไข้แบบ biphasic กลุ่มนี้อาการในระยะแรก (septicemic illness) จะไม่หายไป ความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นโดยพบมีอาการเหลือง และไตวาย อาการทางคลินิกประกอบด้วยอาการที่พบในกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรงร่วมกับอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพในอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ มีผื่นที่เพดานปาก (palatal exanthem) มีจุดเลือดออกตามผิวหนังและเยื่อ ตับ ไตวาย ดีซ่าน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (ทำให้ความรู้สึกสับสน เพ้อ ซึม) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบอาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ โดยมีหรือไม่มีอาการไอเป็นเลือด (hemoptysis) กลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบไม่ถึงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด กลุ่มนี้อาการเหลืองจะเกิดระหว่างวันที่ 4-6 ของโรค ปัสสาวะออกน้อยเกิดในสัปดาห์ที่ 2 ของโรคแต่อาจพบได้ตั้งแต่วันที่ 4 ของโรค ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะนี้หรือต้นสัปดาห์ที่สามจากภาวะไตวาย ภาวะเลือดออกอย่างรุนแรงเป็นสาเหตุของการตายจากโรคนี้ได้ การเสียชีวิตเนื่องจากภาวะตับวาย พบน้อย อัตราผู้ป่วยตายในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงและไม่ได้รักษาพบร้อยละ 15-40 ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงจะมีจำนวนมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความเร็วในการเข้ารับการรักษา รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (คาริกา กิ่งเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)



6. อาการแสดง (signs) ที่สำคัญทางคลินิก

6.1 ภาวะเยื่อตาบวมแดง (conjunctival suffusion) เกิดขึ้นในตาทั้งสองข้าง ภายใน 3 วันแรกของโรคและอยู่ได้นานตั้งแต่ 1 วันถึง 1 สัปดาห์ อาจพบร่วมกับเลือดออกที่ตาขาว (conjunctival hemorrhages) ข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้แต่ไม่ใช่ตาแดงที่เกิดจากการอักเสบชนิดเป็นหนอง

6.2 ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะน่อง

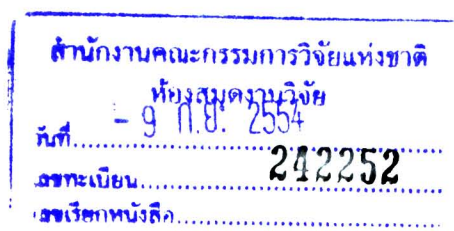
6.3 มีเลือดออก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีอาการเหลือง เช่น จุดเลือดออกตามผิวหนัง (petechiae) ผื่นเลือดออก (purpuric spots) เลือดออกใต้เยื่อตา (conjunctival suffusion) หรือเสมหะเป็นเลือด บางครั้งอาจพบผื่นเลือดออก 2-3 แห่งที่หน้าอก ท้อง หรือแขน เชื่อว่าเกิดจากเส้นเลือดฝอยที่เปราะ ซึ่งสามารถตรวจพบได้โดย (Tourniquet for capillary fragility test) การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตรัดต้นแขนที่ความดันโลหิตเท่ากับค่าที่อยู่ระหว่างความดัน diastolic และ systolic เป็นเวลา 5-10 นาที แล้วตรวจสอบว่ามีจุดเลือดออกตามผิวหนัง ในพื้นที่เส้นผ่านศูนย์กลาง 2.5 ซม. ที่บริเวณท้องแขนด้านในได้บริเวณที่วัดความดันโลหิตหรือไม่ ถ้าพบมีปริมาณ 10-20 จุด แสดงว่ามีความเปราะของเส้นเลือดฝอย

6.4 ผื่น อาจพบได้หลายแบบเช่น ผื่นแดงราบ ผื่นแดง ผื่นและตุ่มแดง ผื่นลมพิษ ซึ่งผื่นเหล่านี้อาจพบเฉพาะที่หรือเป็นได้ทั่วตัว ผื่นมักจะเปลี่ยนชั่วคราวและบางรายอาจจะพบมากกว่าหนึ่งสัปดาห์ได้

6.5 อาการเหลือง มักจะก่อให้เกิดปัญหา ในการตรวจทางคลินิก ถ้ามีอาการเหลืองไม่มาก อาจจะต้องตรวจในที่มีแสงสว่างเพียงพอ อาการเหลืองจะเกิดระหว่างวันที่ 4-6 ของโรค แต่อาจเกิดได้เร็วตั้งแต่วันที่ 2 ที่มีอาการ (ดาร์ริกา กิงเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)

7. กลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ คนที่มีอาชีพที่ต้องสัมผัสสัตว์ ดินและน้ำ เช่น ชาวไร่ ชาวนา คนเลี้ยงสัตว์ และผู้ที่ต้องสัมผัสน้ำ เช่น ล่องแก่ง ว่ายน้ำ ว่ายน้ำเป็นต้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544)

การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นในบ้านจากสัตว์เลี้ยง โดยเฉพาะสุนัข โดยมักจะเกิดจากการติดเชื้อในเด็กหรือแม่บ้าน การให้วัคซีนป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสกับสุนัขสามารถป้องกันการเกิดโรคในสุนัขได้แต่ไม่ป้องกันการเป็นพาหะนำโรค อาชีพอื่นที่อาจจะติดเชื้อได้ เช่น ผู้ที่ทำงานในห้องปฏิบัติการ ผู้ที่ทำงานกับท่อระบายน้ำ เพราะฉะนั้นการซักประวัติทางระบาดวิทยาควรจะต้องถามอาชีพ และกิจกรรมที่อาจจะทำให้สัมผัสเชื้อได้ง่ายขึ้นภายใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตลอดจนสัตว์เลี้ยงในบ้านหรืออุบัติเหตุต่างๆ



การติดเชื้อเลปโตสไปรา ส่วนใหญ่เกิดจากสภาวะแวดล้อมที่ชื้นแฉะ ฉะนั้นในบางพื้นที่ซึ่งมีอากาศค่อนข้างอุ่น ฝนตกบ่อย และเป็นพื้นที่ปลูกข้าวหรือพืชไร่ ผู้ที่ทำงานในพื้นที่นี้จะมีโอกาสสัมผัสปัสสาวะของสัตว์ที่มีเชื้ออยู่ได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมล่าโคลน เช่น นาน ๆ ซึ่งคนทุกเพศทุกวัยสามารถเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ (วนิดา เวียงพิทักษ์, 2541)

การป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

1. ขั้นตอนการป้องกันโรค หลักการป้องกันโรค ตามแนวคิดการป้องกันโรคคือ การเกิดโรคเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลง ต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเกิดโรค เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จนเกิดการเสียสมดุล และเกิดเป็นโรค มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544)

1.1 การป้องกันขั้นที่ 1 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันระยะที่ยังไม่เกิดโรค มุ่งเน้นที่ผู้มีความไวต่อการเกิดโรค เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรค ประกอบด้วย 2 มาตรการ ที่สำคัญ คือ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันเฉพาะโรค

1.2 การป้องกันขั้นที่ 2 การป้องกันตติภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันหลังการเกิดโรคขึ้นแล้ว เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการแพร่กระจายของโรค โดยการวินิจฉัยโรคให้ได้ในระยะเริ่มแรก และให้การรักษาทันที วิธีการป้องกันมีดังนี้

1.2.1 การตรวจคัดกรองโรค (Screening)

1.2.2 การตรวจวินิจฉัยโรคเมื่อเริ่มมีอาการ (Early Diagnosis and Prompt Treatment)

1.3 การป้องกันขั้นที่ 3 การป้องกันตติภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันในระยะเกิดความพิการ หรือระยะสุดท้ายของโรคเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการมากกว่าที่เป็นอยู่ และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายในส่วนที่ยังใช้การได้ โดยการทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ สังคมและการประกอบอาชีพที่เหมาะสม ทีมงานที่ดำเนินการประกอบด้วยบุคลากรหลายอาชีพ

2.การปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคโรคเลปโตสไปโรซิส (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544) โดยมีมาตรการ การป้องกันโรค ดังต่อไปนี้

2.1 มาตรการป้องกันโรค

2.1.1 หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำ แชะหรือลุยในน้ำที่อาจปนเปื้อนเชื้อจากปัสสาวะสัตว์ นำโรค หรือถ้าจำเป็นควรสวมรองเท้าบูต

2.1.2 ป้องกันการโรคแก่ผู้ที่ทำงานที่เสี่ยงต่อโรค เช่น ใช้ถุงมือยาง รองเท้าบูต ฯลฯ

2.1.3 ตรวจแหล่งน้ำ ดินทรายที่อาจปนเปื้อนเชื้อ ถ้าเป็นน้ำในท่อระบายน้ำ ควรล้างระบายน้ำที่ปนเปื้อนออกไป

