

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านหนองเรียงและบ้านศาลาประชาคม ตำบลท่าข้าม อำเภอท่าชะงะ จังหวัดชุมพร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคไข้เลือดออก
2. ทฤษฎีการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. ข้อมูลพื้นฐานตำบลท่าข้าม อำเภอท่าชะงะ จังหวัดชุมพร
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคไข้เลือดออก

ทฤษฎีของโรคไข้เลือดออก

ไข้เลือดออก ใช้เรียกกลุ่มอาการ เริ่มด้วยมีอาการไข้ เลือดออกบริเวณใต้ผิวหนังและตามอวัยวะต่างๆ แพร่ระบาดในกลุ่มประเทศเขตร้อน และมักเป็นช่วงฤดูร้อน (Academic American Encyclopedia, 2004 : 83) ซึ่งจะมีความรุนแรงต่างกัน อาจมีอาการช็อคร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ ไข้เลือดออกที่พบในประเทศไทยและประเทศใกล้เคียง เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี จึงมีชื่อเรียกว่า Dengue Hemorrhagic Fever โรคนี้นับได้ว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้น เมื่อประมาณ 50 ปี โดยเริ่มระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อ พ.ศ.2497ประเทศไทยเริ่มพบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 จำนวนมากบ้างน้อยบ้างติดต่อกันทุกปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็ก จนกระทั่งปี พ.ศ. 2501 มีการระบาดครั้งใหญ่ที่สุดในกรุงเทพมหานคร เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคมจนถึงเดือนกันยายน มีผู้ป่วยสูงสุด การระบาดสิ้นสุดในเดือนพฤศจิกายน กลุ่มอายุผู้ป่วยสูงสุด คือเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ป่วยไข้เลือดออกส่วนใหญ่มักเป็นเด็ก แต่เป็นได้ตั้งแต่อายุ 8 เดือน จนถึง 25 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2545 : 1)

สาเหตุของโรคไข้เลือดออก

เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก ในประเทศไทย มี 2 ชนิด คือ

1. Dengue virus เป็น single stranded RNA ไวรัส อยู่ใน Family Flaviviridae ซึ่งแบ่งตามความแตกต่างของปฏิกิริยาทางน้ำเหลือง มี 4 Serotypes (DEN1, DEN2, DEN3, DEN4) ซึ่งมี antigen ของกลุ่มบางชนิดร่วมกันจึงทำให้มีการ Cross reaction กล่าวคือเมื่อมีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชนิดนั้นอย่างถาวรตลอดชีวิต แต่จะมีภูมิคุ้มกันไวรัสชนิดอื่นอีก 3 ชนิดในช่วงระยะสั้นๆประมาณ 6-12 เดือน (หรืออาจสั้นกว่านี้) ดังนั้นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีชุกชุมอาจมีการติดเชื้อ 4 ครั้งได้ตามทฤษฎีไวรัสทั้ง 4 Serotypes สามารถทำให้เกิด DF หรือ DHF ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการ ที่สำคัญคืออายุและภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ไวรัสเดงกีสายพันธุ์ DEN2 เป็นสายพันธุ์ที่พบมากที่สุดในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มการระบาดในปี 2501 เป็นต้นมา จากข้อมูลของโรงพยาบาลเด็กพบว่าร้อยละ 35 ของไวรัสเดงกีที่แยกได้ระหว่างปี 2513-2545 คือ DEN2 เป็นสายพันธุ์ที่พบได้มากในระยะแรก (คิดเป็นสัดส่วน 37-94%) เป็นสายพันธุ์ที่มีความรุนแรงมากที่สุดคือจะพบผู้ป่วยที่มีอาการช็อกได้มากกว่าสายพันธุ์อื่น จึงมีผู้กล่าวอ้างว่า เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่น่าจะทำให้สถานการณ์โรครุนแรงขึ้นได้ ซึ่งความจริง DEN2 นี้เป็น re-emerging DEN2 ในประเทศไทยเราปัจจุบันสายพันธุ์ที่พบมากที่สุดนับตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมาคือ สายพันธุ์ DEN1 คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 41-50

2. Chikungunya virus ไวรัสชนิดนี้มีอาการป่วยไม่รุนแรง พบในประเทศไทยน้อยกว่า Dengue virus เชื้อไวรัสเหล่านี้เรียกว่า Flavivirus หรือ Group B Togavirus รายงานทางคลินิกครั้งแรกเกี่ยวกับโรค Dengue (แปลว่าโรคไขกระดูกแตก break-bone fever)

การติดเชื้อไวรัสเดงกี

การติดเชื้อไวรัสเดงกีในเด็ก ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กเมื่อมีการติดเชื้อครั้งแรกมักจะไม่มีอาการหรืออาการไม่รุนแรง องค์การอนามัยโลกได้จำแนกกลุ่มอาการโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีตามลักษณะอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้

1. Undifferentiated fever (UF) หรือกลุ่มอาการไวรัส มักพบในทารกหรือเด็กเล็ก จะปรากฏเพียงอาการไข้ 2 - 3 วัน บางครั้งอาจมีผื่นแบบ Maculopapular Rash มีอาการคล้ายคลึงกับโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถวินิจฉัยได้จากอาการทางคลินิก

2. ไข้เดงกี Dengue fever (DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง คือมีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจเกิดอาการแบบ classical DF คือ มีไข้สูง กระทั่งหน้า ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก (Break-bone fever) และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง ตรวจพบ Tourniquet Test positive ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางรายอาจมีเกล็ดเลือดต่ำได้ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียยาวนาน โดยทั่วไปแล้วไม่สามารถวินิจฉัยอาการทางคลินิกได้แน่นอน ต้องอาศัยการตรวจทางน้ำเหลือง /แยกเชื้อไวรัส

3. ไข้เลือดออกเดงกี Dengue Hemorrhagic fever(DHF) มีอาการทางคลินิกที่ค่อนข้างชัดเจน คือมีไข้สูงลอยร่วมกับอาการเลือดออก ตับโต และภาวะช็อกในรายที่รุนแรง ในระยะมีไข้จะมีอาการต่างๆ คล้าย DF แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือ มีเกล็ดเลือดต่ำและมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเกิดขึ้นที่เรียกว่า Dengue shock syndrome (DSS) การรั่วของพลาสมาซึ่งถือเป็นลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ของโรคไข้เลือดออกเดงกี สามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับ Hct สูงขึ้น มีน้ำในช่องปอดและช่องท้อง

อาการทางคลินิกของไข้เลือดออกเดงกี

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนช็อกและเสียชีวิตได้ โรคไข้เลือดออกเดงกีมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับก่อนหลังดังนี้

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

การดำเนินโรคของไข้เลือดออกเดงกี

แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤต/ช็อก ระยะฟื้นตัว

1. ระยะไข้

ทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่มีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 18 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (Flushed face) อาจตรวจพบคอแดง (Injected pharynx) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากหัดในระยะแรกและโรคระบบทางเดินหายใจ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา

ในระยะไข้ อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยคือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ในระยะแรกจะปวดโดยทั่ว ๆ ไป และจะปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโตหรือใกล้ไข้ลดลง

ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2 - 7 วัน ประมาณร้อยละ 70 จะมีไข้ 4 - 5 วัน ร้อยละ 2 จะมีไข้ 2 วัน โดยจะมีอาการช็อกเร็วที่สุดคือวันที่ 3 ของโรค ร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้จะเป็นแบบ Biphasic ได้ อาจพบมีผื่นแบบ Erythema หรือ Maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้าย

ผื่น Rubella ได้อาการเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดคือที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดประปราย แดงง่าย การทำ Tourniquet Test ให้ผลบวกตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรค

“การทดสอบ Tourniquet test โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต รัดเหนือข้อศอกของผู้ป่วยด้วยค่าความดันกึ่งกลางระหว่างความดันช่วงบนและความดันช่วงล่างของคนคนนั้น เป็นเวลานาน 5 นาที ถ้าไม่มีเครื่องวัดความดัน ให้ใช้ยางหนังสติ๊กเกอร์รัดเหนือข้อศอกเล็กน้อย ให้ยังพอคลำชีพจรได้นาน 5 นาที ถ้าพบมีจุดเลือดออก (จุดแดง) เกิดขึ้นที่บริเวณท้องแขนใต้ตำแหน่งที่รัดเป็นจำนวนมากกว่า 10 จุด ในวงกลมเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 นิ้ว หรือเท่ากับเหรียญบาทโดยประมาณ แสดงว่าการทดสอบได้ผลบวก ถ้าน้อยกว่า 10 จุด ถือว่าได้ผลลบ” (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544 : 728)

ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆกระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งมักจะเป็นสีดำอาการเลือดออกทางระบบทางเดินอาหารส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกที่เป็นอยู่นาน ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ในระยะที่มีไข้อยู่ ตับจะนุ่ม