2.1.4 ถ้าพบสัตว์ติดเชื้อมีต้องแยกออกเพื่อป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อไปยังสัตว์ตัวอื่น ๆ หรือเกิดการปนเปื้อนเชื้อบริเวณที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน แหล่งพักผ่อนท่องเที่ยว

2.1.5 ควบคุมกำจัดหนูในบริเวณที่อยู่อาศัยของคน โดยเฉพาะในเขตชนบทและบริเวณที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน แหล่งพักผ่อนท่องเที่ยว ฯลฯ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคแก่ปศุสัตว์ (เช่น โค กระบือ) และสัตว์เลี้ยง (เช่น สุนัข) จะช่วยป้องกันโรคได้ แต่ป้องกันการติดเชื้อและการจับเชื้อทางปัสสาวะไม่ได้ วัคซีนที่ใช้ต้องมี serovar ที่พบมากในท้องถิ่นนั้น

2.2 การควบคุมผู้ป่วย ผู้สัมผัส และสิ่งแวดล้อม

2.2.1 เมื่อพบผู้ป่วยต้องแจ้งไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่น

2.2.2 ระวังการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

2.2.3 สิ่งของเครื่องใช้ที่ปนเปื้อนปัสสาวะ ต้องนำไปฆ่าเชื้อ

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แนวคิดของทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ เริ่มจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งคิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ, 2536)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์มากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจได้ และทำการควบคุมได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์(อ้างอิงตาม กองสุกศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ. 1950 – 1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมมากกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล แต่ไม่ได้รับความสนใจจากประชาชนมากนัก ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้

บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองและวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยังไม่มีอาการใด ๆ เช่นในกรณีการตรวจสุขภาพและป้องกันโรค วัณโรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รูมาติก โรคโปลิโอ โรคไขข้อใหญ่ เป็นต้น (อ้างอิงตาม กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว ได้แก่ Godfrey M.Hochbaum, S.Stephen kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M.Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้น ชื่อของ Rosenstock (1966) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่น ๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive valence) แรงด้านลบ (Negative valence) และส่วนที่เป็นกลาง (relative neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและลบ พฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงดูดโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึง การตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้น ๆ ซึ่ง Lewin และคณะได้ตั้งสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้น ๆ (Maiman and Becker, 1974; Mikhail, 1981) (อ้างอิงตาม กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในครั้งแรกโดย Hochbaum และคณะนั้น ได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ” คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้อง (อ้างอิงตาม กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น (อ้างอิงตาม กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

จากการที่ Kasl และ Cobb (1966 อ้างใน กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health – related behavior) ว่า “พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรค” (Preventive health behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ “พฤติกรรมเจ็บป่วย” (Illness behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการเยียวยารักษาที่เหมาะสม และ “พฤติกรรมของผู้ป่วย” (sick-role behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหลายลักษณะที่แตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็นโรคแล้วจึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ต่อมา เบคเกอร์ (Becker, 1974) (อ้างใน กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมอื่น ๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อ

บุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling et al., 1960 อ้างใน กองสุกศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถือว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ โดยส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพดังนั้น Becker จึงสรุปได้ว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันการรักษาโรคของบุคคล

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น เกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

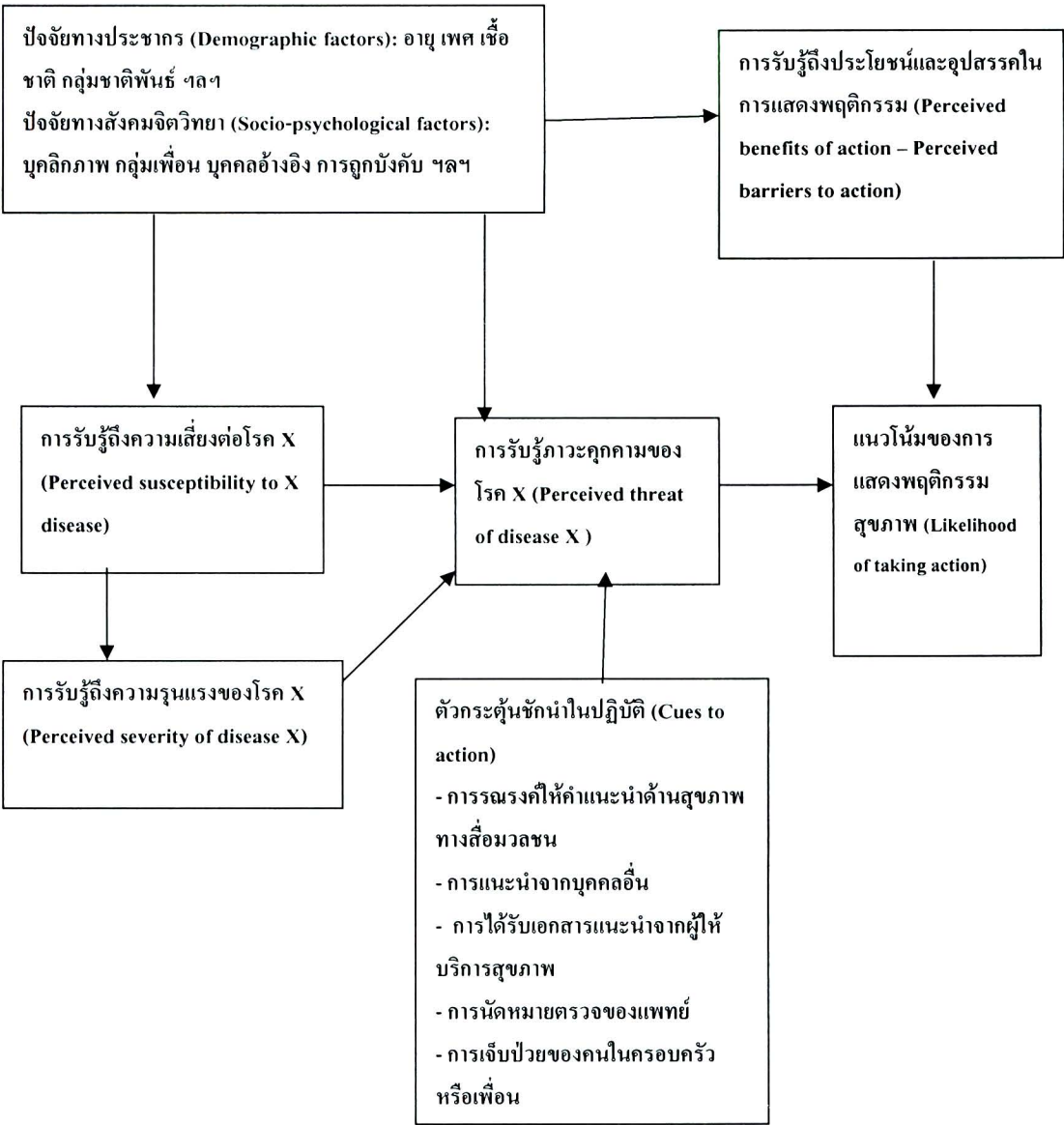
การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) (อ้างอิงใน กองสุกศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการและตัวแปรด้านสนับสนุน ได้แก่ สิ่งกระตุ้น ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นส่วนที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นส่ภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่ง หรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตร บัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ ตรงๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ

ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาพะของร่างกาย อาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้น เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่



ภาพที่ 4 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (อ้างอิงตาม Becker and Maiman 1975: 12)

ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส

ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส จากศึกษาทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ที่สำคัญ ได้แก่

1. การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยเป็นโรคจนทำให้มีความเข้าใจว่าโรคเลปโตสไปโรซิส มีความรุนแรงถึงตายได้
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น การลุยน้ำขำโคลน โดยไม่มีการทำความสะอาดร่างกายทันที ที่เสร็จจากการทำงาน และตามร่างกายมีบาดแผล รอยถลอก รอยขีดข่วน รวมทั้งการแช่น้ำนาน ๆ เชื้อที่ทำให้เกิดโรคนี้ก็สามารถ ไซผ่านผิวหนังเข้าสู่ร่างกายได้
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและเข้ารับการรักษาโรค เป็นการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ถูกต้อง ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดี มากกว่าผลเสีย
4. การรับรู้ต่ออุปสรรค ในการปฏิบัติตัวไม่ให้ป่วยเป็นโรครวมทั้งการเข้ารับการรักษาโรค เช่น การใส่รองเท้าบูต ทำให้ไม่เกิดความสะดวกสบาย ในการปฏิบัติงาน เพราะไม่เคยทำมาก่อนในชีวิตประจำวัน การไม่ไปพบแพทย์เพราะกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย รวมทั้งกลัวการตรวจเลือด การฉีดยา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส มีน้อยมาก จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน โดยเป็นโรคติดเชื้อที่มีพาหะเป็นตัวนำเชื้อโรค เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการศึกษาในครั้งนี้