2. ระยะวิกฤต / ช็อก

ผู้ป่วยทุกรายจะพบระยะที่มีการรั่วของพลาสมาในผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงก็โดยระยะรั่วจะประมาณ 24-48 ชั่วโมง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงก็จะมีอาการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเกิดขึ้นเนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอดและช่องท้องมาก เกิด Hypovolemic shock : ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดพร้อมๆกับที่มีไข้ลดอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดขึ้นวันที่ 8 (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือ เท้าเย็น ชีพจรเบา ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ตรวจพบ Pulse pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มม.ปรอท (ค่าปกติ 30-40 มม.ปรอท) ผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงก็ที่อยู่ในภาวะช็อกส่วนใหญ่ จะมีภาวะรู้สติ หูแว่ว อาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องกระตันทันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะทางศัลยกรรม (Acute Addomen) ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง รอบปากเขียว ผิวสีม่วงๆ ตัวเย็นซีด ชีพจรและความดันโลหิตจับไม่ได้ ภาวะรู้สติเปลี่ยนไปและจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีภาวะช็อก ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาทันทั่วถึงและถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ Profound shock ส่วนใหญ่ก็จะฟื้นตัวได้รวดเร็ว

ระหว่างกาเกิดภาวะช็อกจะพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ประการคือ

1. มีการรั่วของพลาสมาซึ่งนำไปสู่ภาวะ Hypovolumic shock มีข้อบ่งชี้ดังนี้

1.1 ระดับ Hct เพิ่มขึ้นทันทีก่อนเกิดภาวะช็อกและยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา/ระยะช็อก

1.2 มีน้ำในช่องปอดและช่องท้อง การวัด Pleural effusion index พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค

1.3 ระดับโปรตีนและระดับอัลบูมินในเลือดลดลงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา

1.4 Central venous pressure ต่ำ

1.5 มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ IV fluid และสาร colloid ชดเชย

2. ระดับ Peripheral resistance เพิ่มขึ้นเห็นได้จากระดับ Pulse pressure แคบ โดยมี Diastolic pressure สูงขึ้น เช่น 100/90, 110/100, 100/100 มม.ปรอท ในระยะที่มีช็อก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทาง Hemodynamic ที่สนับสนุนว่ามี Peripheral resistance เพิ่มขึ้น

3. ระยะฟื้นตัว

ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยที่พ้นระยะที่ 2 จะกลับสู่สภาพที่ปกติอย่างรวดเร็ว ใน 2-3 วัน ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้ ลูกขึ้นนั่งได้ อาการตับโตจะค่อยลดลงเป็นปกติ ใน 1-2 สัปดาห์ และระยะพักฟื้นนี้ ถ้าทำ Tourniquet Test อาจจะทำให้ผลบวกได้อีกหลายวัน อาการรุนแรงของโรค มักไม่แน่นอน ส่วนใหญ่จะมีอาการเล็กน้อยหรือปานกลาง ผู้ป่วยที่ดื่มน้ำได้จะมีอาการที่ไม่รุนแรงเหมือนผู้ป่วยที่อาเจียนมาก ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงจะมีระยะไข้ดังกล่าวข้างต้น และเมื่อมีอาการไข้ลดลงอาจจะมีเพียงไข้จ্বরเร็วขึ้น เหงื่อออก มือเท้าเย็นเล็กน้อย แต่ความดันเลือดยังอยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดเวลา บางรายอาจมีอาการซึมลงไปบ้าง หลังจากนั้นอาการก็จะดีขึ้นตามลำดับ

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องในระยะแรกมีความสำคัญมาก เพราะการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วเมื่อเริ่มมีการรั่วของพลาสมาจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ป้องกันภาวะช็อก การเสียชีวิตจากอาการทางคลินิกของไข้เลือดออกเดงกีที่มีรูปแบบชัดเจน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ 2 ประการ คือ เกล็ดเลือด < 100,000 เซล/ลบ.ซม. และ Hct เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 หรือมากกว่า

ความรุนแรงของโรค

การจัดระดับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเดงกี โดยพิจารณาว่ามีภาวะช็อกหรือไม่ แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ (grade) คือ ในรายที่ไม่มีอาการช็อกจัดเป็น grade I และ grade II ซึ่งแยกกันได้ที่ grade II มี spontaneous hemorrhage ถ้ามีภาวะช็อก ก็จัดอยู่ใน grade II และ grade IV โดยรายที่เป็น grade IV เป็นผู้ป่วยที่มี profound shock วัดความดันโลหิต และ/หรือ จับชีพจรไม่ได้

การดูแลรักษา

ถึงแม้ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสแดงก็ก็ตาม การรักษาแบบตามอาการและ ปรคับประคอง โดยการแก้ไขชดเชยการรั่วของพลาสมา และ/หรือ เลือดที่ออก สามารถลดความรุนแรง ของโรคและป้องกันการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค สามารถให้การ วินิจฉัยได้เร็วและถูกต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมี Nursing cares ที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤต ซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมงที่มีการรั่วของพลาสมา

หลักการสำคัญ คือ

1. ให้การวินิจฉัยได้เร็วก่อนที่จะเข้าสู่วิกฤต ติดตามดูอาการและการเปลี่ยนแปลง อย่างใกล้ชิด โดยดูระดับเกล็ดเลือดที่ลดลงและระดับ Hct ที่เพิ่มขึ้น ที่จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง
2. ไม่แนะนำให้ IV fluid ตั้งแต่วันแรกของโรคก่อนมีการรั่วของพลาสมา
3. ให้สารน้ำชดเชยเมื่อมีการรั่วของพลาสมาด้วยความระมัดระวังให้เพียงพอที่ จำเป็นในการรักษาระดับการไหลเวียนในช่วงที่มีการรั่วเท่านั้น
4. นึกถึงเสมอว่าอาจจะมีเลือดออกภายในโดยเฉพาะในกระเพาะอาหาร/ลำไส้ ซึ่ง จำเป็นจะต้องให้เลือดชดเชย ส่วนมากจะพบในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก
5. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็นทุกชนิด รวมทั้ง Antibiotics
6. หลีกเลี่ยง Invasive procedure (ที่ไม่จำเป็น)

การดูแลรักษามีหลักปฏิบัติดังนี้

ระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่มีประวัติ เคยชัก หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 18 เดือนหากจำเป็น ต้องให้ยาลดไข้ ควรใช้ยาพาราเซตามอล ห้ามใช้ยา แอสไพริน หรือ ibuprofen เพราะอาจจะทำให้เกล็ดเลือดทำงานผิดปกติหรืออาจจะคายกระเพาะทำงาน ผิดปกติหรืออาจจะคายเคืองกระเพาะทำให้เลือดออกมากและที่สำคัญทำให้เกิดอาการทางสมอง (Reye's Syndrome) ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น เพื่อให้ไข้ที่สูงมากลดลงต่ำกว่า 39 องศา เซลเซียส การใช้ยาลดไข้มากเกินไปจะมีภาวะเป็นพิษต่อตับได้ ควรจะใช้การเช็ดตัวช่วยลดไข้ร่วมด้วย และให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำเกลือแร่มาก ๆ จะช่วยให้ไข้ลดลงได้บ้าง ยาลดไข้ไม่สามารถทำให้ระยะไข้ สิ้นลงได้จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลา ที่เป็นไข้ ถ้าไข้ 7 วัน ก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยปกครองทราบอาการนำของช็อก ซึ่งอาจจะมี อาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือถ่ายปัสสาวะน้อยลงมีอาการปวดท้อง อย่างมาก กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ควรแนะนำให้นำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่สถานที่พยาบาลที่ให้การรักษ แพทย์ต้องทำการทดสอบ Tourniquet test ทุกรายที่มีไข้สูง < 7 วันและให้ตรวจซ้ำเพื่อดูการเม็ดเลือดขาวเกล็ดเลือดและ Hct และ นับมาตรวจซ้ำเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือดและ Hct เป็นระยะๆ เพราะถ้าปริมาณ เม็ดเลือดขาวต่ำลงแสดงว่าผู้ป่วยกำลังจะเข้าสู่ระยะวิกฤติและเมื่อเกร็ดเลือดเริ่มลดลง และ Hct เริ่ม สูงขึ้น เป็นเครื่องบ่งชี้ว่าพลาสมาเริ่มรั่วออกจากเส้นเลือด และอาจช็อกได้ จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย

โดยทั่วไปแล้วไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลทุกรายโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ระยะแรกที่ยังมีไข้ สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยให้ยารับประทาน และแนะนำให้ผู้ป่วยครองดูแล เฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และพามารับการตรวจติดตามอาการตามที่แพทย์นัดแต่ถ้าผู้ป่วย มีอาการซึม อาเจียนมาก ไม่ดื่มน้ำ/รับประทานอาหารมีอาการขาดน้ำ หรือมีเลือดออก ต้องพิจารณารับไว้ใน โรงพยาบาล

ในรายที่ไข้ลด และมีระดับ Hct เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10-20 แต่ไม่มีภาวะ ช็อก และผู้ป่วยไม่สามารถดื่มน้ำเกลือได้ต้องให้สารน้ำ คือ 5% DAR หรือ 5 %DLR /D/NSS ปริมาณ เท่ากับครึ่งหนึ่งของ Maintenance โดย จัดปริมาณและเวลาการให้ตามการรั่วของพลาสมา ซึ่งประเมิน จากอาการทางคลินิก, Hct, Vital Signs และปริมาณปัสสาวะที่ออกมา ทั้งนี้จะต้องมีการปรับลดปริมาณ และความเร็วดูดช่วงเวลา 24-48 ชม. เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก หรือเลือดออก แพทย์ต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขสถานะ ดังกล่าวอย่างรวดเร็วด้วยสารน้ำ สาร Colloid หรือเลือดเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันโรคแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกต้องถือเป็น Medical emergency และให้การรักษาดังต่อไปนี้

1. ให้ Isotonic salt solution ในรูป 5% DAR หรือ 5% DLR หรือ 5%D/NSS ปริมาณ 10 ซีซี /กก./ชม. หรือในรายที่มี Profound shock มีตัวเย็นมาก ให้เป็น bolus ปริมาณ 10 ซีซี /กก. IV push (ในกรณีที่ทำให้ IV rate >10 ซีซี /กก./ชม. ไม่ควรใช้ Solution ที่มี 5% dextrose อยู่ด้วย)
2. เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนจากการ resuscitate แม้จะเป็นเวลาครึ่ง - 1 ชั่วโมง ควรลด rate IV fluid ลงมา และปรับ rate หลังจากนั้น โดยใช้อาการทางคลินิก Hct ,vital signs และ จำนวนปัสสาวะเป็นแนวทาง ซึ่งส่วนใหญ่การให้ IV fluid จะไม่เกิน 24-48 ชั่วโมง หลักการที่สำคัญคือ ให้ IV fluid ในปริมาณเพียงพอเท่าที่จำเป็นสำหรับการรักษาระดับการไหลเวียนโลหิตในช่วงที่มีการรั่ว ของพลาสมาเท่านั้น
3. แก้ไขภาวะ Metabolic และ electrolyte disturbance ที่ อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะ Acidosis,hypoglycemia, hyponatremia และ hypocalcemia ในกรณีที่ไม่มีขึ้น
4. ถ้าผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นต้องนึกถึงภาวะเลือดออกซึ่งอาจไม่ออกมาให้เห็นภายนอก (Concealed bleeding) ส่วนใหญ่มักจะออกในระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่ยังช็อกอยู่ (Refractory shock)

ภายหลังให้ Crystalloid/colloid จำนวนมากพอ หรือผู้ป่วยที่สามารถลด rate IV fluid ลงได้เลย แต่ Hct ลดลงแล้ว (เช่นลดจาก 50 % เป็น 40 %) ต้องนึกถึงภาวะเลือดออกภายใน จำเป็นต้องให้เลือดซึ่งควรจะเป็น fresh whole blood ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ช็อกจะมีเลือดออกมากโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี Profound shock อยู่

สาเหตุตายที่สำคัญ คือผู้ป่วยที่มี Prolonged shock ผู้ป่วยที่มี Internal bleeding ซึ่งถ้าไม่ได้รับเลือดทดแทนจะมี Profound shock การให้ IV fluid มากเกินไปโดยไม่ให้เลือดทดแทนทำให้มี Fluid over load เป็นสาเหตุที่สำคัญอีกสาเหตุหนึ่ง ในรายที่มีภาวะคั่งน้ำทำให้การรักษาแบบเดียวกับผู้ป่วยคั่งน้ำจากโรคตับอักเสบ ถึงแม้จะพบภาวะคั่งน้ำได้น้อย แต่เมื่อพบจะมีอัตราตายสูงมาก

ข้อสังเกต

ระยะที่มีการรั่วของพลาสมาส่วนใหญ่เป็นเวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง การให้ IV fluid ก่อนที่จะมีการรั่ว (ก่อนระดับเกล็ดเลือดลด < 100,000 เซล/ ลบ.มม. และก่อนที่จะมี Hct เพิ่มขึ้น) ไม่สามารถป้องกันภาวะช็อกได้ การให้สารน้ำเข้าไปเพื่อจะชดเชยในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาเท่านั้น ในขณะนี้ยังไม่มียาใด ๆ ที่สามารถยับยั้งการรั่วของพลาสมาได้

เนื่องจากพลาสมาที่รั่วออกไปจะอยู่ที่ช่องปอด/ช่องท้อง (Serous space) การให้ชดเชย ควรจะให้น้อยที่สุดที่จำเป็นในการ Maintain effective circulatory volume เท่านั้น การให้มากเกินไป ทำให้มีการรั่วออกไปมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดปัญหา respiratory distress จาก pleural effusion /ascites ซึ่งอาจจะทำให้มีอันตรายมากกว่าความรุนแรงของโรคเอง

เนื่องจากสิ่งที่รั่วออกไปคือพลาสมา และผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะมีระดับโซเดียมต่ำ ดังนั้นชนิดของสารน้ำที่ใช้ในการรักษาโรคไขเลือดออกแดงก็ควรจะมีส่วนผสมที่ใกล้เคียงกับพลาสมามากที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการช็อกที่แนะนำให้ใช้ คือ 5% DAR หรือ 5% DLR หรือ 5% D/NSS สำหรับในเด็กเล็กต่ำกว่า 1 ปี ถ้าไม่อยู่ในระยะช็อกแนะนำให้ใช้ 5% D/N/2

ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเนื่องจากการเสียพลาสมา แต่ในโรคไขเลือดออกแดงก็มีการเปลี่ยนแปลงทาง Homeostasis ที่สำคัญคือโรคไขเลือดออกต่ำ (< 50,000 เซล/ลบ.มม. ในรายที่มีช็อก) และเกล็ดเลือดทำงานผิดปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงใน Coagulogram โดยมี PTT และ TT ผิดปกติและในบางรายอาจมี PT ผิดปกติด้วย (มีคั่งน้ำร่วมด้วย) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกอย่างรุนแรงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ช็อกอยู่นานจนมีภาวะ Metabolic acidosis ดังนั้นในรายที่ช็อกอยู่นาน จะต้องนึกถึงการมีเลือดออกภายในซึ่งส่วนใหญ่จะออกทางเดินอาหารและอาจจะออกในอวัยวะที่สำคัญอื่นๆ เช่น หัวใจและสมอง ในรายที่มีเลือดออกในสมองจะทำให้มีการกระตุกและชักได้

การเอาใจใส่ดูแลของแพทย์และพยาบาลตลอดระยะเวลาวิกฤตเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกแดงก็ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการชดเชยพลาสมาที่เสียไปหรือได้รับทดแทนเข้าไป แม้จะเป็นช่วงระยะสั้นๆ ก็อาจจะมีผลต่อผู้ป่วยทำให้มี Prolonged shock จนเกิดภาวะ disseminated intravascular coagulation (DIC) ตามมาทำให้การพยากรณ์โรคเลวลงได้

การดูแลรักษาระยะฟื้นตัว

ข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นตัวและต้องหยุดให้ IV fluid

โดยทั่วไปผู้ป่วยเลือดออกแดงก็ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเวลา 24-48 ชั่วโมง โดยจะตรวจพบอาการดังต่อไปนี้คือ

1. อาการทั่วไปดีขึ้น เริ่มอยากรับประทานอาหาร
2. Vital signs stable, pulse pressure กว้าง, ชีพจรเต้นช้าและแรง
3. Hct ลดลงจนเป็นปกติ ในรายที่ไม่ทราบค่าเดิม ให้ถือลดลงมาที่ประมาณ 38-40%

(รวมกันข้ออื่นๆ)

4. ปัสสาวะออกมาก (diuresis) >1 ซีซี /กม./ชม.
5. มีผื่น Confluent petechial rash ซึ่งมีลักษณะเป็นปื้นแดงร่วมกับมีวงกลมสีขาวกระจายตามขา แขน บางรายเป็นผื่นแดง คัน (พบประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้ง DHF และ DF)

ข้อควรปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นตัว

1. off IV fluid ปริมาณของปัสสาวะที่ออกมากเป็นเครื่องบ่งชี้ที่ดีของการเข้าสู่อวัยวะฟื้นตัว
2. ให้ผู้ป่วยพัก ดูแลไม่ให้เกิดการกระทบกระแทก ห้ามทำหัตถการที่รุนแรง เช่น ถอนพินฉีดยาเข้าที่กล้ามเนื้อ
3. ถ้าผู้ป่วยยังไม่อยากรับประทานอาหาร อาจเป็นจาก bowel ileus เนื่องจากมี potassium ในเลือดต่ำภายหลังการที่มีปัสสาวะมากแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานผลไม้ หรือดื่มน้ำผลไม้ อาจจำเป็นต้องให้ KCl solution ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงของการขาด Potassium อย่างชัดเจน เช่น ชี้นิ้ว, hyporeflexia

ในผู้ใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลียหลังจากเข้าสู่ระยะฟื้นตัวเป็นเวลานาน ซึ่งอาจอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์ก่อนที่จะมีอาการเป็นปกติ (Prolonged convalescence) ซึ่งต่างกับในเด็กซึ่งจะมี rapid recovery ทันทีหลังจากพ้นระยะวิกฤติ

ยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก

ยุงลายซึ่งเป็นยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก ในประเทศไทยที่สำคัญ มี 2 ชนิด คือ

1. ยุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะหลัก

2. ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะรอง สามารถนำโรคได้แต่มีความสำคัญน้อยกว่าชนิดแรก

ยุงลายทั้ง 2 ชนิดมีลักษณะที่แตกต่างกันดังนี้

Aedes aegypti

ส่วนหัวของตัวเต็มวัย(Adult) ตรงรยางค์ปากจะปกคลุมด้วยเกล็ดสีขาว ส่วนอกบริเวณกึ่งกลางของหลังจะมีขนแข็ง ด้านหลังมีเกล็ดสีขาวลายคล้ายพิณ (Lyre like) สำหรับตัวอ่อน(Larva) บริเวณปล้องที่ 8 จะมี Comb scale อยู่แถวที่ 1 ประมาณ 8-12 อัน ส่วนปลาย Comb scale บริเวณขอบจะแยกเป็นแฉก บริเวณอกจะมีหนามแหลมอยู่ได้ Pleural hairs

แหล่งเพาะพันธุ์ยุง *Aedes aegypti* ส่วนใหญ่พบอยู่ในบ้านมากกว่านอกบ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงชนิดนี้ พบว่าร้อยละ 64.52 เป็นภาชนะที่เก็บขังน้ำอยู่ในบ้าน และร้อยละ 35.53 เป็นภาชนะที่เก็บขังน้ำที่อยู่ภายนอกบ้าน แหล่งเพาะพันธุ์ที่พบส่วนใหญ่ คือ โอ่งน้ำดื่ม น้ำใช้ จานรองขาตู้กับข้าว อ่างล้างเท้า จานรองกระถางต้นไม้ แจกัน ไห ภาชนะสำหรับใส่น้ำเลี้ยงสัตว์

Aedes albopictus

บริเวณส่วนปากของตัวเต็มวัย(Adult) จะมีเกล็ดสีดำ แผ่นหลังมีสีดำตรงกลางหลัง มีแถบสีขาวพาดอยู่ครึ่งหลัง บริเวณ mesepimeral จะมีเกล็ดสีขาวเรียงต่อกันเป็นรูปตัว V สำหรับตัวอ่อน (Larva)บริเวณปล้องที่ 8 จะมี Comb scale อยู่แถวที่ 1 ประมาณ 8-12 อัน ส่วนปลาย Comb scale บริเวณขอบจะไม่แยกเป็นแฉก ส่วนอกบริเวณใต้ Pleural hairs จะไม่มีหนามแหลม

การควบคุมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย

วงจรชีวิตและชีวนิสัยของยุงลาย

ยุงลายจะวางไข่ตามผิวภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย โดยวางไข่ฟองเดี่ยวๆอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ดังเมียวางไข่ ครั้งละประมาณ 100 ฟอง ตัวอ่อนที่อยู่ในไข่จะเจริญเติบโตพร้อมที่จะฟักออกเป็นลูกน้ำภายใน 2 วัน แต่ถ้าสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ขาดความชื้น ไข่ที่ตัวอ่อนภายในเจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะทนต่อความแห้งแล้งในสภาพนั้นได้นานหลายเดือน เมื่อไข่นั้นได้รับความชื้นหรือมีน้ำมาท่วมไข่ ไข่ก็จะฟักออกเป็นลูกน้ำได้ในเวลาอันรวดเร็ว ตั้งแต่ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง

ระยะที่เป็นลูกน้ำ กินเวลาประมาณ 6-8 วัน อาจมากหรือน้อยกว่านี้ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิอาหาร และความหนาแน่นของลูกน้ำภายในภาชนะนั้นๆ ลูกน้ำลอกคราบ 4 ครั้ง จากลูกน้ำระยะที่ 1 เข้าสู่ลูกน้ำระยะที่ 2,3 และ 4 ลูกน้ำยุงลายจะใช้ท่อหายใจเกาะท่ามกับผิวน้ำ โดยลำตัวตั้งเกือบตรงกับผิวน้ำ ลูกน้ำเคลื่อนไหวอย่างว่องไวว่ายน้ำคล้ายงูเลื้อย ไม่ชอบแสงสว่าง ลูกน้ำจะกินอินทรียสารและอาหารอื่นๆซึ่งมีอยู่ในภาชนะเช่น ตะไคร่น้ำ เศษอาหารต่างๆที่หล่นลงไป เชื้อแบคทีเรีย และพวกสัตว์เซลล์เดียว

เมื่อลูกน้ำระยะที่ 4 ลอกคราบครั้งสุดท้ายก็จะกลายเป็นตัวโม่งซึ่งเป็นระยะที่ไม่กินอาหาร และเคลื่อนไหวช้าลง แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงภายใน ประมาณ 1-2 วัน ก็จะลอกคราบกลายเป็นยุงลาย วงจร อาหาร อุณหภูมิ ความชื้น และความสั้นยาวของกลางวัน - กลางคืน ยุงตัวผู้มีอายุขัยสั้นประมาณ 6-7 วันเท่านั้น ส่วนยุงตัวเมียอยู่ได้นานกว่า ถ้ามีอาหารสมบูรณ์ อุณหภูมิและความชื้นพอเหมาะ ยุงลายตัวเมียอาจอยู่ได้นานประมาณ 30-45 วัน

เมื่อออกจากคราบตัวโม่งใหม่ๆ ยุงลายจะไม่สามารถบินได้ทันทีต้องเกาะนิ่งอยู่บนผิวน้ำ รอเวลาระยะหนึ่งเพื่อให้ร่างกายต่างๆ บนส่วนหัวยืดออก และเพื่อให้เลือดฉีดเข้าเส้นปีก ทำให้เส้นปีกยืดออกและแข็งจึงบินได้ ระยะนี้ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง เมื่อยุงบินได้แล้วก็จะพร้อมที่จะหาอาหารและผสมพันธุ์ ยุงตัวเมียจะผสมพันธุ์ ยุงตัวเมียจะผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวและสามารถวางไข่ได้ตลอดชีวิต หลังจากผสมพันธุ์แล้วยุงตัวเมียจะหาเลือดกิน (ปกติภายใน 24 ชั่วโมงหลังลอกคราบออกจากตัวโม่ง) อาหารของยุงลายทั้งตัวเมียและตัวผู้คือน้ำหวานเกสรดอกไม้ หรือน้ำจากผลไม้ โดยน้ำหวานใช้เป็นแหล่งพลังงานในการบิน แต่ยุงลายตัวเมียต้องกินเลือดคนหรือสัตว์เลือดอุ่นเพื่อต้องการโปรตีนในเลือดไปพัฒนาไข่ให้เจริญเติบโต ตามปกติ ยุงลายชอบกินเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์หลังจากกินเลือดคนแล้ว 2-3 วัน ยุงตัวเมียจะไปหาที่วางไข่ โดยทั่วไปยุงลายจะออกหากินในเวลากลางวัน แต่ถ้าในช่วงเวลากินเลือดในเวลากลางวันแล้วหาคู่ในท้องถิ่นหรือบริเวณนั้นมีแสงสว่างนอกบ้าน มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ามากัดคนในบ้าน ส่วนยุงลายสวนชอบกัดคนนอกบ้าน มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ามากัดคนในบ้าน ส่วนยุงลายเป็นยุงที่ไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ โดยทั่วไปมักบินไปไม่เกิน 50-80 เมตร นอกจากนี้จะพบว่ามียุงลายชุกชุมมากในฤดูฝนช่วงหลังฝนตกชุกเพราะอุณหภูมิและความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์ ส่วนในฤดูอื่นๆ จะพบว่าความชุกชุมของยุงลายลดลงเล็กน้อย (สมเกียรติ บุญญะบัญชา, 2535)

มาตรการในการควบคุมยุงลาย

เนื่องจากในวงจรชีวิตหนึ่งๆ ของยุงลายประกอบด้วย 4 ระยะที่มีความแตกต่างกันทางชีววิทยา และนิเวศวิทยา ทำให้วิธีการควบคุมกำจัดยุงลายในแต่ละระยะก็แตกต่างกันไปด้วย

ระยะไข่ ไข่ยุงลายมีขนาดเล็กมาก ทนต่อความแห้งแล้งและสารเคมี การกำจัดระยะไข่ยุงลายอย่างง่าย ๆ กระทำได้โดยการขจัดล้างตามภาชนะต่างๆ แต่มักไม่สะดวกในทางปฏิบัติ

ระยะลูกน้ำและตัวโม่ง การควบคุมกำจัดระยะลูกน้ำ และตัวโม่งกระทำได้ง่าย และสะดวกที่สุด เนื่องจากลูกน้ำยุงลายและตัวโม่ง อยู่ในภาชนะขังน้ำต่างๆ ทั้งพบที่อยู่ภายในและภายนอกบ้าน จึงเป็นเป้าหมายให้ควบคุมกำจัดได้ผลดีกว่าระยะอื่น วิธีง่าย และสะดวกในการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงลาย และตัวโม่ง คือการลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ซึ่งมีอยู่หลายวิธี ได้แก่

1. ปิดฝาภาชนะเก็บน้ำให้มิดชิด ควรปิดปากภาชนะนั้นด้วยผ้ามุ้ง ตาข่ายในล่อน (ชนิดตาถี่) หรือพลาสติกก่อนชั้นหนึ่ง แล้วจะปิดฝาชั้นนอก
2. ภาชนะที่ปิดฝาไม่ได้ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ ให้ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในอัตรา 10 กรัม ต่อน้ำ 100 ลิตร หรือใส่ปลาหางนกยูงตัวผู้ (เพื่อไม่ให้มีลูกปลาเกิดขึ้น) 2-10 ตัว แล้วแต่ขนาดของบ่อ
3. คว่ำภาชนะที่ไม่ใช้ประโยชน์หรือหาสิ่งปกคลุมให้มิดชิด
4. เก็บทำลายเศษวัสดุ และเศษภาชนะ เช่น ไหแตก กะลา มะพร้าว ขางรถยนต์เก่า กระจปอง ขวด ฯลฯ
5. ใส่เกลือครึ่งช้อนชา หรือน้ำส้มสายชู 2 ช้อนชา หรือผงซักฟอกครึ่งช้อนชา ลงในถ้วยหล่อขาตู้กันมด จะทำให้ยุงลายไม่วางไข่ (ต้องเปลี่ยนน้ำใหม่ และใส่สารดังกล่าวใหม่ทุกเดือน มิฉะนั้นน้ำจะเกิดฝ้าทำให้มดเดินผ่านผิวหนังได้)หรือเทน้ำเดือดลงไปในจานรองขาตู้กันมดทุก 7 วัน เพื่อฆ่าลูกน้ำที่อาจเกิดขึ้น หรือใส่ขี้เถ้าโดยไม่ต้องใส่น้ำเพราะชัน และขี้เถ้าสามารถป้องกันไม่ให้มดขึ้นตู้กับข้าวได้
6. เทน้ำที่ขังอยู่ในจานรองกระถางต้นไม้ทิ้งทุก 7 วัน หรือใส่ทรายธรรมดาลงในจานประมาณ 3 ใน 4 ของความลึกของจานเพื่อให้ทรายดูดซึมน้ำไว้
7. เปลี่ยนถ่ายน้ำในแจกัน หรือภาชนะที่ปลูกพุ่มต่างทุก 7 วัน หรือใช้กระดาดน้ำ ๆ อุดปากแจกันไว้ การควบคุมกำจัดลูกน้ำ และตัวมดโดยใช้สารเคมีเป็นการรักษาสภาพแวดล้อมไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการใช้สารเคมี แต่ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือจากหน่วยงาน/องค์กรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ

ทรายกำจัดลูกน้ำเป็นทรายเคลือบสารเคมีในกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต ใช้ใส่น้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย อัตราส่วนที่ใช้คือ ทรายกำจัดลูกน้ำ 1 กรัม ต่อน้ำ 10 ลิตร (หรือ 1 ช้อนชา)

ต่อภาชนะใส่น้ำ 100 ลิตร (5 ปี๊บ) แม้ว่าทรายกำจัดลูกน้ำจะมีความปลอดภัยสูงต่อคนและสัตว์ แต่ราคาค่อนข้างสูง ดังนั้น จึงควรใส่ทรายกำจัดลูกน้ำเฉพาะในภาชนะที่จำเป็นและตามมาตรฐานเท่านั้น เคลือบผิวภาชนะบริเวณที่มีการสัมผัสของสาร Temephose มีฤทธิ์คงทน นานประมาณ 3 เดือน (ไม่ถ่ายน้ำ)

ระยะยุงเต็มวัย ควบคุมกำจัดโดยใช้พ่นสารเคมี การใช้กับดัก และการป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด ดังนี้

การพ่นสารเคมี แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การพ่นฝอยละเอียด (ULV) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีจากเครื่องพ่น โดยใช้แรงอัดอากาศผ่านรูพ่นกระจายน้ำยาออกมาเป็นละอองที่มีขนาดเล็กมาก ละอองน้ำยาจะกระจายอยู่ในอากาศ และ

สัมผัสกับตัวยุงที่บินอยู่ เครื่องพ่นน้ำยาเคมีประเภทนี้มีทั้งแบบสะพายหลัง และแบบที่ต้องติดตั้งบนรถยนต์

2. การพ่นหมอกควัน (Fogging) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีออกจากเครื่องพ่นโดยใช้ไอน้ำร้อน พ่นเป็นหมอกควันให้น้ำยาฟุ้งกระจายในอากาศเพื่อให้สัมผัสกับตัวยุง เครื่องพ่นหมอกควันมีทั้งแบบหัวและแบบติดตั้งรถยนต์

การป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด

1. นอนในมุ้ง จะใช้มุ้งธรรมดาหรือมุ้งที่ชุบสารเคมีก็ได้ หรือจะนอนในสื่งที่มุ้งด้วยมุ้งลวดก็ได้แต่ต้องแน่ใจว่าในห้องนั้นไม่มียุงอยู่

2. จุกยากันยุง หรือทายากันยุงกัด ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติในการไล่ยุงไม่ให้เข้ามาใกล้ ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากอาจเป็นอันตรายต่อเด็กอ่อนและทารกได้และอาจก่อความระคายเคืองเมื่อสัมผัสผิวหนัง รวมทั้งไอระเหยอาจทำให้เคืองตาด้วย จึงควรศึกษาวิธีให้เข้าใจก่อนการใช้งาน

แม้ว่าการควบคุมยุงเต็มวัยโดยใช้สารเคมีจะเป็นวิธีที่ได้ผลดีเห็นผลเร็ว แต่ให้ผลเพียงระยะสั้น สารเคมีส่วนใหญ่มีราคาแพง ผู้ปฏิบัติด้านนี้ควรมีความรู้เกี่ยวกับสารเคมี และวิธีการใช้เครื่องพ่นเคมีเป็นอย่างดี สารเคมีบางชนิดมีพิษสูงต่อคนและสัตว์เลี้ยง จึงควรใช้สารเคมีเฉพาะเวลาจำเป็น เช่น เพื่อตัดวงจรการแพร่โรค ในการควบคุมการระบาด เป็นต้น นอกจากนี้ การใช้สารเคมีโดยตรงหรือสัมผัสน้อย เมื่อบางส่วนไม่ตายก็จะเป็นสาเหตุให้ยุงนั้นค่อยๆพัฒนาความต้านทานต่อสารเคมี ในไม่ช้า ยุงจะดื้อต่อสารเคมีทำให้การควบคุมกำจัดด้วยด้วยสารเคมีนั้นๆ ไม่ได้ผลอีกต่อไป

สารเคมีที่ใช้ในการควบคุมแมลงพาหะนำโรค ส่วนใหญ่เป็นสารเคมีที่ได้เลือกสรรมาแล้วมีประสิทธิภาพสูงในการกำจัดแมลง แต่มีพิษน้อยต่อคนและสัตว์เลี้ยง อย่างไรก็ตามการพ่นเคมีต้องกระทำอย่างระมัดระวัง เพื่อลดอันตรายทั้งต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติอย่างถูกเทคนิคเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมยุงได้ดี นอกจากนี้ยังต้องเก็บรักษาสารเคมีอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันอันตรายและเพื่อให้สารเคมีไม่เสื่อมคุณภาพ (กองควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2535)

การสำรวจลูกน้ำยุงลาย

เป็นการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ ตรวจสอบแหล่งที่อยู่ของลูกน้ำ และพิจารณาความชุกชุมของลูกน้ำ

อุปกรณ์ในการสำรวจ

ไฟฉาย

แบบสำรวจลูกน้ำ

ดินสอ หรือปากกา

วิธีการสำรวจ

ขออนุญาตเจ้าของบ้าน

สำรวจทั้งในบ้าน และนอกบ้าน

สำรวจภาชนะที่มีน้ำขังทุกชนิด

ในการสำรวจแต่ละครั้งให้ใช้ไฟฉาย (ขนาดถ่าน 3 ก้อนจะดีที่สุด เพราะให้ความสว่างพอเพียง) ส่องลงไปด้านข้างของภาชนะบริเวณที่ค่อนข้างมืด จะทำให้มองเห็นลูกน้ำได้ดี ลูกน้ำขุ่นลายมักไวต่อแสง เมื่อมีแสงไฟส่องกระทบผิวน้ำ ลูกน้ำขุ่นลายจะดำลงสู่ก้นภาชนะทันที

วิธีการสังเกตลูกน้ำขุ่นลายง่าย ๆ คือ การเกาะตัวจะทำมุมกับผิวน้ำ อยู่ในลักษณะที่ลำตัวเกือบอยู่ในแนวตั้งฉากกับผิวน้ำ มีลำตัวยาว เวลาว่ายน้ำจะมีลักษณะคล้ายตัวเอส (S) มีความไวต่อสิ่งเร้า คือการสั่นสะเทือน และแสง ถ้าพบลูกน้ำในระยะใดก็ตาม แม้เพียงตัวเดียวก็ให้ถือว่า ภาชนะนั้นมีลูกน้ำ และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่ดีของยุงลาย การจดบันทึกการปฏิบัติงาน ให้จดบันทึกในแบบสำรวจ และควรจดทุกครั้งหลังจากที่ได้ตรวจดูภาชนะนั้น ๆ สำหรับภาชนะที่ไม่มีน้ำขัง จะไม่บันทึกลงในแบบสำรวจ

การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

1. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง หรือทำลายลูกน้ำขุ่นลาย นับเป็นวิธีการที่สำคัญที่สุด กล่าวคือถ้ายุงไม่มีที่สำหรับวางไข่ หรือเมื่อวางไข่แล้วลูกน้ำถูกทำลาย โอกาสที่จำนวนยุงจะเพิ่มย่อมหมดไปและไม่ที่ตัวนำโรคเหลืออยู่ที่จะแพร่โรคต่อไป

ยุงลายเป็นยุงที่มีนิสัยชอบวางไข่ในภาชนะต่างๆ ที่มีน้ำสะอาดขังอยู่ทั้งในบ้านและนอกบ้าน การป้องกันการวางไข่ของยุงลายมีดังนี้

1.1 ของไม่ใช้ เช่น ขางรถยนต์ กระจับปี่ โอ่ง ไห ขวด แก้ว แจกันแตก ควรฝังให้มิดชิด อย่าทิ้งเกะกะไว้รอบบ้าน

1.2 ตุ่มน้ำกิน น้ำใช้ ควรปิดฝาให้มิดชิด และถ้าจำเป็นควรใส่สารเคมีที่ใช้ฆ่าลูกน้ำ เรียกว่า ทรายอะเบท สารนี้เป็นเม็ดทราย ขุบยาฆ่าลูกน้ำซึ่งไม่เป็นอันตรายต่อผู้ดื่ม ผู้ใช้น้ำ ทรายอะเบทนี้จำหน่ายเป็นซองตามร้านขายยาทั่วไป

1.3 ขารองตู้ ก้นมด ควรใส่เกลือ หรือ ทรายอะเบท หรือเติมน้ำร้อนทุกวัน

2. การทำลายยุงตัวแก่ เป็นวิธีการที่ทำร่วมกันกับวิธีแรก เพื่อทำลายยุงตัวแก่ที่มีเชื้อโรคให้หมดไป หรือเหลือน้อยที่สุด การทำลายยุงตัวแก่ทำได้โดย

2.1 การพ่นหมอกควันด้วยน้ำยา 4% Malathion ในบ้านเรือนที่อยู่ในแหล่งชุมชนได้แก่ เขตเทศบาล เขตสุขาภิบาล วิธีนี้จะทำในจังหวัดที่ไข้เลือดออกยังไม่ชุกชมนัก

2.2 การพ่นน้ำยาด้วยเครื่องพ่นฝอยละอองเคมีติดท้ายรถวิ่งไปตามถนน ที่มีบ้านเรือนที่อยู่อาศัย โดยใช้ยาที่มีความเข้มข้นสูง ละอองน้ำยาที่ถูกพ่นออกมีขนาดเล็กมาก จะลอยอยู่ในอากาศ แล้วถูกลมพัดเข้าไปในบ้านเกาะตามผนังบ้าน เมื่อขลุ่ยมาเกาะผนังบ้านถูกกับน้ำยาก็จะตายไป

วิธีการนี้ได้ผลดีกว่าและรวดเร็วกว่าวิธีแรกทำในจังหวัดที่ไข้เลือดออกชุกชุมมาก และในจังหวัดใหม่ ที่เป็นศูนย์กลางการติดต่อซื้อขาย ประชาชนอยู่หนาแน่น

จากความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกข้างต้น สรุปได้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่นำโดยแมลง เป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีขลุ่ยหลายเป็นพาหะนำโรค เป็นโรคที่สามารถป้องกันไม่ให้มีอาการที่รุนแรงขึ้นได้ถ้ามีการวินิจฉัยที่ถูกต้องในระยะแรกของการติดเชื้อและแสดงอาการ ในส่วนการป้องกันการเกิดของโรคที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้ขลุ่ยกัด และการลดการแพร่กระจายของโรคคือการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ขลุ่ย ทำลายขลุ่ยน้ำขลุ่ยขลุ่ยทั้งทางชีวภาพและกายภาพ

ทฤษฎีการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

พฤติกรรม

พฤติกรรม หรือ Behavior หมายถึง การกระทำที่มองเห็นและมองไม่เห็นของสิ่งมีชีวิต (จุฬารัตน์ เอื้ออำนวย, 2549 : 5) แบ่งเป็นประเภท ได้แก่

พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งหมายถึง การกระทำที่มองเห็น หรือสังเกตได้ เช่น การกิน การนอน ร้องไห้

พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นการกระทำที่มองไม่เห็น เนื่องจากเป็นกระบวนการทางจิต เช่น การรับรู้ ความคิด ความจำ อาจต้องใช้เครื่องมือในการทดสอบ หรือทดลอง

ทฤษฎีความรู้

ความหมายของความรู้

ความรู้ (Knowledge) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างกกัน ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534 : 10-11) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า “ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนรู้เพียงแต่จำได้ อาจโดยการนึกหรือการมองเห็น การได้ยินก็จำได้ เป็นความรู้เกี่ยวกับคำจำกัด ความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี โครงสร้าง วิธีแก้ปัญหา และมาตรฐานเหล่านี้ เป็นต้น”

จากความหมายของความรู้ สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง การรับรู้ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รวบรวมทั้งสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ สิ่งของและบุคคล ซึ่งได้มาจากการ

สังเกต ประสบการณ์ หรือการค้นคว้า การรับรู้สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ต้องอาศัยเวลาที่มนุษย์ได้มีการเก็บรวบรวม สะสมไว้

ระดับความรู้

เบนจามิน เอส บลูม และคณะ (Bloom et.al., 1956 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์, 2549 : 56-58) ได้แบ่งระดับความรู้หรือความสามารถทางด้านสติปัญญา (Cognitive domain) เป็น 6 ระดับ เรียงจากพฤติกรรมจากง่ายไปสู่ชั้นยาก ดังนี้

1. รู้จำ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ การจำและการระลึกได้ที่มีต่อ ความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ
2. ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง การแสดงออกถึงพฤติกรรม เมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และสามารถแปล สรุป หรือขยายความสื่อความหมายนั้น
3. การประยุกต์ (Application) หมายถึง การนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง
4. การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวออกเป็น ส่วนประกอบย่อย เพื่อความสัมพันธ์ และหลักการหรือทฤษฎีเพื่อให้เข้าใจเรื่องราวต่างๆ ได้
การวิเคราะห์แบ่งออกเป็น
 - 4.1 การวิเคราะห์ความสำคัญ หมายถึง การใช้ความคิดเชิงวิพากษ์ วิเคราะห์ ส่วนประกอบของสิ่งต่างๆ เพื่อหาคำตอบที่ถูกต้องที่สุด สมเหตุสมผลที่สุด
 - 4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ หมายถึง การใช้ความสามารถวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ ของส่วนประกอบ ของสิ่งต่างๆ ตั้งแต่สองสิ่งขึ้นไป เพื่อใช้เป็นหลักในการแก้ปัญหา
 - 4.3 การวิเคราะห์หลักการ หมายถึง เป็นความสามารถในการมองเห็นวิธีรวม องค์ประกอบต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างมีระบบ
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถในการนำเอาเรื่องราว หรือ ส่วนประกอบย่อยมารวมเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการคิดแปลง ริเริ่ม สร้างสรรค์ ปรับปรุงของเก่าให้ ดีขึ้น มีคุณค่าขึ้น การสังเคราะห์แบ่งออกเป็น
 - 5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการพูดหรือเขียน เพื่อสื่อความคิดความรู้สึกลงไปยัง บุคคลอื่น
 - 5.2 การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการเสนอแผนการทำงาน ของงานที่รับผิดชอบหรือ คิดที่จะทำขึ้น
 - 5.3 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการสร้างชุดของความสัมพันธ์ขึ้นเพื่ออธิบาย ข้อมูลหรือสิ่งต่างๆ

6. การประเมินผล (Evaluation) หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด ผลงาน คำตอบ วิธีการ และเนื้อหาสาระ เพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีกฎเกณฑ์ในการตัดสินใจ

เมื่อประชาชนได้รับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ซึ่งอาจจะได้รับจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่มาลาเรีย หรือจากบุคคลากรสาธารณสุขประเภทอื่นๆ หรือจากสื่อความรู้ต่าง ประชาชนก็จะเลือกรับรู้ไว้บางส่วน แล้วนำไปรวมกับประสบการณ์เดิม โดยเฉพาะส่วนที่น่าสนใจ เห็นถึงประโยชน์ หรือสามารถนำไปปฏิบัติได้ จากความหมายของความรู้ จะเห็นได้ว่าการที่ประชาชนจะป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกได้นั้น ประชาชนจะต้องมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องเป็นพื้นฐานเสียก่อน

การวัดความรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดก็เหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะซึ่งแตกต่างกันออกไป ในที่นี้จะกล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมใช้กันมาก คือ แบบทดสอบ แบบทดสอบหรือข้อสอบถือว่าเป็นสิ่งเร้าเพื่อไปให้ผู้ถูกสอบให้แสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพูด เขียน ทำทาง ฯลฯ เพื่อให้สังเกตเห็น หรือ สามารถนับจำนวนปริมาณได้

ทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ

ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ หรือ เจตคติ ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Attitude” มาจากศัพท์ภาษาละติน ว่า “Aptus” หมายความว่า เหมาะเจาะ หรือการปรับให้เหมาะ (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2549 : 167-169) แม้ว่าทัศนคติจะเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่ทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ (Motivate) และแรงผลักดัน (Drive) หากแต่เป็นความพร้อมที่จะตอบโต้และแสดงให้ทราบถึงแนวทางการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า แต่ความหมายของทัศนคตินี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับตรงกันในหมู่นักจิตวิทยา ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของทัศนคติแตกต่างกันออกไป ตามความเชื่อที่ต่างกันออกไป ซึ่งในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 ได้ให้ความหมายของคำว่า ทัศนคติ และเจตคติ ดังนี้

ทัศนคติ หมายถึง แนวความคิดเห็น (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

เจตคติ หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกรของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ราชบัณฑิตยสถาน : 2542)

ทัศนคติ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของบุคคล (วิภาส ทองสุทธิ, 2552 : 157-158)

ทัศนคติเป็นความเชื่อ หรือความรู้สึกในเชิงประเมินที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรืออาจจะเป็นคำพูด หรือความคิดเห็นในเชิงประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือบุคคลในแง่บวกหรือลบ (สุพานี สฤณภูวนิช, 2552 : 71-73)

องค์ประกอบของทัศนคติ (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2549 : 170-171)

องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive Component) ได้แก่ ความคิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปหนึ่งแตกต่างกัน

องค์ประกอบด้านท่าที ความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบด้านความรู้สึก “เรารู้สึก” อีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีขณะที่คิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component) องค์ประกอบนี้ เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในการปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสม จะเกิดการปฏิบัติหรือปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจแสดงเป็นพฤติกรรมทางบวก หรือพฤติกรรมทางลบ

ที่มาของทัศนคติ

ทัศนคติอาจจะมาจากประสบการณ์ที่บุคคลได้ประสบมาโดยตรง หรืออาจจะซึมซับมาจากบุคคล ญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ครอบครัวเดียวกัน หรืออาจจะมีแหล่งที่มาจากอิทธิพลของกลุ่มที่ส่งผลกับบุคคลนั้น (สุพานี สฤณภูวนิช, 2552 : 71-73)

ความสำคัญของทัศนคติ

บุคคลทุกคนจะมีทัศนคติกับทุกเรื่อง ทุกเหตุการณ์ ซึ่งอาจจะเป็นส่วนบวกหรือด้านลบ ซึ่งทัศนคติที่มีต่อเหตุการณ์นั้นๆจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกเหล่านั้นจะเป็นพฤติกรรมในด้านบวกหรือด้านลบก็ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีทัศนคติต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร (สุพานี สฤณภูวนิช, 2552 : 71-73) ทัศนคติเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญบทบาทของทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมมาก (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2546)

การวัดทัศนคติ

นักจิตวิทยาสังคม แบ่งการวัดทัศนคติเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2549 : 188-189) ทิศทาง (Direction) หมายถึง การประเมินค่าความรู้ ความรู้สึก และการพร้อมที่จะปฏิบัติในด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งหมายถึง ดีหรือเลว เช่นเกี่ยวกับองค์ประกอบทางความรู้สามารถวัดได้ว่า บุคคลมีความรู้ในประเด็นที่ต้องการวัดที่ว่า สิ่งนั้นไปในด้านบวกหรือด้านลบ ด้านบวก หมายถึง ความพร้อมที่จะให้การสนับสนุน ส่วนด้านลบ หมายถึง ความพร้อมที่จะทำลายหรือขัดขวางความเจริญของสิ่งนั้น

ปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มข้นหรือปริมาณความรุนแรงของทัศนคติไปในทิศทางด้านบวกหรือด้านลบ นั่นคือ บุคคลอาจมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นๆอย่างรุนแรง และมีทัศนคติต่ออีกสิ่งหนึ่งอย่างเบาบาง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสำคัญของสิ่งนั้นๆ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติ

การปฏิบัติ (Practice)

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534 : 21-22) กล่าวว่า พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือบุคคลไม่ปฏิบัติในทันทีแต่คาดว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้ต้องอาศัยพฤติกรรมทางด้านพุทธิปัญญาและทัศนคติ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกจะสามารถประเมินได้ง่าย แต่กระบวนการในการที่จะก่อพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน องค์ประกอบของพฤติกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ในการเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้หรือการปฏิบัติ กลุ่มทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) นั้นแยกย่อยออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ

ขั้นที่ 2 การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ

ขั้นที่ 3 การตีความถูกต้อง (Decision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบแผนที่เห็น

ขั้นที่ 4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำอย่างถูกต้องนั้น อย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง

ขั้นที่ 5 การกระทำตามธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติ

พฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลมิได้เกิดจากการที่บุคคลนั้นต้องการหรือชอบที่จะปฏิบัติอย่างเดียวยังมีองค์ประกอบหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่ง ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534 : 4) ได้สรุปว่า พฤติกรรมหรือการปฏิบัติของมนุษย์มีผลมาจากทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม นิสัย และผลที่คาดว่าจะได้รับหลังจากทำพฤติกรรมนั้น ๆ แล้ว

การปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่ายแต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดีหายจากโรคและป้องกันการเกิดโรค แต่การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นสุดท้ายนี้ ในด้านสุขศึกษาถือว่า การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ทัศนคติของบุคคลเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทน

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมหมายถึง กิจกรรม ทุกประเภทที่มนุษย์ทำ นักจิตวิทยาเชื่อว่าพฤติกรรมเป็นผลที่เกิดจากการทำปฏิกริยาระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ก็จะมีจุดมุ่งหมายเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยมีการสร้างกรอบแนวคิด ชื่อว่า PRECEDE Framework ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อวินิจฉัยและประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษคติ และการปฏิบัติ

เราสามารถแสดงความสัมพันธ์ได้หลายรูปแบบ ซึ่งอาจจะเป็นความสัมพันธ์โดยตรงหรือความสัมพันธ์ทางอ้อม มีลักษณะดังนี้ (นิภา มนูญปัจจุ อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม, 2543 : 31)

ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษคติ และการปฏิบัติ

ลักษณะที่ 1

ความรู้ → ทักษคติ → การปฏิบัติ คือ ความรู้สัมพันธ์กับทักษะคติซึ่งมีผลให้เกิดการปฏิบัติ

ลักษณะที่ 2

ความรู้
↑
↓
ทักษะคติ

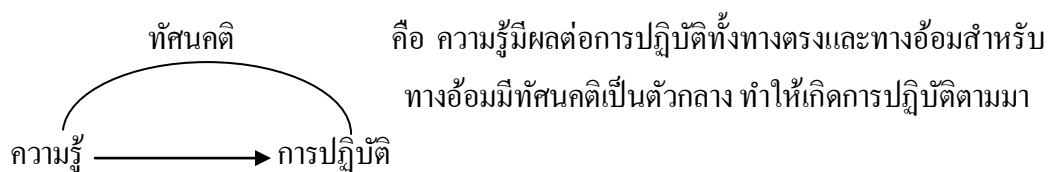
การปฏิบัติ คือ ความรู้และทักษะคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

ลักษณะที่ 3

ความรู้
↓
ทักษะคติ

การปฏิบัติ คือ ความรู้และทักษะคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และ ทักษคติ ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์

ลักษณะที่ 4



(นิภา มนูญปิฏ อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม, 2543 : 31)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ ความรู้ มีความสำคัญที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และเกิดความสามารถในการที่จะปฏิบัติ การมีความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร

ฉะนั้นความรู้และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กัน และต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน การสร้างเสริมความรู้เป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมด้วย ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้น มีทศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา ซึ่งทศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ เชื่อกันว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกกับทศนคติ ต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หรือมีผลซึ่งกันและกัน ทศนคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล และขณะเดียวกันพฤติกรรมแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อทศนคติของบุคคลนั้นด้วย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คือ ประชาชนที่สมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและเพื่อนบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552 : 148-151)

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี

มาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข

1. สามารถนำนโยบายไปสู่ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
3. สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสถานะแวดล้อมของสังคม

5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ
6. สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
7. สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

หน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในทศวรรษที่ 4 ของการสาธารณสุขมูลฐาน จะเน้นการพัฒนามากกว่าบริการ ดังนี้

1. ปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำตนเป็นแบบอย่าง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค โดยเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนชุมชนและชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน
2. ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยการรณรงค์ลดโลกร้อน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในชุมชน การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ชุมชน เช่น กิจกรรมเฝ้าระวังทางโภชนาการ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝากครรภ์ การเฝ้าระวังด้านส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคระบาด และโรคประจำถิ่น
3. บริหารจัดการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน ที่มีฐานมาจากแผนที่ยุทธศาสตร์ โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและแหล่งอื่นๆ
4. สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่ และประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน หรือเป็นนักสื่อสารสุขภาพอย่างมีพลัง
5. ประสานงานกับบุคคล องค์กร และเครือข่าย ทำงานเป็นทีมกับกลุ่มภาคีสุขภาพ ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการจัดกระบวนการประชุมอย่างสร้างสรรค์ โดยเป็นวิทยากรกระบวนการและอำนวยความสะดวกการประชุม รวมถึงการจัดการความรู้
6. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบลและเครือข่ายสุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผน และดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน บนพื้นฐานข้อมูลของชุมชนสอดคล้องกับหลักเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นพัฒนาและแก้ไขปัญหา ด้านสังคม เศรษฐกิจและจิตใจควบคู่กันไป
7. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายถุงยางอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า โดยสรุปแล้วบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่สำคัญคือ การสำรวจลูกน้ำยุงลาย การสำรวจผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก และรายงานข้อมูลดังกล่าวให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ รวมถึงการถ่ายทอดความรู้ตามสถานการณ์แก่ประชาชนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และเป็นแกนนำในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหมู่บ้าน

ข้อมูลพื้นฐานของตำบลท่าข้าม อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร

ที่ตั้ง

ตำบลท่าข้าม ตั้งอยู่ในอำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร อยู่ห่างจากตัวอำเภอท่าชะ ประมาณ 21 กิโลเมตร ห่างจากตัวเมือง จังหวัดชุมพร ประมาณ 25 กิโลเมตร

ขนาด มีพื้นที่ประมาณ 175 ตารางกิโลเมตร

อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดต่อกับ ตำบลท่าชะ และตำบลคูริง

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ตำบลรับร่อ และตำบลหินแก้ว

ทิศใต้ ติดต่อกับ ตำบลหาดพันไกร อำเภอเมือง จ.ชุมพร

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ตำบลรับร่อ และตำบลหินแก้ว

ภูมิประเทศ

เป็นที่ราบเชิงเขา และที่ราบลุ่มรอบแม่น้ำ มีคลองรับร่อไหลผ่าน

ภูมิอากาศ

สภาพภูมิอากาศแบบร้อนชื้นมีฝนตกตลอดทั้งปี

การปกครอง

แบ่งการปกครองเป็น 15 หมู่บ้าน จำนวน 1,957 หลังคาเรือน ภายใต้การปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

ทรัพยากรธรรมชาติ

มีคลองรับร่อไหลผ่าน ดินมีความอุดมสมบูรณ์ เพาะปลูกได้ดี

โครงสร้างพื้นฐาน

การคมนาคม มีถนนเพชรเกษม (ทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 4) ตัดผ่านบริเวณหมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 8 มีถนนลาดยางและถนนลูกรังเชื่อมต่อในเส้นทางหลักระหว่างหมู่บ้าน

การสื่อสาร มีโทรศัพท์สาธารณะในทุกหมู่บ้าน

การไฟฟ้า มีกระแสไฟฟ้าเข้าถึงทุกหมู่บ้าน

การประปา มีประปาหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน แต่ไม่ครบทุกหลังคาเรือน

เศรษฐกิจ

อาชีพ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนปาล์ม น้ำมัน ทำนา สวนยางพารา และรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม

การท่องเที่ยว

มีสถานที่ท่องเที่ยว คือ วัดเทพเจริญ (วัดถ้ำรับร่อ) และวนอุทยานเขาพัง

สถานะทางสังคม

การศึกษา

โรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 6 โรงเรียน โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 1 โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 แห่ง

ศาสนา

ประชากร 90% นับถือ ศาสนาพุทธ 10 % นับถือ ศาสนาอิสลาม

ประชากร

มีประชากรรับผิดชอบทั้งหมด 7,666 คน เพศชาย 3,841 คน เพศหญิง 3,825 คน

ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ย 52.86 คนต่อตารางกิโลเมตร

ข้อมูลสถานบริการ

สถานอนามัยทั่วไป/ขนาดใหญ่ 1 แห่ง

บุคลากรสาธารณสุข

เจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัยทั้งหมด 4 คน อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากร 1 คนต่อประชากร 1,916 คน

- 1) นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน อัตราส่วนต่อประชากร 1 ต่อประชากร 7,297 คน
- 2) พยาบาลวิชาชีพ 1 คน อัตราส่วนต่อประชากร 1 ต่อ ประชากร 7,297 คน
- 3) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน อัตราส่วนต่อประชากร 1 ต่อ ประชากร 7,297 คน
- 4) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน อัตราส่วนต่อประชากร 1 ต่อประชากร 7,297 คน
- 5) อาสาสมัครสาธารณสุข 194 คน อัตราส่วน อสม. 1 คนต่อ 10 หลังคาเรือน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ธีรศักดิ์ มุกคุ่น และคณะ (2544 : 121-128) ทำการวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง ชนิดก่อนและหลังดำเนินการโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ซึ่งพบว่าหลังการทดลอง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน

สังคม สุภรัตนกุล และคณะ (2549 : 47-62) การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำซากจังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2547 พบว่า ระดับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมของทั้งสองชุมชนอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ชุมชนที่ปลอดการระบาดมีระดับของทัศนคติต่อโรคไข้เลือดออกและความเชื่อที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าชุมชนที่มีการระบาดซ้ำซาก และบทบาทในกิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ชุมชนที่ปลอดการระบาดทำได้น้อยกว่าพื้นที่ระบาดซ้ำซาก

เฉลิม แก้วนเขตวิทย์ และคณะ (2549) ทำการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายน้ำโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในระดับสูงถึงร้อยละ 35.2 ระดับกลางร้อยละ 42.4 และระดับน้อยร้อยละ 22

เจนวิทย์ เขตรักเจริญ และคณะ (2550 : 30-40) ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของครัวเรือนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย เขตบ้านบุรี อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าระดับการมีสมาชิกกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย แต่ระดับรายได้ของครัวเรือน ระดับการมีบทบาทในชุมชน ระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครัวเรือน ระดับจิตสำนึกของครัวเรือน และระดับแรงจูงใจของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย

สาวาท สังข์แสง (2551 : 61-64) ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแม่บ้าน อำเภอนาขะผา จังหวัดพัทลุง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ คือ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการได้รับการอบรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านได้แก่ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ และการได้รับการอบรม

สมภพ แพทย์รัชย์ (2550 : 9-19) ได้ศึกษา การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านในตำบลท่าตูม อำเภอศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าแม่บ้านในตำบลท่าตูม มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี และ ปัจจัยภายในคือตัวแปรเรื่องพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมเพียงตัวแปรเดียวที่มีผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สุวรรณค์ ต่อติด (2551:75-78) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตอำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และระดับความรู้ที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ต่างกัน

สมชาย เชนลาภวัฒนกุล และวรรณวิภา สะวานนท์ (2551 : 372-378) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งลูกนก อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.8 ส่วนใหญ่มีทัศนคติบวกต่อโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 73.4 มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคในระดับปานกลางร้อยละ 39.1 และพบว่าอายุกับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาวิเคราะห์และสรุปได้ว่า บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่สำคัญคือ การสำรวจลูกน้ำ ยุงลาย การสำรวจผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก และรายงานข้อมูลดังกล่าวให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ รวมถึงการถ่ายทอดความรู้ตามสถานการณ์แก่ประชาชนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และเป็นแกนนำในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหมู่บ้าน

ในส่วนของผู้พื้นที่ที่ไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะเห็นได้ว่าประชาชนมีความรู้ การปฏิบัติ และบทบาทที่ดีกว่าพื้นที่ที่มีผู้ป่วย เพราะมีการป้องกันการเกิดของพาหะนำโรค เช่น ลูกน้ำ ยุงลาย ส่วนในด้านปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องระดับรายได้จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรค และพบว่าระดับความรู้ และระดับรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำ ยุงลาย และ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และระดับความรู้ที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ต่างกัน