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4,210 ราย เสียชีวิต 73 ราย ผู้ป่วยเพศชาย 3,352 ราย เพศหญิง 858 ราย อัตราส่วนชายต่อหญิง 3.9 : 1 ผู้ป่วยมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.84 รับจ้าง ร้อยละ 17.10 และนักเรียน ร้อยละ 8.96 พบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 55 - 64 ปี ขึ้นไปมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือ 11.21 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 45 - 54 ปี อัตราป่วย 10.01 กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี อัตราป่วย 9.06 กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี อัตราป่วย 6.81 กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป อัตราป่วย 5.8 และกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี อัตราป่วย 5.19

ชูชาติ เจริญสอน (2549) ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจำ อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกทั้ง 4 องค์ประกอบ และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ใน

ระดับดี ฉะนั้นองค์กรภาครัฐควรเร่งหาวิธีสร้างความตระหนักแก่เกษตรกรให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกที่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรม ด้านการเลี้ยงสัตว์ปีก ด้านการป้องกันจากการสัมผัสสัตว์ปีกและด้านการควบคุมโรคและการทำลาย สัตว์ปีก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ตัวเกษตรกร และการป้องกันโรคไข้หวัดนกในชุมชนให้มี ประสิทธิภาพในอนาคต

ชวนพิศ ครุภากรณ์ (2552) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการป้องกันไข้หวัดในสัตว์ปีกของกลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีก ในเขตเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง พบว่า กลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีกมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้หวัดสัตว์ปีกโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 องค์ประกอบพบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกและมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไข้หวัดสัตว์ปีกอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก และเพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความรู้ รวมทั้งให้คำแนะนำ แก่กลุ่มเสี่ยงในการสัมผัสพาหะของโรค ให้มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดโรค ต่อไป

ยุทธนา มุ่งสมักร (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของเกษตรกรในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับมาก ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ทักษะคิดต่อความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกัน โรคเลปโตสไปโรซิส รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากเกษตรกรมีพฤติกรรมประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส มากกว่าอาชีพอื่น อุบัติการณ์การเกิดโรคและเสียชีวิตจากโรคเลปโตสไปโรซิส พบมากในเกษตรกรวัยแรงงาน อายุระหว่าง 15 –54 ปี เพศชายมากกว่าเพศหญิง

ทรนง คำวิสิทธิ์ (2548)ได้ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนตำบลขามเฒ่าพัฒนา อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.4 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 69.4 อาชีพทำนา ร้อยละ 74.3 ในครอบครัวเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 59.1 ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส

ร้อยละ 75.5 ระดับความรู้สูงร้อยละ 51.30 ระดับทัศนคติสูงร้อยละ 56.51 ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 78.07 ข้อเสนอแนะของการศึกษาควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและควบคุม โรคเลปโตสไปโรซิส และควรศึกษาประสิทธิผลในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของร่องเท้าบู๊ทที่จำหน่ายในกองทุนร่องเท้าบู๊ท

พรพจน์ พรหมสายออ (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัวในเขตตำบลโคกกระเบื้อง อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 20 – 29 ปี อาชีพหลักทำนา จบการศึกษาระดับประถมศึกษา การได้รับข้อมูลทางด้านสาธารณสุขได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 72.1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.00 ค่าเฉลี่ย 15.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.07 เจตคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.2 ค่าเฉลี่ยมาตรฐาน 37.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.04 และระดับพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ปานกลาง ร้อยละ 66.6 ค่าเฉลี่ยมาตรฐาน 32.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.66 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาควรมีการประชาสัมพันธ์และสนับสนุนการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนและประสานงาน ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนให้ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค การดำเนินโรค ตลอดจนอาการสำคัญที่ควรได้รับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเร็ว

ไพชยนต์ ทนทอง (2549) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตำบลจรัส อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.4 อายุระหว่าง 20 – 35 ปี ร้อยละ 59.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.4 อาชีพทำนา ร้อยละ 46.6 มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 87.4 ระดับทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 81.3 ระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 76.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่าระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

สรุป ผลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ ของประชาชนที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค มีการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งพฤติกรรมในการป้องกันโรค ดีกว่าประชาชนที่ไม่รับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิด

โรค สำหรับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค นั้น
ประชาชนส่วนมาก ไม่ให้ความสำคัญ เนื่องจากอาจขัดต่อความรู้สึกหรือความเคยชินที่ปฏิบัติมา
เช่น รู้ว่าการใส่รองเท้านิรภัย เป็นวิธีป้องกันการป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส วิธีหนึ่ง แต่ประชาชน
ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติเป็นบางครั้ง ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว