

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. หลักการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม
4. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้บทบาท
5. ข้อมูลพื้นฐานอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2520 เป็นต้นมาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับ จนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมือง กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนมาเป็นเวลานาน ดังจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในอันที่จะทำให้ประชาชนทุกคน ทุกครอบครัว และทุกชุมชนมีสุขภาพดี (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

โดยใช้กลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 ซึ่งการดำเนินงานตามกลยุทธ์ดังกล่าว จะให้ความสำคัญกับการพัฒนา “คน” เป็นหลักโดยถือว่า “คน” เป็นทั้ง “เป้าหมาย” และ “อุปกรณ์” ในการพัฒนาที่สำคัญที่สุด และในการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขนั้น นอกจากจะให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ยังเห็นถึงความสำคัญของกำลังคนที่เป็นประชาชนทั่วไปในชุมชนว่าเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการที่จะทำ

ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จึงได้มีการพัฒนา “อาสาสมัครสาธารณสุข” ขึ้นมาและปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาและสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง มาโดยตลอด โดยมีลำดับการพัฒนาดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2543)

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4-6 (พ.ศ.2520-2534) กระทรวงสาธารณสุขได้คัดเลือกและอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านต่าง ๆ ทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองจำนวน 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) กับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้มีความรู้ด้านสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ (สาธารณสุข) ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งมีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเองสำหรับอาสาสมัคร ใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจำนวนกว่า 50 เรื่อง ทั้งนี้โดยกำหนดให้ ผสส. 1 คน รับผิดชอบดูแล 8-15 หลังคาเรือน และให้มี อสม. 1 คน ต่อหมู่บ้านในการคัดเลือก อสม. นั้นจะคัดเลือกมาจาก ผสส. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 วัน มาจำนวน 1 คน โดยทางกลุ่ม ผสส. จะเป็นผู้ดำเนินการคัดเลือกกันเอง แล้วจะต้องเข้ารับการอบรมอีกเป็นระยะเวลา 15 วันจึงจะได้ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม.

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2540) เป็นช่วงที่สังคมไทยได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจึงมีการปรับเปลี่ยนโดยการยกระดับให้มีอาสาสมัครประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการส่งเสริมให้ทุกหมู่บ้าน ชุมชน จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อให้เป็นจุดศูนย์รวมของการพบปะหารือ และจัดบริการต่าง ๆ ให้แก่ประชาชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ อสม. มีบทบาทที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นด้วย นอกจากนั้นยังส่งเสริมให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขรวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมเพื่อเป็นองค์กรในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540) เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นแผนที่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้น รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ ด้วยการขยายบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอื่น ๆ ของชุมชนมากขึ้น โดยนอกจากจะทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขแล้ว ยังร่วมมือประสานงานกับผู้นำอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนพัฒนาเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถพัฒนาตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งหมายถึงบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ยดังนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550 : 139-144)

พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุข

เขตชุมชนแออัด 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง (อสม.) 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

ดังนั้นในหมู่บ้านหนึ่งๆจะมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ 10-20 คนต่อหมู่บ้าน

คุณสมบัติของ อสม.

1. เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน
2. มีความรู้ขั้นต้นสามารถอ่านออกเขียนได้
3. เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
4. เป็นบุคคลที่สนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข
5. เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดีได้รับความไว้วางใจ

และยกย่องจากประชาชน

วิธีการคัดเลือก

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลที่เป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. สังคมมติ

2. การลงคะแนนและลงลายมือชื่อรับรองและยินยอมจากชาวบ้านในละแวกบ้านที่แสดงเจตจำนงให้บุคคลเป็นผู้ดูแลสุขภาพ โดยเป็น อสม.

3. กลุ่มผู้นำชุมชนเป็นคณะกรรมการสรรหา

3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุม อสม. กรรมการหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงเรื่องการคัดเลือก คุณสมบัติ วาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของ อสม. แล้วร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม.และ ศสมช. โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา

3.2 แบ่งละแวกบ้าน หรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงให้ทุกบ้านได้รับทราบ

3.3 เปิดโอกาสให้ประชาชน ผู้มีคุณสมบัติตามกำหนด สมัครเข้ารับการอบรมเป็น อสม.

3.4 ให้ประชาชนในหมู่บ้าน หลังคาเรือนละ 1 คน เป็นตัวแทนครอบครัวในการเสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็น อสม. ได้ 1 คน

3.5 คณะกรรมการสรรหา ซึ่งประกอบด้วย อสม. กรรมการหมู่บ้าน/ชุมชนและผู้นำอื่น ๆ ดำเนินการคัดเลือก และลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้านหรือ คุ้มบ้าน

อนึ่งการคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้หากชุมชน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม และมีขั้นตอนที่โปร่งใส

วาระและการพัฒนาการเป็น อสม.

วาระ

กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อับตราประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเองเพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ควรใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

การพัฒนาการ

1. พัฒนาตามวาระ

2. คาย

3. ลาออก

4. ไม่ได้อยู่อาศัยในหมู่บ้านเป็นเวลาติดต่อกันเกินกว่า 6 เดือน

5. ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้านหรือ

คณะกรรมการหมู่บ้าน มีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้านหรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่



บทบาทและหน้าที่ของ อสม.

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พหุกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2553)

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัคหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จัดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมั่นเวียนกันปฏิบัติงาน ที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรม สาธารณสุขมูลฐาน

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้าน

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่ 17 ต.ค. 2555
เลขทะเบียน.....
เลขเรียกหนังสือ..... 250111

สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8. คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2552)

1. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
3. สามารถสร้างและบริหารจัดการเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม
5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ
6. สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
7. สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน
8. ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
9. เสริมสร้างสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนโดยแผนสุขภาพตำบล ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
10. เป็นทูตไอโอดีน การให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ตรวจสอบไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา ขอสปริงรส และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอดีน

ภารกิจหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกของชุมชน
(กรมควบคุมโรค, 2552ก : 24-26)

1. ป้องกันยุงกัด

แนะนำประชาชนถึงวิธีการป้องกันยุง เช่นการใช้ยาจุดกันยุง การใช้ยาทากันยุง การฉีดพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายในเวลาที่เหมาะสม

2. กำจัดลูกน้ำ

2.1 ดูแลและกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านตนเอง

2.2 กระตุ้นเตือนเพื่อนบ้านและชุมชนให้กำจัดลูกน้ำอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์

2.3 ตรวจสอบ/สุ่มสำรวจลูกน้ำในชุมชน

2.4 แนะนำประชาชนให้รู้จักวิธีการที่ถูกต้องในการกำจัด/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านและโดยวิธีทางกายภาพ

2.5 (ปิด เปลี่ยน ปลอ่ย ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม) แนะนำการใช้ปลากินลูกน้ำและทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายที่ถูกต้อง

3. ตามดูผู้ป่วย

3.1 ติดตามเฝ้าระวังและรายงานผู้ป่วยที่มีอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ เพื่อเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วถูกต้อง

3.2 แนะนำการปฏิบัติตนให้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ โดยให้นอนในมุ้งป้องกันยุงกัด เพื่อลดโอกาสการแพร่ในชุมชน

4. ช่วยลดไข้เลือดออก

4.1 กระตุ้นเตือนประชาชนให้ความร่วมมือในการควบคุมโรค ทั้งในกรณีปกติและในกรณีเกิดการระบาดในชุมชน

4.2 ร่วมมือดำเนินการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนที่เกิดการระบาดของโรค

4.3 แจ้งข่าวสารการเกิดโรคในชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกันโรคแก่ครัวเรือน

นอกจากนั้น อสม. ควรเป็นผู้นำการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนตามกระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน โดยการกระตุ้นให้มีการประชุมวางแผนและร่วมดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างกลุ่มอาสาสมัคร กรรมการหมู่บ้านและกลุ่มผู้นำอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานการดำเนินงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

จากการทบทวนความเป็นมา บทบาทและหน้าที่ของ อสม. สามารถสรุปได้ว่า อสม. เกิดขึ้นจากการนำเอาแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 และมีการพัฒนาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน บทบาทหน้าที่ของ อสม. สามารถสรุปได้ดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวและประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชน
2. เป็นผู้แนะนำและถ่ายทอดความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับประชาชน
3. เป็นผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยหมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช.

ประจำหมู่บ้าน

4. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน เช่น การเฝ้าระวังทางโภชนาการ การเฝ้าระวังและป้องกันโรคประจำถิ่น เช่น โรคไข้เลือดออก การติดตามการได้รับวัคซีน ฯลฯ
5. จัดทำแผนแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขในหมู่บ้าน และเป็นแกนนำทางด้านสุขภาพชักชวนประชาชนเข้าร่วมการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในหมู่บ้าน
6. มีบทบาทหน้าที่ตาม 14 กิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

หลักการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น เป็นการกล่าวถึงประเด็นสำคัญด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ เชื้อก่อโรค สาเหตุและการติดต่อ การติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค และการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก ตลอดจนขุณยลาพาหะนำโรคไข้เลือดออก และการป้องกันและควบคุมขุณยลาพาหะนำโรคต่อไป

เชื้อก่อโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นตัวนำโรค มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) มี 4 สายพันธุ์ ได้แก่ ชนิดที่ 1, 2, 3 และ 4 (4 Serotypes : DEN1, DEN2, DEN3 and DEN4) ซึ่งมีแอนติเจนของกลุ่มบางชนิดร่วมกันทำให้เมื่อมีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชนิดนั้นอย่างถาวรตลอดชีวิตแต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีอีก 3 ชนิดในช่วงระยะสั้น ๆ (Partial immunity) ประมาณ 6-12 เดือนหรือสั้นกว่านี้ หลังจากนั้นแล้วจะมีการติดเชื้อชนิดอื่นที่ต่างจากครั้งแรกได้ เรียกว่า เป็นการติดเชื้อซ้ำ (Secondary dengue infection) การติดเชื้อซ้ำนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง สาเหตุที่ทำให้โรคไข้เลือดออกมีลักษณะเฉพาะและมีอาการรุนแรงได้เพราะมีการรั่วของพลาสมา (Plasma) ที่ทำให้เกิดภาวะช็อค ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเชื้อที่แยกได้จากผู้ป่วยทั้ง 4 ชนิด โดยชนิดที่ 2 พบได้ตลอดเวลา ส่วนชนิดที่ 1, 2 และ 4 อาจหายเป็นช่วง ๆ สัดส่วนของเชื้อไวรัสเดงกีแต่ละชนิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละปี จากการศึกษาทางด้านไวรัสและระบาดวิทยา สรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกเดงกี คือ มีไวรัสมากกว่า 1 ชนิด หรือมีการระบาดของต่างชนิดเป็นระยะ ๆ ซึ่งในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นทำให้มีการติดเชื้อซ้ำได้บ่อย และการติดเชื้อซ้ำด้วยเชื้อชนิดที่ 2 มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะทำให้กลายเป็นโรคไข้เลือดออก (Dengue Haemorrhagic Fever หรือ DHF) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อครั้งที่ 2 ภายหลังการติดเชื้อครั้งแรกด้วย เชื้อชนิดที่ 1 ในระยะแรกของการระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย นอกจากเชื้อไวรัสเดงกีแล้วยังแยกเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (Chikungunya) จากผู้ป่วย ทำให้เข้าใจว่าเชื้อไวรัสชนิดนี้สามารถทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกได้ด้วยจึงมีชื่อว่า Chikungunya Haemorrhagic Fever ต่อมาจากการศึกษาอาการทางคลินิกอย่างละเอียด สามารถบอกได้ว่าเชื้อชิคุนกุนยาไม่ใช่สาเหตุของโรคไข้เลือดออก อย่างไรก็ดีเชื้อไวรัสทั้ง 2 ชนิดนี้ ซึ่งมีพาหะนำโดยยุงลาย (*Aedes aegypti*) เช่นเดียวกัน ในที่นี้จึงเรียกชื่อว่า โรคไข้เลือดออก (ศิริแพทย์ กัลยาณรุจ และคณะ, 2547 : 42)

สาเหตุและการติดต่อ

โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูงเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง อยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะเพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่จะถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8-12 วัน เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนอื่นอีกก็จะปล่อยเชื้อไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่าน ระยะฟักตัวนานประมาณ 5-8 วัน สั้นที่สุด 3 วัน และนานที่สุด 15 วัน ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้ (กรมควบคุมโรค, 2545)

การติดเชื้อ

ในประเทศที่มีโรคไข้เลือดออก (Dengue Haemorrhagic Fever หรือ DHF) มักจะมีโรคไข้เดงกี (Dengue Fever หรือ DF) อยู่ด้วยแต่สัดส่วนของไข้เลือดออกและไข้เดงกี จะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ ภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และชนิดของไวรัสเดงกีในขณะนั้น จึงทำให้การแยกโรกระหว่างไข้เลือดออกและไข้เดงกี ยังคงเป็นปัญหาลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อไวรัสเดงกีที่แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบตามความรุนแรงของโรคมีดังนี้ (World Health Organization, 1997)

1. Undifferentiated Fever (UF) หรือ Viral Syndrome มักพบในทารกหรือในเด็กเล็ก ซึ่งจะปรากฏเพียงอาการไข้ และบางครั้งมีผื่นแบบ Muculopapular Rash
2. ไข้เดงกี (Dengue Fever - DF) และ DF with unusual bleeding มักเกิดกับเด็กโต หรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง คือ มีอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ หรือ อาจเกิดอาการแบบ Classical DF คือ มีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตาปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง มีผลทดสอบทูนิคต์เป็นบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางรายอาจมีเกล็ดเลือดต่ำได้ ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน
3. ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever - DHF) แบ่งย่อยได้เป็น DHF grade I และ DHF grade II (DHF grade II แยกจาก DHF grade I ตรงที่ DHF grade II มี Spontaneous bleeding)
4. ไข้เลือดออกที่ช็อก (Dengue shock syndrome - DSS) แบ่งย่อยได้เป็น DHF grade III และ DHF grade IV (DHF grade IV แยกจาก DHF grade III ตรงที่ DHF grade IV วัดความดัน และ/หรือชีพจรไม่ได้)

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค

ทางด้านระบาดวิทยาต้องพิจารณาผู้ป่วย (Host) ไวรัส และพาหะนำโรค (Vector) ร่วมกันดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย (Host)

- 1.1 เด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค DHF มากกว่าผู้ใหญ่ ในกรณีที่มีการติดเชื้อซ้ำเหมือนกันแต่เด็กจะมีความเสี่ยงสูงกว่า
- 1.2 ภาวะโภชนาการ ผู้ป่วย DHF ส่วนใหญ่มีภาวะที่ด้อยและดีกว่าเด็กที่ติดเชื้ออื่น ๆ
- 1.3 เชื้อชาติและพันธุกรรม พบว่านิโกรเป็นโรค DHF และ DSS น้อยกว่าชนผิวขาว ในประเทศไทยนั้นพบว่า Class I LLA-A2 Haplotype มีความสัมพันธ์กับการเกิด DHF ซึ่งต้องศึกษาต่อไปในวงกว้างกว่านี้
- 1.4 เพศ พบว่า ในรายที่เป็น DSS และรายที่ตาย จะพบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านไวรัสและภูมิคุ้มกัน

2.1 พื้นที่ที่มีไวรัสเดงกี่หลาย ๆ Serotype และมีภาวะ Hyperendemicity หรือมีเชื้อไวรัสหลาย Serotype เป็นเชื้อประจำถิ่นในช่วงเวลาเดียวกัน (Simultaneously endemic of multiple serotype) ทำให้มีโอกาสดูดเชื้อซ้ำสูง

2.2 มีการระบาดของไวรัสเดงกี่ต่อเนื่องกัน (Sequentially epidemic) พบว่า การติดเชื้อซ้ำด้วย ชนิดที่ 2 และชนิดที่ 3 มีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเกิด DHF

2.3 การติดเชื้อทุติยภูมิ (Secondary infection) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด DHF มากกว่า การติดเชื้อครั้งแรกประมาณ 160 เท่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วย DHF ที่เป็นการติดเชื้อครั้งแรกเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ทุกรายมีแอนติบอดีต่อเชื้อเดงกี่จากแม่

2.4 ความรุนแรงในการก่อโรค (Virulence) ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการตรวจหาความรุนแรงในการก่อโรคของเชื้อไวรัสเดงกี่ได้โดยตรง แต่จากความก้าวหน้าด้านไวรัสวิทยาโมเลกุล (Molecular virology) ที่ได้ศึกษา เชื้อเดงกี่ชนิดที่ 2 ที่แยกได้จากผู้ป่วยในที่ต่าง ๆ พบว่า DEN-2 Subtype จากเอเชียอาคเนย์เป็นไวรัสที่มีความรุนแรงในการก่อโรค หรือมีความสามารถทำให้เกิด DHF หรือ DSS ได้สูง

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรค (Vector)

ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ถ้ายุงลายเหล่านี้มีปริมาณเพียงพอถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากก็จะทำให้ระบาดได้ สำหรับยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ก็สามารถแพร่เชื้อได้แต่ไม่ดีเท่ายุงลายบ้าน ยุงลายสวนเพาะพันธุ์ตามแหล่งน้ำขังตามโพรงต้นไม้ ส่วนยุงลายบ้านเพาะพันธุ์ในภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น ถ้าอุณหภูมิและความชื้นเหมาะสม โดยเฉพาะในฤดูฝนยุงลายเพียง 2-3 ตัว อาจแพร่เชื้อให้สมาชิกทั้งครอบครัวได้ ปัจจัยส่งเสริมให้มีผู้ป่วยมากขึ้นในฤดูฝนอีกประการหนึ่ง คือ ในช่วงที่ฝนตกทั้งเด็กและยุงจะอยู่ในบ้านหรือในอาคาร เด็กจึงมีความเสี่ยงที่จะถูกยุงกัดมากขึ้นในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการระดับความชุกของยุงที่จะทำให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ แต่ความชุกของยุงลายในประเทศไทย พบว่า ไม่ว่าจะใช้ตัวชี้วัดใดมาใช้ก็จะสูงมากกว่าประเทศอื่น ๆ ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้จะต้องมีส่วนร่วมกันในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกขึ้น และการเพิ่มของประชากรโดยเฉพาะในชุมชนเมือง จะทำให้การกระจายของโรคไปได้ในระบะที่ไกลขึ้น เพราะโดยปกติยุงลายจะบินได้เพียง 50-100 เมตรเท่านั้นการกระจายจึงไปก้นคนในช่วงที่มี Viremia ก่อนเริ่มมีอาการของโรค ความเจริญก้าวหน้าทางคมนาคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการแพร่กระจายของโรคไปอย่างกว้างขวาง (สุวิข ธรรมเปาโล, 2550 : 1-4)

อาการและอาการแสดง

อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกจะแสดงหลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรคซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี่

ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและเสียชีวิตได้ โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญและเป็นรูปแบบที่ค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลัง ดังนี้ (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2540 : 53-58)

1. อาการไข้ ผู้ป่วยทุกรายจะมีอาการไข้สูงเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ส่วนใหญ่สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (Flushed Face) และตรวจดูคอ ก็อาจพบมี Injected Pharynx ได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคหัดในระยะแรก และโรคระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตาในระยะไข้ขึ้น อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดทั่วๆ ไป และอาจปวดที่ชายโครงด้านขวา ในระยะที่มีตับโต ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน บางรายอาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และอาจมีไข้แบบ Biphasic ได้ อาจพบมีผื่นขึ้นแบบที่มีลักษณะคล้ายผื่นหัดเยอรมันได้

2. อาการเลือดออก พบบ่อยที่สุด คือ ผิวน้ำ โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะ แดงง่าย โดยการทำ Tourniquet Test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็ก ๆ กระจายตามแขน ขา และลำตัว อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งมักจะเป็นสีดำ (Melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกในรายที่มีภาวะช็อกอยู่นาน

3. ตับโต ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

4. ภาวะช็อก ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องท้องและช่องปอดมาก เกิด Hypovolemic Shock ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง โดยมี Pulse Pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท (ปกติ 30-40 มิลลิเมตรปรอท) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกตัวรู้เรื่อง อาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกะทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะทางศัลยกรรม ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงรอบปากเขียว ผิวน้ำม่วงตัวเย็นซึบ จับชีพจรและวัดความดันไม่ได้ (Profound Shock) ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป และอาจเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีภาวะช็อก หากได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและถูกต้อง ส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว (สุจิตรา นิมนานนิตย์, 2537 : 13) ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดลง

ผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือดเนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปแต่ไม่มากจนทำให้เกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงสั้น ๆ ก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคใช้เลือดออกใช้หลักการทางคลินิก 4 ประการร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ คือ (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2545 : 14-15)

1. อาการแสดงทางคลินิก

1.1 ไข้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและสูงลอยประมาณ 2-7 วัน

1.2 มีอาการเลือดออก อย่างน้อยมีการทดสอบทูนิเกตให้เป็นผลบวกร่วมกับอาการเลือดออกอื่น ๆ

1.3 ตับโต

1.4 ภาวะช็อก

2. การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ

2.1 เม็ดเลือดขาว มักจะต่ำกว่าปกติ (น้อยกว่า 4,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) แต่ในวันแรกอาจปกติ หรือสูงเล็กน้อย โดยที่มี PMN ร้อยละ 70-80 เมื่อใกล้ไข้จะลดลงระดับเม็ดเลือดขาวและ PMN จะลดลงพร้อม ๆ กับมี Lymphocyte สูงขึ้น (มี Atypical Lymph ร้อยละ 15-35) บางครั้งอาจต่ำมาก 1,000-2,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งการตรวจเม็ดเลือดขาวช่วยในการแยกโรคติดเชื้อแบคทีเรียได้ และช่วยบอกช่วงเวลาที่ใช้จะลดลงได้

2.2 เกล็ดเลือด จะลดลงอย่างรวดเร็วก่อนไข้ลดและก่อนระยะช็อก ส่วนใหญ่เกล็ดเลือดจะลดลงต่ำกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และต่ำกว่าอยู่ประมาณ 3-5 วัน ในระยะที่มีเกล็ดเลือดต่ำจะมี Impaired Function ด้วย

2.3 ระดับความเข้มข้นของเลือด จะเพิ่มขึ้น (Hemoconcentration) ซึ่งเป็นผลจากการเสีย พลาสมา ระดับ HCT ที่สูงขึ้นกว่าปกติ เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ถือเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการรั่วของพลาสมา ส่วนใหญ่ HCT จะเพิ่มขึ้นพร้อมกับเกล็ดเลือดลดลง หรือภายหลังเกล็ดเลือดลดลง การเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้จะเกิดขึ้นก่อนไข้ลดและก่อนภาวะช็อก จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค

2.4 การตรวจ Chest X-Ray จะพบน้ำในเยื่อหุ้มปอดได้เสมอ ส่วนใหญ่จะพบทางด้านขวา ในรายที่รุนแรงมีภาวะช็อกอาจพบได้ทั้งสองข้างส่วนในการเกิดภาวะช็อกเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2545 : 15)

3. มีการรั่วของพลาสมา ซึ่งนำไปสู่ภาวะ Hypovolemic Shock ซึ่งมีข้อบ่งชี้ดังนี้

3.1 ระดับ Hemotocrit อาจมีการเพิ่มขึ้นทันทีก่อนเกิดภาวะช็อก และยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาและระยะช็อก

3.2 มีน้ำในช่องปอดและช่องท้อง การวัด Pleural Effusion Index พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค

3.3 ระดับโปรตีนและระดับอัลบูมินในเลือดลดต่ำลงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา

3.4 Central Venous Pressure ต่ำ

3.5 มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการใช้สารน้ำเกลือแร่และสาร Colloid ชดเชย

4. ระดับ Peripheral resistance เพิ่มขึ้น สามารถเห็นได้จากระดับ Pulse Pressure แคบ โดยมีระดับ Diastolic Pressure สูงขึ้นในระยะที่มีการช็อกการวัดระดับความรุนแรงของโรคไขเลือดออก (DHF) นั้นแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (Grade) คือ (ศิริเพ็ญ ภัตยาณรุจ, 2541 : 21)

4.1 ระดับที่ 1 (Grade 1) ในรายที่ไม่มีอาการช็อก

4.2 ระดับที่ 2 (Grade 2) ในรายที่ไม่มีอาการช็อกเช่นกัน แต่ต่างจากระดับที่ 1 ตรงที่ระดับที่ 2 มี Spontaneous Hemorrhage

4.3 ระดับที่ 3 (Grade 3) ในรายที่มีภาวะช็อก

4.4 ระดับที่ 4 (Grade 4) ในรายที่มีภาวะช็อก และมี Profound Shock วัดความดันเลือดและชีพจรไม่ได้

ในประเด็นของการวินิจฉัยทางไวรัสและทางน้ำเหลืองนั้น ใช้ตรวจวัดในระยะที่มีไข้สูงเนื่องจากมีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด จึงสามารถแยกเชื้อไวรัสได้จากเลือดได้ หลังจากไข้ลดลงแล้วไวรัสก็จะหมดไปจากกระแสเลือด และเป็นการตรวจดูระดับการเปลี่ยนแปลงของ IgM และ IgG Antibody ต่อเชื้อเดงกี ซึ่งใช้วินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อครั้งแรกหรือเป็นการติดเชื้อซ้ำ ปัจจุบันนิยมใช้วิธี ELISA โดยการติดเชื้อครั้งแรกจะพบวาระดับ IgM ต่อ IgG จะมากกว่า 1.8 และ วิธี HAI จะต้องเจาะเลือด 2 ครั้งห่างกัน 1-4 สัปดาห์ และนี่ยังมีวิธีที่เรียกว่า PCR และ Rapid Diagnosis เพื่อดูระดับของ IgM และ IgG นั่นคือ การวินิจฉัยทางไวรัสและทางน้ำเหลืองจะช่วยยืนยันว่ามีการติดเชื้อเดงกีแต่การวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง DHF และ DF นั้นจะต้องใช้อาการทางคลินิกเป็นหลักร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและการรั่วของพลาสมา

การดูแลรักษา

ปัจจุบันยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไขเลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะต้องมีการ Nursing Care

ที่ติดลดระยะเวลาวิกฤตประมาณ 24-48 ชั่วโมง ที่มีการรั่วของพลาสมา โดยการดูแลรักษาผู้ป่วยมีหลักปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ศิริเพ็ญ กัลยาณรฐ, 2541 : 62-79)

1. ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีอาการชักหากไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชักหรืออายุน้อยกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรใช้พาราเซตามอล ห้ามใช้ยาจำพวกแอสไพริน เพราะจะทำให้เกิดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้นและอาจทำให้เกิด Reye Syndrome ควรใช้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น เพื่อให้ไข้ลดลงน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส การใช้ยาลดไข้มากเกินไปอาจเป็นพิษต่อตับได้ ควรใช้การเช็ดตัวลดไข้ร่วมด้วย
2. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำชดเชย เพราะการมีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ดื่มน้ำผลไม้และสารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มครั้งละน้อยๆ และดื่มบ่อยๆ
3. จะต้องติดตามดูแลอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วย ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาการเป็นไข้ ถ้ามีไข้ถึง 7 วัน ก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้ ควรแนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำของช็อกซึ่งอาจมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือถ่ายปัสสาวะน้อยลงปวดท้อง กระตือรือร้น กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ควรแนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้
4. เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ แพทย์จะตรวจเลือดดูปริมาณเกล็ดเลือด และฮีมาโตคริต อาจนัดมาตรวจดูการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ เพราะถ้าเกล็ดเลือดเริ่มลดลงและฮีมาโตคริต เริ่มสูงขึ้น เป็นเครื่องบ่งชี้ว่าน้ำเลือดรั่วออกจากเส้นเลือด และอาจช็อกได้จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย
5. โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะในรายที่ยังมีไข้สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยให้ยาไปรับประทาน และแนะนำให้ผู้ปกครองคอยเฝ้าสังเกตอาการหรือแพทย์นัดให้มาตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ถ้าผู้ป่วยแสดงอาการช็อกให้รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลและถือเป็นเรื่องรีบด่วนในการรักษาในรายที่มีไข้ลด มีระดับฮีมาโตคริตมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 แต่ไม่มีภาวะช็อกอาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้ 5% D ½ NSS หรือ 5% D Ringer Acetate ประมาณเท่ากับ Maintenance บวกด้วย 5% Deficit โดยจัดปริมาณและความเร็วตามการรั่วของพลาสมา ซึ่งดูจาก HCT, Viral Signs และ Urine Output และจะต้องมีการปรับลดปริมาณและความเร็วตาม HCT ตลอดเวลา 24-48 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป ในรายที่ระดับ HCT ยังสูงอยู่หลัง 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยที่มีเลือดออก แม้ไม่มากควรรับเป็นผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก หรือเลือดออก แพทย์จะต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขสภาวะดังกล่าวด้วยสารน้ำ พลาสมา หรือ

สาร Colloid เพื่อช่วยชีวิตและป้องกันโรคแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การให้การรักษาดังกล่าวต้องถือเป็น Medical Emergency และให้การรักษาดังต่อไปนี้ (สุจิตรา นิมนานันต์, 2545 : 19)

5.1 ให้สารน้ำ Isotonic 5% D/R Acetate 10-20 ซีซีต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง หรือให้เป็น Bolus ในรายที่เป็น Profound Shock ทันทีเมื่อพบผู้ป่วย

5.2 เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนจากการ Resuscitate แม้จะเป็นเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ควรลดอัตราการและปรับอัตราของ IV Fluid ตามอัตราการรั่วของพลาสมา หลักการที่สำคัญ คือให้ IV Fluid ในปริมาณที่พอดีสำหรับการรักษาระดับการไหลเวียนในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาเท่านั้น

5.3 แก้ไขภาวะ Metabolic และ Electrolyte Disturbance ที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะ Acidosis

5.4 ถ้าผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นต้องนึกถึงภาวะเลือดออกซึ่งอาจเป็น Concealed Bleeding ผู้ป่วยที่ยังมีภาวะช็อกอยู่ (Refractory Shock) ภายหลังให้ Crystalloid และ Colloidal และ HCT ลดลงแล้ว ต้องนึกถึงภาวะเลือดออก และต้องให้เลือดซึ่งควรจะเป็น Fresh Whole Blood สาเหตุการตายที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมี Profound Shock มี Internal Bleeding ซึ่งถ้าไม่ได้รับเลือดทดแทนจะมี Prolonged Shock การให้ Fluid มากเกินไปโดยไม่ให้เลือดทดแทนจะทำให้มี Fluid Overload ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญได้เช่นกัน ในรายที่มีภาวะตับวายให้รักษาแบบเดียวกับผู้ป่วยตับวายจากโรคตับอักเสบ ถึงแม้จะพบภาวะตับวายได้น้อยแต่เมื่อพบจะมีอัตราการตายสูงมาก

ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก

ยุงลายเป็นแมลงจำพวกหนึ่ง ในประเทศไทยมียุงลายมากกว่า 100 ชนิด แต่ที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกมีอยู่ 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะหลัก และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะรอง

วงจรชีวิตของยุงลาย ประกอบด้วยระยะต่าง ๆ 4 ระยะ ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้ (สิวิกา แสงธาราทิพย์, 2545 : 30 -31)

1. ระยะไข่ ไข่ยุงลายมีลักษณะรีคล้ายกระสวย เมื่อวางออกมาใหม่ ๆ จะมีสีขาวนวล ต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล และดำสนิทภายใน 24 ชั่วโมง
2. ระยะลูกน้ำ ไม่มีขา ส่วนอกมีขนาดใหญ่กว่าส่วนหัว ส่วนท้องยาวเรียวประกอบด้วยปล้อง 10 ปล้อง มีท่อหายใจบนปล้องที่ 8 ใช้ในการหายใจ ท่อหายใจของยุงลายสั้นกว่าท่อหายใจของยุงรำคาญ และมีกลุ่มขน 1 กลุ่ม อยู่บนท่อหายใจนั้น
3. ระยะตัวโม่ง ไม่มีขา รูปร่างคล้ายเครื่องหมายจุลภาค มีอวัยวะใช้ในการหายใจ 1 คู่ อยู่บนส่วน Cephalothorax (ส่วนหัวรวมกับส่วนอก)
4. ระยะตัวเต็มวัย

4.1 ร่างกายอ่อนนุ่ม เปราะบาง แบ่งเป็น 3 ส่วน แยกออกจากกันเห็นได้ชัดเจน คือ ส่วนหัว ส่วนอก และส่วนท้อง ลำตัวยาวประมาณ 4-6 มิลลิเมตร มีเกล็ดสีดำสลับขาวตามลำตัวรวมทั้ง ส่วนหัวและส่วนอกด้วย

4.2 มีขา 3 คู่ (6 ขา) อยู่ในส่วนอก ขามีสีดำสลับขาวเป็นปล้อง ๆ ที่ขาหลังบริเวณ ปลายปล้องสุดท้ายมีสีขาวตลอด

4.3 มีปีกที่เห็นได้ชัดเจน 1 คู่ อยู่บริเวณส่วนอก ลักษณะของปีกบางใส มีเกล็ดเล็ก ๆ บนเส้นปีก ลักษณะของเกล็ดแคบและยาว บนขอบหลังของปีกมีเกล็ดเล็ก ๆ เป็นชายครุยนอกจากนี้ ยังมีอวัยวะที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัวเรียกว่า Halter 1 คู่ อยู่ใกล้กับปีก

4.4 มีปากยาวมาก ลักษณะปากเป็นแบบแทงดูด

4.5 เส้นหมวด ประกอบด้วยปล้องสั้น ๆ 14-15 ปล้อง ที่รอยต่อระหว่างปล้องมีขน ขึ้นอยู่โดยรอบ ในยุงตัวผู้เส้นขนเหล่านี้จะยาวมาก เพื่อใช้รับคลื่นเสียงที่เกิดจากการขยับปีกของยุงตัวเมียซึ่งมองคล้ายพู่ขนนก ส่วนใหญ่ในยุงตัวเมียเส้นขนที่รอยต่อระหว่างปล้องจะสั้นกว่า และมีจำนวนน้อยกว่า เรียกว่า หมวดแบบเส้นด้าย ลักษณะของหมวดยุงจึงใช้ในการจำแนกเพศของยุงได้ง่าย การจำแนกยุงลายบ้าน และยุงลายสวนมีรูปร่างลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้ (สิวิกา แสงธราทิพย์, 2545 : 31)

ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*)

1. ตัวเต็มวัย บริเวณระยะขาปากปกคลุมด้วยเกล็ดเลือดสีขาว ที่ส่วนอกบริเวณกึ่งกลางหลังจะมีขนแข็ง และมีเกล็ดสีขาวเรียงตัวกันเห็นเป็นลวดลายคล้ายพินฝรั่ง
2. ลูกน้ำ บริเวณปล้องที่ 8 จะมีเกล็ดอยู่หนึ่งแถวประมาณ 8-12 อัน บริเวณขอบตรงส่วนปลายของเกล็ดจะแยกเป็นแฉก และบริเวณอกมีหนามแหลม

ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*)

1. ตัวเต็มวัย มีเกล็ดสีดำที่ระยะขาปากด้านหลังของส่วนอกมีแถบสีขาวอยู่ตรงกลาง
2. ลูกน้ำ บริเวณปล้องที่ 8 มีเกล็ดอยู่หนึ่งแถวประมาณ 8-12 อัน ส่วนปลายของเกล็ดที่บริเวณขอบไม่แยกเป็นแฉก ส่วนอกไม่มีหนามแหลม

ชีวนิสของยุงลาย (สิวิกา แสงธราทิพย์, 2545 : 31-32)

ยุงลายมักวางไข่ตามผิวภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย โดยวางไข่ฟองเดี่ยว ๆ อยู่รวมกันเป็นกลุ่มตัวเมียวางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง วางไข่น้อยเป็นจังหวะใน 24 ชั่วโมง โดยอาศัยจังหวะที่แสงแดดน้อยลงในเวลาเย็นพบมากที่สุดก่อนพระอาทิตย์ตกดิน โดยปัจจัยที่ควบคุมให้เกิดกิจกรรมนี้ คือ การเริ่มมีตัวอ่อนที่อยู่ภายในไข่จะเจริญเติบโตพร้อมที่จะฟักตัวออกเป็นลูกน้ำภายใน 2 วัน แต่หากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ไข่ที่มีตัวอ่อนภายในเจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะทนต่อความแห้งแล้งในสภาพนั้นได้นานหลายเดือน เมื่อไข่ได้รับความชื้น หรือมีน้ำท่วมไข่ ก็จะฟักออกได้ในเวลาอันรวดเร็ว

ตั้งแต่ 20-60 นาที แต่อัตราการรอดจะลดลงตามระยะเวลาที่นานขึ้นตัวอ่อนของยุงลายเรียกว่าลูกน้ำระยะนี้กินเวลานานประมาณ 6-8 วัน ขึ้นกับอุณหภูมิอาหารและความหนาแน่นของลูกน้ำในภาชนะนั้น ๆ ลูกน้ำลอกคราบ 4 ครั้ง จากระยะที่ 1 เข้าสู่ระยะที่ 2, 3 และ 4 ลูกน้ำยุงลายจะใช้ท่อหายใจทำมุมกับผิวน้ำโดยลำตัวตั้งเกือบตรงกับผิวน้ำเคลื่อนไหวอย่างว่องไว ว่ายนํ้าคล้ายงูเลื้อย ไม่ชอบแสงสว่าง กินอินทรียสาร และอาหารอื่น ๆ ที่มีอยู่ในภาชนะนั้น ๆ เช่น ตะไคร่นํ้า เศษอาหารที่หล่นลงไป แบคทีเรีย และพวกสัตว์เซลล์เดียวลูกน้ำระยะที่ 4 ลอกคราบครั้งสุดท้ายก็จะกลายเป็นตัวกลางวัยหรือดักแด้หรือที่เรียกว่าตัวโม่ เคลื่อนไหวช้าลงหรือไม่เคลื่อนไหวเลยและเป็นระยะที่ไม่กินอาหาร แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงแต่ละท้องที่สั้นยาวไม่เท่ากัน

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณอาหาร อุณหภูมิ ความชื้น และความสั้นยาวของกลางวันและกลางคืน ยุงตัวผู้มีอายุขัยสั้นประมาณ 6-7 วันเท่านั้น ส่วนยุงตัวเมียมีอายุขัยนานกว่าอาจอยู่ได้นานประมาณ 30-45 วัน เมื่อออกจากคราบตัวโม่ใหม่ ๆ จะไม่สามารถบินได้ทันที ต้องเกาะนิ่งอยู่บนผิวนํ้ารอเวลาระยะหนึ่ง เพื่อให้ระยะต่าง ๆ บนส่วนหัวยืดอกออกและเพื่อให้เลือดฉีดเข้าเส้นปีกให้แข็งใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง และพร้อมที่จะหาอาหารและผสมพันธุ์ ในตัวโม่รุ่นเดียวกันปกติตัวผู้จะลอกคราบออกก่อนตัวเมีย 1-2 วัน เนื่องจากต้องใช้เวลาราว 24 ชั่วโมงเพื่อให้อวัยวะสืบพันธุ์หมุนตัวไปครบ 180 องศา ยุงตัวเมียจะผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวและสามารถวางไข่ได้ตลอดชีวิต หลังจากผสมพันธุ์แล้วตัวเมียจะหาถิ่นเลือด ปกติภายใน 24 ชั่วโมง อาหารของตัวเมียและตัวผู้คือนํ้าหวานจากเกสรดอกไม้หรือนํ้าจากผลไม้ โดยใช้เป็นแหล่งพลังงานสำหรับการบินส่วนยุงลายตัวเมียต้องกินเลือดคนหรือสัตว์เลือดอุ่น เพื่อนำโปรตีนในเลือดไปพัฒนาไข่ให้เจริญเติบโต ตามปกติยุงลายชอบกินเลือดคนมากกว่าสัตว์ หลังจากกินเลือดแล้ว 2-3 วัน ยุงลายตัวเมียก็จะหาที่วางไข่โดยทั่วไปยุงลายออกหากินในเวลากลางวัน แต่ถ้าหากยังไม่ได้กินเลือดหรือกินไม่อิ่มก็อาจจะออกหากินเลือดในเวลาพลบค่ำด้วยหากในห้องหรือบริเวณนั้นมีแสงสว่างเพียงพอ ช่วงเวลาที่พบได้มากที่สุดมี 2 ช่วง คือในเวลาเช้าและในเวลาบ่ายถึงเย็น ช่วงเวลาที่ออกหากินมากที่สุด คือ 09.00-11.00 น. และ 13.00-14.00 น. พบว่า ยุงลายบ้านชอบกัดคนในบ้าน และยุงลายสวนชอบกัดคนนอกบ้าน ไม่ชอบแสงแดดและลมแรง จึงออกหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ โดยทั่วไปมักบินไปครั้งละไม่เกิน 50 เมตร นอกจากนี้ยังพบว่า มีชุกชุมมากในช่วงฤดูฝน ช่วงหลังฝนตกชุกเพราะอุณหภูมิและความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์ แหล่งเกาะพักของยุงลายในบ้านเรือน พบว่ายุงตัวเมียเกือบทั้งหมดชอบเกาะพักตามสิ่งที่ห้อยแขวน มีเพียงส่วนน้อยที่เกาะตามผนังหรือฝ้าบ้าน โดยส่วนใหญ่เป็นเสื้อผ้าที่ห้อยแขวนไว้

แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (สํวีกาแสงธาราทิพย์, 2545 : 33)

ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำนั้นอาจจะสะอาดหรือไม่ก็ได้ โดยชอบน้ำฝนมากที่สุด ดังนั้นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้านส่วนใหญ่จะเป็นภาชนะขังน้ำที่มนุษย์

สร้างขึ้น (Man-made container) มักอยู่ตามโอ่งน้ำดื่มและน้ำใช้ที่ไม่ปิดฝาทั้งภายในและภายนอกบ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้านพบว่าส่วนใหญ่เป็นภาชนะขังน้ำภายในบ้าน นอกจากนี้ยังมีภาชนะอื่น ๆ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำจานรองขาตู้ จานรองกระถางต้นไม้ แจกัน ขางรถยนต์ ไห เป็นต้น เศษภาชนะ เช่น โอ่งแตกเศษกระป๋อง กะลา เป็นต้น ในยุงลายส่วนส่วนใหญ่มักเพาะพันธุ์อยู่ในแหล่งเพาะพันธุ์ธรรมชาติ (Natural container) จึงชอบวางไข่ในบ้านตามกาบของใบพืชจำพวก มะพร้าว กกล้วย พลับพลึงบอน ถ้วยรองน้ำยาง โปรงไม้ กะลา กระบอกไม้ไผ่ เป็นต้น สำหรับแหล่งเพาะพันธุ์ส่วนใหญ่ในโรงเรียนพบว่า เป็นบ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ และแจกันปลูกต้นไม้ต่าง และบางการศึกษาพบว่า ยุงลายสามารถวางไข่ได้ในท่อระบายน้ำโสโครก และมีการเจริญเติบโตได้ตามปกติ เช่นเดียวกับในน้ำสะอาด (กรมควบคุม, 2545 : 40)

การควบคุมและป้องกันยุงลาย

1. การควบคุมและกำจัดยุงลาย ในที่นี้ หมายถึง การกำจัดยุงลายไม่ให้มีลูกน้ำยุงลายในภาชนะขังน้ำใด ๆ และการทำลายให้ยุงลายหมดสิ้นไปโดยยุงลายในประเทศไทยที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) โดยที่แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายทั้งสองชนิดแตกต่างกันคือ ยุงลายบ้านส่วนใหญ่จะเป็นภาชนะขังน้ำที่มนุษย์สร้างขึ้น ส่วนยุงลายสวนส่วนใหญ่มักเพาะพันธุ์อยู่ในแหล่งเพาะพันธุ์ธรรมชาติวิธีการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายมีหลายวิธี จึงควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับประเภทของแหล่งเพาะพันธุ์ที่พบยุงลาย โดยต้องพิจารณาทั้งในด้านความปลอดภัยต่อมนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม ด้านความสะดวก และงบประมาณ เป็นต้น ซึ่งบางแหล่งอาจใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่งก็สามารถควบคุมและกำจัดยุงลายได้ เช่น การใส่ปลาหางนกยูงลงในอ่างบัว เป็นต้น แต่บางแหล่งจำเป็นต้องใช้วิธีการหลาย ๆ วิธีร่วมกัน เป็นการบริหารจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management หรือ IVM) เช่น ขางรถยนต์เก่าที่มีเป็นจำนวนมาก บางส่วนอาจไปตัดแปลงใช้ประโยชน์ได้ทันที เช่น ปลูกดอกไม้ ในขณะที่บางส่วนรอการตัดแปลง เช่น การทำเก้าอี้ ถังขยะ จึงต้องเก็บในที่ร่มคลุมปกปิดให้มิดชิด หากมีจำนวนมากเกินไปก็จำเป็นต้องพ่นสารเคมีหรือสารชีวภาพกำจัดยุงลายเป็นต้น ดังนั้นวิธีการควบคุมและกำจัดยุงลายที่สำคัญมี 3 วิธี ดังนี้ (สัฎฐา แสงธราทิพย์, 2545 : 36-40)

2.1 วิธีการกายภาพ (Physical Control) ได้แก่

- 2.1.1 การปิดปากภาชนะเก็บน้ำ โดยใช้ผ้าตาข่ายในล่อน ฝาอลูมิเนียม หรือวัสดุอื่นใดที่สามารถปิดปากภาชนะเก็บน้ำนั้นได้อย่างมิดชิดจนยุงลายไม่สามารถเล็ดลอดเข้าไปวางไข่ได้
- 2.1.2 การหมั่นเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน วิธีนี้เหมาะสำหรับภาชนะเล็ก ๆ ที่เก็บน้ำได้ไม่มาก เช่น แจกันดอกไม้ รวมถึงภาชนะประเภทและขนาดประเภทต่าง ๆ ที่ใช้ปลูกเลี้ยงต้นไม้ต่าง ๆ เช่น พืชต่าง ออมทอง เป็นต้น

1.1.3 การเติมน้ำเดือดจัด ๆ ทุก 7 วัน วิธีนี้ใช้ได้กับถ้วยรองขาตู้กันมดและแมลง

1.1.4 การใช้กระซอนซ็อนลูกน้ำ เพื่อลดจำนวนลูกน้ำยุงลายในโอ่ง บ่อซีเมนต์ ในห้องน้ำ ห้องส้วม ให้น้อยลงมากที่สุดอย่างรวดเร็ว

1.1.5 การใส่ทรายธรรมชาติในจานรองกระถางต้นไม้ โดยใส่ลึกประมาณ 3 ใน 4 ส่วนของความลึก เพื่อให้ทรายดูดซึมน้ำส่วนเกินจากการรดน้ำ ซึ่งเหมาะกับกระถางที่ใหญ่และหนักส่วนกระถางเล็ก ๆ นั้นใช้เท่านี้ทุก 7 วัน

1.1.6 การเก็บทำลายเศษวัสดุ ที่ไม่ใช่แล้ว เช่น ขวด โห กระป๋อง ขากรถยนต์เก่า เป็นต้น หรือปกคลุมให้มิดชิดเพื่อไม่ให้รองรับน้ำได้ ส่วนการดัดแปลงให้ใช้ประโยชน์ในรูปแบบอื่นได้นั้นนับว่าเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากแต่ไม่ควรให้มีน้ำขังได้

1.1.7 การกลบ ถม หรือการระบายน้ำ ใช้ในกรณีที่ในบริเวณที่ปลูกต้นไม้ด้วยดินเหนียวมีความแน่น เมื่อเกิดเป็นแอ่งหลุมมีน้ำขัง ทำให้ยุงลายสวนสามารถเพาะพันธุ์ได้ หรือได้ขยายหรือบริเวณรอบ ๆ บ้านที่เป็นหลุมซึ่งสามารถมีน้ำขังได้ ให้หมั่นตรวจตราดูแลเป็นประจำสม่ำเสมอ ซ. การใช้ Polystyrene Beads ในบ่อหรือถังเก็บน้ำขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นวัสดุที่มีความสามารถลอยและกระจายอยู่บนผิวน้ำได้อย่างมิดชิดไม่มีช่องว่าง หากใช้จำนวนมากให้คลุมผิวน้ำอย่างสมบูรณ์จะทำให้ลูกน้ำยุงลายไม่สามารถขึ้นมาหายใจได้ และตายในที่สุด

1.1.8 การใช้ซันดักลูกน้ำ ลอยไว้ในโอ่งหรือบ่อซีเมนต์ที่ปิดฝาไม่ได้ โดยจะใช้วิธีที่เมื่อลูกน้ำจะต้องขึ้นมาหายใจจะเข้าไปหลบในเงามืดได้ซัน และถูกดูดเข้าไปในปากกรวยและออกมาอยู่ในซันน้ำแล้วเราก็สามารถหมั่นมาเททิ้งได้

1.2 วิธีทางชีวภาพ (Biological Control)

เนื่องจากสิ่งมีชีวิตเป็นศัตรูตามธรรมชาติของยุงลาย ซึ่งบางชนิดเป็นตัวห้ำ (Predator) และบางชนิดเป็นตัวเบียน (Parasite) การนำสิ่งมีชีวิตเหล่านี้มาใช้ประโยชน์ในการกำจัดยุงลายจึงมีประสิทธิภาพดีในหลาย ๆ พื้นที่ ได้แก่ (สัวิกา แสงธาราพิทย์, 2545 : 45-51)

1.2.1 ลูกน้ำยุงยักษ์ (*Toxorhynchites spp.*) มีศักยภาพในการกินลูกน้ำยุงลายดีมากในทุกระยะของการเปลี่ยนแปลงลูกน้ำของยุงลาย ซึ่งสามารถกินลูกน้ำยุงลายได้ตั้งแต่หลักสิบไปจนถึงหลักร้อยในแต่ละวัน ซึ่งขึ้นกับระยะของการเปลี่ยนแปลงของลูกน้ำ และสามารถกำจัดได้นานหลายสัปดาห์ แต่ในเขตเมืองต้องนำไปปล่อยในแหล่งน้ำเป็นระยะ ๆ เนื่องจากขาดแหล่งอาหารในตัวเต็มวัย และการเพาะเลี้ยงให้ได้จำนวนมากนั้นค่อนข้างสิ้นเปลืองเวลาและแรงงานด้วย

1.2.2 ปลากินลูกน้ำ (Larvivorous fish) ในประเทศไทยมีอยู่หลายชนิด เช่น ปลาหางนกยูง (*Poecilia spp.*) และปลาแกมบูเซีย (*Gambusia spp.*) เป็นต้น ซึ่งเป็นที่นิยมและแพร่หลายมาก

ซึ่งสามารถเลี้ยงไว้ได้ในทุกภาชนะ ซึ่งไม่ทำให้น้ำสกปรกและมีกลิ่นคาว บางท้องถิ่นอาจใช้ปลากัด ปลาหมอ ปลาหัวตะกั่ว หรือปลาตะเพียนก็ได้

1.2.3 แบคทีเรีย ในที่นี้มีชื่อว่า *Bacillus thuringiensis* var. *israelensis* serotype H-14 หรือที่เรียกว่า *B.t.i* มีประสิทธิภาพดีในการกำจัดลูกน้ำยุงลายลูกน้ำยุงก้นปล่อง แต่สำหรับลูกน้ำยุงรำคาญต้องใช้ลูกน้ำอีกชนิดหนึ่ง คือ *Bacillus sphaericus* จึงจะได้ผลดี เนื่องจากสลายตัวได้รวดเร็วในสภาพแวดล้อม จึงต้องใส่ซ้ำเป็นระยะ ๆ และมีราคาแพงเมื่อเทียบกับสารกำจัดลูกน้ำชนิดอื่น ๆ ปัจจุบันมีจำหน่ายหลายชนิด ทั้งที่เป็นแบบของเหลว แบบผง แบบอัดเม็ด แบบเคลือบเม็ดทราย แบบเคลือบวงข้าวโพด เป็นต้น และยังสามารถฉีดพ่นร่วมกับสารเคมีกำจัดได้ทั้งลูกน้ำและตัวเต็มวัย

1.2.4 ไรน้ำจืด (*Cyclopoid copepods*) มีหลายชนิด บางชนิดเท่านั้นที่สามารถกินลูกน้ำยุงลายได้ โดย 1 ตัวสามารถกินลูกน้ำยุงลายระยะที่ 1-2 ได้ 15-20 ตัว

1.2.5 โปรโตซัวบางชนิด เช่น *Ascogregarina culicis* เป็นปรสิตของยุงลาย โดยลูกน้ำจะกินเข้าไปแล้วมีผลต่อการรอดชีวิต โดยจะทำให้ตายหรือแคะแกร็น และย่นระยะเวลาการเจริญเติบโตด้วย

1.2.6 เชื้อราหลายชนิด เช่น *Metarhizium anisopliae* และ *Tolypocladium cylindrosporium* โดยจะเข้าไปเจริญเติบโตในตัวลูกน้ำ แล้วผลิตสารพิษ ชื่อว่า Depsipeptidase Destruxin B เพื่อฆ่าลูกน้ำ

1.2.7 ตัวอ่อนแมลงปอ เป็นตัวห้ำ (*Predator*) กินลูกน้ำและสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กอื่น ๆ ที่อยู่ในน้ำเป็นอาหาร

1.2.8 แมลงบางชนิด เช่น ค้างคั่ง มวนวน มวนกรรเชียง อาศัยอยู่ในแหล่งน้ำธรรมชาติต่าง ๆ รวมทั้งที่มนุษย์สร้างขึ้น มักพบในชนบทมากกว่าเขตเมือง และเป็นศัตรูตามธรรมชาติของลูกน้ำยุงลาย

1.2.9 ไส้เดือนฝอย (*Mermithid nematodes*) เป็นตัวเบียนของลูกน้ำ โดยตัวอ่อนจะเข้าไปอาศัยอยู่ในส่วนอกของลูกน้ำ เมื่อเจริญเติบโตได้ระยะหนึ่งแล้วก็จะไชออกมาทำให้ลูกน้ำตาย กล่าวโดยสรุปได้ว่าในจำนวนศัตรูทางธรรมชาติที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น การใช้ปลา กินลูกน้ำจะเป็นวิธีการที่ได้ผลดี สะดวก และประหยัดมากที่สุด เนื่องจากแพร่พันธุ์ง่าย กินลูกน้ำเก่ง มีชีวิตได้เกือบทุกสภาพน้ำ และทนทานต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมได้ค่อนข้างดี

1.3 วิธีการเคมีภาพ (Chemical Control) ได้แก่ (สิวิกา แสงธราทิพย์, 2545 : 58-66)

1.3.1 การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ เป็นทรายที่เคลือบสารเคมีในกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟตใช้ใส่ในน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย อัตราส่วน 1 กรัมต่อน้ำ 10 ลิตร ออกฤทธิ์ได้นานประมาณ 3 เดือน มีความปลอดภัยสูงต่อคนและสัตว์ โดยองค์การอนามัยโลก ขอมริบให้ใช้น้ำดื่มได้ก็ตาม

แต่ก็มีราคาค่อนข้างสูง และหาซื้อได้ยากในท้องตลาด ดังนั้นจึงควรใช้เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น โดยให้ใช้วิธีทางกายภาพและชีวภาพ เสียก่อน

1.3.2 เกลือแกง น้ำส้มสายชู ผงซักฟอก หรือน้ำยาซักล้างทั่วไป โดยทั้งสี่อย่างนี้เป็นของใช้ประจำครัวเรือนที่มีอยู่ทั่วไป โดยใช้ใส่ในภาชนะขังน้ำทั่วไป เช่น ใส่ในจานรองขาตู้กับข้าว มีฤทธิ์ทำลายลูกน้ำยุงลายได้ดี แต่ก็ต้องใช้ให้มีความเข้มข้นที่เหมาะสม

1.3.3 การใช้สารยับยั้งการเจริญเติบโต (Insect Growth Regulator หรือ IGR) เช่น Methoprene เป็นต้น

การป้องกันและกำจัดยุงลาย คือ การกั้นหรือด้านทึบไว้ไม่ให้มียุงลายในบ้าน รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการถูกยุงลายกัด และหากพบว่ามียุงลายในบ้านจะต้องทำการขับไล่หรือทำให้หมดสิ้นไป วิธีการป้องกันและกำจัดยุงลายมีหลายวิธีดังต่อไปนี้ (World Health Organization 1997 อ้างถึงในสุจิตรา นิมนานนิตย์, 2545 : 15-20)

1. **การป้องกันไม่ให้ถูกยุงลายกัด** หากทำได้ควรปิดประตูหน้าต่างด้วยมุ้งลวด ตรวจสอบตราซ่อมผ้าบ้าน ผ้าเพดาน ไม่ให้มีช่องให้ยุงบินเข้ามาได้ นอกจากนี้ควรเก็บสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบ เรียบร้อย เสื้อที่ใส่แล้วควรเก็บซักทันที หรือนำไปผึ่งแดดนอกบ้าน เวลากลางวันควรนอนในมุ้ง อาจใช้ยาทากันยุงหรือทาสารที่มีคุณสมบัติไล่ยุง หรือวิธีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 นอนในมุ้ง ทั้งกลางวันและกลางคืน

1.2 สวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และควรใส่เสื้อสีอ่อน ๆ ไม่ควรเป็นชุดรัดรูป เพื่อป้องกันยุงกัด

1.3 ใช้สารไล่ยุง (Mosquito repellents) โดยส่วนใหญ่มีสารออกฤทธิ์จำพวก Deet (N, N-Diethyl-m-toluamide) ในระดับความเข้มข้นที่ต่างกัน มีหลายรูปแบบ เช่น

1.3.1 ชนิดขด (Mosquito coil) ชนิดแผ่น (Met) และชนิดน้ำ (Liquid หรือ Plug-in Vaporising Device) ต้องใช้ความร้อนช่วยในการระเหยสารออกฤทธิ์

1.3.2 ชนิดทาผิว อาจอยู่ในรูปของเหลว (Cream หรือ Lotion) วน (Gel) ของเหลว คล้ายน้ำ (Liquid) น้ำมัน (Oil) และแป้ง (Talcum powder) สารออกฤทธิ์หลักมีทั้งสารเคมีที่สังเคราะห์ขึ้น จำพวก Deet ต้องใช้อย่างระมัดระวังเพราะร่างกายอาจเกิดการแพ้ได้ และจำพวกที่เป็นสารสกัดจากพืชธรรมชาติที่มีกลิ่นที่มีคุณสมบัติที่ยุงไม่ชอบ (Repellent) ทำให้ยุงบินหนีไป เช่น ตะไคร้หอม มะกรูด ฟ้าลั่น สระแหน่ กระเทียม กระเพรา ว่านน้ำ แมงลัก ต้นยูคาลิปตัส และแอฟริกัน เจอรานิยม (African Geranium) ซึ่งมีความปลอดภัยสูงกว่าสารเคมี

1.3.3 สารไล่ยุงชนิดซุบเสื้อผ้า ทารองเท้า ซุบมุ้ง เป็นต้น อันได้แก่ Pemethrin ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นทั้งสารไล่ยุงและสารกำจัดยุงด้วย ส่วน Deet ก็ใช้ซุบฉีดพ่นเสื้อผ้า แถบรัดข้อมือ (Wrist band) ตลอดจนวัสดุปูพื้น (Patio grid) ได้เช่นกัน

1.4 การกำจัดยุงลาย ประกอบไปด้วย

1.4.1 การใช้สารเคมีในครัวเรือน เป็นวิธีที่ง่ายเพราะมีจำหน่ายทั่วไป มีราคา ย่อมเยาปัจจุบันมีทั้งสูตรน้ำมัน (Oil based) และชนิดสูตรน้ำ (Water based) ซึ่งจะปลอดภัยต่อคนสัตว์ และสิ่งแวดล้อมมากกว่า รวมทั้งไม่ทำให้เครื่องเรือนและสิ่งของเปรอะเปื้อนด้วย

1.4.2 การใช้เครื่องพ่นสารเคมีกำจัดแมลง มักใช้ในองค์กรหรือหน่วยงานของรัฐ เพราะต้องควบคุมพื้นที่บริเวณกว้าง และมีครัวเรือนจำนวนมาก เพื่อควบคุมและป้องกันการระบาด ให้ได้ในเวลาอันรวดเร็ว เป็นการพ่นสารเคมีให้ถูกตัวเต็มวัย โดยที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้มีดังนี้

1) เครื่องพ่นฝอยละเอียด ULV (ULV Cold Fog Generator) สิ่งสำคัญที่สุด คือขนาดเม็คน้ำยา อยู่ที่ 5-27 ไมครอน และมีค่า VMD เท่ากับ 27 ไมครอน ซึ่งเป็นละอองน้ำยาที่มีฝอยละเอียด (Aerosol) จะใช้ได้ผลดีกว่าเครื่องพ่นฝอยละอองเนื่องจากสามารถฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศได้ดีและนานมากกว่า

2) เครื่องพ่นฝอยละออง (Mist Blower) จะมีเม็คน้ำยาขนาด 20-100 ไมครอน และมีค่า VMD เท่ากับ 57 ไมครอน ซึ่งมีฝอยละออง (Aerosol Droplet) สามารถฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศได้ดีและนาน แต่จะใช้ได้ผลดีกว่าในการฉีดพ่นแหล่งเพาะพันธุ์ เช่น กองขยะ กองยางรถยนต์

3) เครื่องพ่นหมอกควัน (Thermal Fog Generator) ใช้ความร้อนช่วยในการแตกตัวของสารเคมีให้เป็นละอองขนาดเล็ก 0.1-60 ไมครอน แต่ค่า VMD ขึ้นอยู่กับความร้อนและปริมาณที่พ่น ปัญหาคือความร้อนจะทำให้สารเคมีสลายตัวได้เร็วคือ ไม่ควรเกินกว่า 100 องศาเซลเซียส

การใช้อุปกรณ์กำจัดยุง เช่น

1. ชนิดที่เป็นกับดักไฟฟ้า ใช้ไฟบ้าน 220 โวลต์ โดยหลักการคือใช้แสงไฟล่อให้ยุงบินเข้าไปหากับดัก เมื่อยุงบินไปถูกขั้วกรงที่มีไฟฟ้าก็จะถูกไฟฟ้าช็อตตาย

2. อุปกรณ์กำจัดยุงไฟฟ้าแบบใช้แบตเตอรี่ (ถ่านไฟฉาย) มีรูปร่างคล้ายไม้เทนนิสแต่ใช้เส้นลวดซึ่ง เมื่อเปิดสวิตช์ก็จะมีกระแสไฟฟ้าไหลผ่าน ผู้ใช้จะต้องโบกให้ถูกตัวยุงก็จะตาย

จากหลักการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า โรคไข้เลือดออกในทุกวันนี้ยังไม่มียาที่ใช้รักษาหรือวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดโดยป้องกันการแพร่ของยุง เท่าที่ผ่านมาการควบคุมยังได้ผลไม่ดี การควบคุมที่จะให้ผลยั่งยืน คือ ควรจะเน้นที่การควบคุมลูกน้ำ กำจัดเพื่อมิให้เกิดเป็นยุงมาแพร่เชื้อในชุมชนได้

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

สุขภาพด้านสังคมเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่แสดงถึงสถานะทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม บุคคลในสังคมมีปฏิกิริยาตอบสนองกับบุคคลนั้นอย่างไร และบุคคลนั้นมีปฏิกิริยาต่อองค์กรในสังคมและประเพณีอย่างไร (Pilowsky and Spence, 1999 อ้างถึงในประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นตัวแปรทางจิตวิทยาสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึง การที่มีบุคคล ๆ หนึ่ง หรือหลายคน ซึ่งเป็นที่ไว้วางใจ เป็นที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ให้การดูแลทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ให้การดูแลตน และให้ความรู้สึกว่าตนมีค่า

World Health Organization (1999 อ้างถึงในปนิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึง ความช่วยเหลือจากชุมชนที่มีต่อปัจเจกบุคคลและกลุ่มบุคคลในชุมชนนั้น ๆ ที่อาจเป็นตัวรับแรงปะทะจากเหตุการณ์พลิกผันในชีวิต หรือสภาพความเป็นอยู่และยังเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต

เฮาส์ (House, 1985 อ้างถึงในสรศักดิ์ วัฒนศิริ, 2539 : 49 - 50) แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กชกร สมมั่ง (2542 : 29) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึง สิ่งที่ได้รับรับการสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งเป็นผลให้ปฏิบัติไปในทางที่ต้องการในด้านการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Caplan; Robinson & French (1976 : 39-42) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร สิ่งของ แรงงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจทำให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

Pilisuk (Pilisuk, 1982 อ้างถึงในสมทรง รักษ์เผ่า และสรศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540 : 44-45) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

Weiss (Weiss, 2981 อ้างถึงใน ชลธิชา จันศิริ, 2549 : 39) ได้ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจ ต่อความต้องการที่จะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสังคม อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจซึ่งเกิดการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่าและให้การช่วยเหลือด้านต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

บราวน์และแมค เอลวีม (Brown, 1986 : 4-9; Mac Elveem, 1987 : 319-337 อ้างถึงในบังอร ฉางทรัพย์, 2549) ที่มีความเห็นว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด รองลงมาได้แก่ ญาติพี่น้องและเพื่อน

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภทคือกลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมี สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในกลุ่มสังคมนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรด้านอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (สมทรง รักษ์เผ่า และสรศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540 : 44-45)

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (ชลธิชา จันศิริ, 2549 : 39) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2. Appraisal support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินค่า เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. Information support คือ การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

4. Instrumental support การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (Gottlieb, 1985 อ้างถึงในสมทรง รักษ์เผ่า และสรศักดิ์ ฤกษ์, 2540 : 44-45) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้ความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นญาติมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณคือขนาดจำนวนและความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่ายในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจแสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

ในการศึกษาครั้งนี้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกประกอบด้วย 4 ระดับ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัว หรือญาติ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การชื่นชม การให้กำลังใจ รวมถึงการกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน หมายถึง กลุ่มบุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน สนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การชื่นชม การให้กำลังใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การร่วมมือ เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน หมายถึง กลุ่มบุคคลในชุมชน ผู้นำชุมชน สนับสนุน ทางด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ การชื่นชม การกระตุ้นเตือน การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การร่วมมือในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4. การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง กลุ่มบุคคลจากภาครัฐ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ การยกย่อง การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุน ทรัพยากรทางการแพทย์ ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก

จากแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่าการสนับสนุน ทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารวัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุน ทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน จากบุคคลหรือจากกลุ่มบุคคล มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ต้องการ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House มาประยุกต์ไปสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุน ทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคมเช่น คู่สมรส ญาติ เพื่อน ในด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุน ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของแรงงาน และบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จะมีความสัมพันธ์ต่อการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างไร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้บทบาท

โคเฮน (Cohen, 1979 : 35-36) ได้ให้ความหมายของคำว่า “บทบาท” ไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรม ที่ถูกคาดหวังโดยผู้อื่นสำหรับผู้ดำรงตำแหน่งนั้นจะต้องปฏิบัติและยังให้คำอธิบายเรื่องความหมาย ซึ่งสรุปได้ว่าเป็นบทบาทที่ถูกกำหนด (Prescribed role) ถึงแม้ว่าบุคคลบางบุคคลจะไม่ได้ประพฤติปฏิบัติ

ตามบทบาทที่คาดหวังโดยผู้อื่น แต่เรายังคงยอมรับว่าบุคคลจะต้องปฏิบัติไปตามบทบาทที่สังคมกำหนดให้ และส่วนบทบาทที่ปฏิบัติจริง (Enacted role) เป็นวิธีการที่บุคคลได้แสดงหรือปฏิบัติออกมาจริงตามตำแหน่งของเขา ส่วนความไม่ตรงกันของบทบาทที่ถูกกำหนดกับบทบาทที่ปฏิบัติจริงนั้น อาจมีสาเหตุมาจาก

1. บุคคลขาดความเข้าใจในส่วนร่วมของบทบาทที่ต้องการ
2. บุคคลไม่เห็นด้วย หรือไม่ลงรอยกับบทบาทที่ถูกกำหนด
3. บุคคลไม่มีความสามารถที่จะแสดงบทบาทนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรูม และเซลนิก (Broom & Selnick, 1977 : 34-35) ได้อธิบายถึงคำว่า “บทบาท” ไว้ดังนี้

1. บทบาทที่กำหนดไว้หรือบทบาทในอุดมคติ (Socially prescribed or ideal role) เป็นบทบาทตามอุดมคติที่กำหนดสิทธิและหน้าที่ของตำแหน่ง

2. บทบาทที่ควรกระทำ (Perceived role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรจะทำหน้าที่ของตำแหน่ง โดยอาจจะไม่ตรงกับบทบาทในอุดมคติทุกประการและอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

3. บทบาทที่กระทำจริง (Performed role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ตามความเชื่อ ความคาดหวัง ตลอดจนความกดดัน และโอกาสที่จะกระทำในแต่ละสังคม ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

ลินตัน (Linton อ้างถึงในสุภา สกุลเงิน, 2545 : 10) เป็นนักมานุษยวิทยาคนแรกที่ทำให้แนวคิดในเรื่องฐานะตำแหน่ง (Status) และบทบาท (Role) ของฐานะตำแหน่ง นั้น Linton กล่าวไว้ว่าสังคมตั้งอยู่บนรากฐานของการปฏิบัติตอบโต้ของคนในสังคมนั้น (Reciprocal behavior) ถ้าหากคนไม่มีการกระทำตอบโต้ แนวคิดในเรื่องฐานะตำแหน่ง และบทบาทจะไม่เกิดขึ้น Linton เห็นว่าฐานะตำแหน่งเป็นนามธรรม หมายถึง ตำแหน่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ในรูปแบบหนึ่ง (A Particular pattern) ซึ่งจะเป็นเครื่องที่กำหนดบทบาทของ ตำแหน่งนั้น ๆ ได้ว่าจะมีการทำหน้าที่อย่างไร เพราะฉะนั้น ตำแหน่งจึงเป็นสิ่งที่คู่กับบทบาท นอกจากนั้น Linton ยังได้จำแนกชนิดของฐานะตำแหน่งออกเป็น 2 ชนิด

1. ฐานะตำแหน่งที่ได้มาโดยกำเนิด (Ascribed status)
2. ฐานะตำแหน่งที่ได้มาโดยการกระทำ (Achieved status)

อัลพอร์ท (Allport, 1973, อ้างถึงใน ปนัดดา ใจมา, 2549 :31) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. บทบาทที่สังคมคาดหวัง (Role expectation) คือ บทบาทที่สังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติตามความคาดหวังที่กำหนดโดยกลุ่มสังคมและโดยสถานภาพที่บุคคลนั้น ๆ ครอบงำอยู่
2. การรับรู้บทบาท (Role conception) คือ การที่บุคคลรับรู้ในบทบาทของตนเอง ว่าควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถจะมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตามการรับรู้ นั้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ

กับความต้องการของบุคคลนั่นเอง โดยการรับรู้ในบทบาทและความต้องการของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายใน ชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น

3. การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role acceptance) จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีความสอดคล้องของบทบาทตามความคาดหวังของสังคม และบทบาทที่ตนรับอยู่ การยอมรับ บทบาทเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบทบาทและการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้ก็เพราะว่าบุคคลอาจไม่ได้ยินดียอมรับบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับการคัดเลือกจากสังคมให้รับตำแหน่ง และมีบทบาทหน้าที่ปฏิบัติตาม เพราะถ้าหากบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหายหรือเสียประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขัดแย้งกับความต้องการ (Role conflict) หรือค่านิยมของบุคคลนั้นผู้ครองตำแหน่งอยู่ก็พยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้น ไม่ยอมรับบทบาทนั้นๆ

4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role performance) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพแสดงจริง (Actual role) ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคม คาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้ และตามความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลใดจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับ บทบาทนั้น ๆ ของบุคคลที่ครองตำแหน่งนั้นอยู่ เนื่องจากความสอดคล้องกับบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและการรับรู้บทบาทของตนเอง

ทอมมี (Tommy A. M., 1992 อ้างถึงในปนัดดา ใจมา, 2549 : 31) กล่าวว่า บทบาทเป็นการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นไปตามความคาดหวังตามตำแหน่งในอาชีพ หรือตำแหน่งที่สังคมกำหนดขึ้น ซึ่งโครงสร้างของบทบาทประกอบด้วยลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล การแสดงพฤติกรรมตามตำแหน่งที่ครองอยู่

สรุปได้ว่าการที่บุคคลผู้ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาท และความรับผิดชอบของตนในฐานะที่อยู่ในตำแหน่งนั้น ๆ ย่อมจะเป็นผลที่ดีอย่างยิ่ง เพราะการที่มี ความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเองนั้นจะเป็นทางช่วยให้บุคคลนั้นปฏิบัติหน้าที่ได้ อย่างเหมาะสมตามที่ตนเอง และผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานนั้นคาดหวังไว้ บทบาทเป็นการแสดงออก ถึงความรู้ ความคิด และการแปรความหมายของบุคคลตามการรับรู้และตำแหน่งหน้าที่ที่สังคมกำหนดให้ การที่บุคคลจะปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความปรารถนาของสังคมที่เกี่ยวข้อง บุคลิกภาพและความจำเป็นของเจ้าของบทบาทเอง ดังนั้นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจะรับรู้บทบาทหน้าที่และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้มากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับส่วนประกอบที่กล่าวมาข้างต้น

ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ประวัติอำเภอหลังสวน

“หลังสวน” เป็นเมืองเก่าแก่เมืองหนึ่งประวัติการตั้งเมืองสมัยเริ่มแรกไม่มีหลักฐานที่แน่ชัด
สันนิฐานว่า บริเวณที่ตั้งเมืองหลังสวนเดิมนั้น มีที่ดินอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การเพาะปลูกพืชผล จึงมี
ประชาชนเข้ามาอยู่อาศัยรวมกันจนกลายเป็นชุมชนและขยายขึ้นเป็นเมืองโดยอยู่ในอาณาเขตปกครอง
ของเมืองชุมพร ซึ่งมีศักดิ์เป็นเมืองตรีอันเป็นหนึ่งในหัวเมืองปักษ์ใต้ ในยุคต้นกรุงรัตน โกสินทร์
(เมืองชุมพรมีมาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาเป็นราชธานี) เมืองหลังสวนเจริญรุ่งเรืองและเป็นที่รู้จักมากขึ้น
ภายหลังเมืองระนอง ซึ่งเป็นเมืองขึ้นของชุมพรสมัยนั้น ได้รับการยกฐานะขึ้นมีศักดิ์เป็นเมืองจัตวา
ขึ้นตรงต่อกรุงเทพฯ ฯ (พ.ศ. 2405 สมัยรัชกาลที่ 4) โดยพระยารัตนเศรษฐี (คอซิมเจียง ต้นตระกูล ณ ระนอง)
เจ้าเมืองระนองได้ทำการค้าอย่างกว้างขวางและขยายกิจการค้าและทำเหมืองแร่เข้ามาในเขตเมืองหลังสวน
โดยมอบให้บุตรชายเป็นผู้จัดการ ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2427 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้า รัชกาลที่ 5
โปรดเกล้าฯ ให้ยกฐานะเมืองหลังสวนเป็นเมืองจัตวาขึ้นตรงต่อกรุงเทพฯ ฯ ก็ได้เลื่อนบรรดาศักดิ์บุตรชาย
ของพระยารัตนเศรษฐี เป็นพระยาจุฬาราชโกการ (คอซิมเด็ก ณ ระนอง) ให้เป็นผู้ว่าราชการเมืองหลังสวน
เป็นคนแรก ทั้งนี้ได้ตัดเอาเมืองสรีที่ขึ้นอยู่กับเมืองชุมพรมารวมเข้าด้วยแบ่งเขตแดนกันที่เมืองวิสัย

ภาพที่ 2.1 แผนที่แสดงขอบเขตการปกครองอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร



ต่อมาในปี พ.ศ. 2439 รัชกาลที่ 5 ได้จัดการปกครองหัวเมืองเป็นแบบมณฑล (เทศาภิบาล) เมื่อตั้งมณฑลชุมพรแล้ว ได้ให้เมืองหลังสวนเป็นเมืองหนึ่งของมณฑลชุมพร สมัยนั้นมีอาณาเขตกว้างกว่าในปัจจุบันนี้มาก ประกอบด้วย 4 อำเภอ คือ เมืองหลังสวน (ตั้งอยู่ที่ตำบลหลังสวนปัจจุบัน) สวี พะโต๊ะ และประสงค์ (ปัจจุบัน คือ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี)

พ.ศ. 2459 รัชกาลที่ 5 โปรดเกล้าฯ ให้ปรับปรุงรูปแบบการบริหารราชการใหม่เป็น ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น (ตาม พ.ร.บ.ลักษณะปกครองท้องที่พ.ศ. 2457) จึงได้เปลี่ยนจากเมืองหลังสวนเป็น “จังหวัดหลังสวน” และเปลี่ยนตำแหน่งผู้ว่าราชการเมืองเป็นผู้ว่าราชการจังหวัด

ในตอนปลายรัชกาลของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ประเทศไทยประสบปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำ ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 ทำให้ฐานะทางการเงินการคลังของประเทศไทยอยู่ในภาวะขาดดุลงบดุลติดต่อกันมาหลายปี จนสิ้นรัชกาล เป็นผลให้มณฑลชุมพรถูกยุบเลิกและจังหวัดหลังสวนก็ถูกยุบเป็นอำเภอ เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2475 มีชื่อว่า อำเภอขันเงิน ขึ้นกับจังหวัดชุมพร ต่อมาเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2481 ได้มีพระราชกฤษฎีกาให้เปลี่ยนชื่ออำเภอขันเงิน เป็นอำเภอหลังสวน ตามความนิยมของราษฎรส่วนใหญ่ ถึงแม้ว่าหลังสวนจะมีฐานะเป็นอำเภอ แต่เป็นอำเภอที่สำคัญ จะเห็นได้ว่า ในปี พ.ศ. 2492 กระทรวงมหาดไทยได้ยกฐานะอำเภอหลังสวนขึ้นเป็นอำเภอชั้นเอก โดยมีขุนผดุงแดนสวรรค์ (ฟูง รักราชการ) เป็นนายอำเภอชั้นเอกคนแรก

สำหรับคำว่า “หลังสวน” ไม่มีหลักฐานแน่ชัดถึงความหมาย และประวัติที่มาเท่าที่สืบฐานกันมากพอสรุปว่าน่าจะมาจากคำ “คลังสวน” หรือ “รังสวน” (เป็นที่รวมผลไม้ นานาชนิดต่างกับเมืองอื่นซึ่งมักมีเพียง 1 - 2 ชนิด) “บ้านหลังสวน” (มาจากคำบ้านอยู่หลังสวน คือ มีสวนผลไม้มาก บ้างบ้านจมนองไม่เห็นหรือหลังสวนมีบ้าน) “ล้างสวน” (เป็นชื่อเดิมของแม่น้ำหลังสวน) ซึ่งสมัยก่อนมักเรียกชื่อบ้านเมืองตามชื่อของสถานที่หรือสัญลักษณ์สำคัญของถิ่นนั้น ๆ แล้วกลายเสียงภายหลัง

ขนาดและที่ตั้ง

อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ตั้งอยู่ตอนล่างของจังหวัดชุมพร ห่างจากอำเภอเมืองชุมพร 75 กิโลเมตร

อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ	ติดต่อกับอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอละแม จังหวัดชุมพร
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับทะเลอ่าวไทย
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับอำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร

สภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศ

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นป่าเขาที่มีที่ราบตามเชิงเขาและริมฝั่งแม่น้ำ สำหรับพื้นที่ทางด้านตะวันออกเป็นที่ราบชายทะเลลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เหมาะแก่การเพาะปลูกเช่นทำสวนผลไม้และสวนยางพารา ลำน้ำที่สำคัญ ได้แก่ แม่น้ำหลังสวน มีต้นกำเนิดในอำเภอยะตะใต้ ไหลสู่ทะเลที่ตำบลปากน้ำ แม่น้ำนี้ยาวประมาณ 100 กิโลเมตร

สภาพภูมิอากาศโดยทั่วไป ฝนตกสม่ำเสมอตลอดปี ตกชุกในเดือนมิถุนายน - ธันวาคม

การปกครองและประชากร

ในปี พ.ศ. 2551 อำเภอหลังสวนแบ่งการปกครองออกเป็น 13 ตำบล 148 หมู่บ้าน อันได้แก่ ตำบลขันเงิน ตำบลหาดขาย ตำบลแหลมทราย ตำบลวังตะกอก ตำบลพ้อแดง ตำบลปากน้ำหลังสวน ตำบลบ้านควน ตำบลบางมะพร้าว ตำบลบางน้ำจืด ตำบลนาพญา ตำบลนาขา และตำบลท่ามะพลาก องค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง เทศบาล 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองหลังสวนและเทศบาลตำบลปากน้ำหลังสวน จำนวนประชากร 65,212 คน ชาย 32,131 คน หญิง 33,081 คน มีจำนวน 17,772 หลังคาเรือน มีเนื้อที่ 577 ตารางกิโลเมตร ความหนาแน่นประชากร 113 คนต่อตารางกิโลเมตร

สภาพสังคมและเศรษฐกิจ

ประชาชนส่วนใหญ่ของอำเภอหลังสวน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สวนผลไม้ ประมง และค้าขาย สภาพเศรษฐกิจขึ้นอยู่กับราคาผลผลิตทางการเกษตร พืชเศรษฐกิจที่สำคัญได้แก่ มังคุด เงาะ ทุเรียน ปาล์มน้ำมัน และยางพารา

การคมนาคมและขนส่ง

ทางหลวงแผ่นดิน มีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 41 ใช้เป็นเส้นทางคมนาคม ติดต่อกับจังหวัดและอำเภออื่นได้สะดวก

ทางหลวงจังหวัด

1. ทางหลวงจังหวัดหมายเลข 4002 จากเทศบาลเมืองหลังสวนถึงปากน้ำหลังสวน
2. ทางหลวงจังหวัดหมายเลข 4006 แยกจากทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 41 ในเขตอำเภอหลังสวนผ่านอำเภอยะตะใต้ไปจังหวัดระนอง

ทางหลวงท้องถิ่น

มีทางหลวงท้องถิ่นแยกจากถนนสายหลักตัดผ่านไปยังตำบล หมู่บ้านต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นทางลาดยาง ใช้ในการสัญจรได้ตลอดทั้งปี

ทางรถไฟ

มีทางรถไฟสายใต้ตัดผ่าน ห่างจากกรุงเทพมหานครเป็นระยะทาง 522 กิโลเมตรและระยะทางจากสถานีหลังสวนถึงสถานีชุมพร 70 กิโลเมตร

หน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ
 - 1.1 นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริหารสาธารณสุข
 - 1.2 แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น
 - 1.3 แจ้งข่าวการเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข
2. เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 2.1 รับข่าวแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ
 - 2.2 รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ใน “สมุดจดบันทึกผลการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”
3. เป็นผู้ให้การแนะนำและถ่ายทอดความรู้ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขในเรื่องต่างๆ ได้แก่
 - 3.1 การใช้สถานบริการและการใช้ยา
 - 3.2 การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ
 - 3.3 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด
 - 3.4 การรักษาอนามัยของร่างกาย
 - 3.5 โภชนาการและการสุขาภิบาล
 - 3.6 การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น
 - 3.7 การวางแผนครอบครัว
 - 3.8 การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการดูแลเด็กที่มีการเจริญเติบโต ไม่ปกติ
 - 3.9 การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน
 - 3.10 การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต
 - 3.11 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
 - 3.12 การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ
 - 3.13 การป้องกันแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย
 - 3.14 การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน
 - 3.15 การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนโบราณ

4. การให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่อง ไข้ตัวร้อน ปวดท้อง ไข้มีผื่น ตุ่มและจุด ไข้มาลาเรีย ปวดหัว ไปไข้ ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว ผื่นคันบนใบหน้า ท้องผูก ท้องเดิน พยาธิลำไส้ เจ็บตา เจ็บหู เหน็บชา โลหิตจาง

4.1 ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด เป็นลม กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ยาพิษ ชัก จมน้ำ งูกัด สุนัขกัด

4.2 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

4.3 จ่ายยาเมื่อคุณกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข

5.1 ด้านโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาลูกที่ขาดสารอาหาร และขาดไอโอดีน

5.2 ด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงที่มีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด

5.3 ด้านการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยติดตามให้มารดาंनाเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด

5.4 ด้านการควบคุมโรคประจำถิ่น โดยการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บอุจจาระ ส่งตรวจหาไข่พยาธิ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

5.5 การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค โดยการใช้น้ำยาตรวจหาเชื้อแบคทีเรียการเติมคลอรีนในน้ำบริโภค และการใช้น้ำยาตรวจระดับคลอรีนในน้ำบริโภค

5.6 ด้านทันตสาธารณสุข โดยการจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน

5.7 ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย โดยการจัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยในชุมชน

5.8 ด้านโรคไม่ติดต่อ โดยการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

5.9 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยการจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหม้ออายุ ยาชุด อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นต้น

5.10 ด้านการป้องกันโรคเอดส์ โดยการจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรคในชุมชน การแจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์

5.11 ด้านการควบคุมป้องกันและแก้ไขภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย โดยการตรวจคุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน การตรวจสอบคุณภาพอากาศ และร่วมมือประสานงานกับองค์กรต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

6. เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในชุมชนตามกระบวนการ จปฐ.

7. คຸ້ມครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชน

8. เป็นแกนกลางในการประสานงาน การดำเนินงานสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการกระตุ้นให้มีการประชุมวางแผน และร่วมดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานการดำเนินงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553 : 2)

การป้องกันโรคไข้เลือดออก

จนกระทั่งทุกวันนี้ยังไม่มียาที่ใช้รักษาไข้เลือดออก หรือวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก ดังนั้น การป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดโดยป้องกันการแพร่ของยุง เเท่าที่ผ่านมาการควบคุมยังได้ผลไม่ดีเนื่องจาก เน้นเรื่องการทำลายยุงซึ่งสิ้นเปลืองงบประมาณ และการควบคุมยุงต้องทำเป็นบริเวณกว้าง การควบคุมที่จะให้ผลยั่งยืน ควรจะเน้นที่การควบคุมลูกน้ำ การควบคุมสามารถร่วมหน่วยงานราชการอื่น องค์กรเอกชน ท้องถิ่น ดังนั้นการควบคุมที่ดีต้องบูรณาการเอาหน่วยงานที่มีอยู่ และวิธีการต่างๆ (การควบคุมสิ่งแวดล้อม การใช้ทางชีวภาพ การใช้สารเคมี)

การควบคุมสิ่งแวดล้อม

การควบคุมสิ่งแวดล้อมเป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้ยุงมีการขยายพันธุ์

1. แทงค์ บ่อ กะละมัง ที่เก็บกักน้ำจะเป็นแหล่งที่ยุงออกไข่และกลายเป็นยุง ต้องมีฝาปิด และหมั่นตรวจสอบว่ามีลูกน้ำหรือไม่

2. ให้ตรวจสอบรอยรั่วของท่อน้ำ แทงค์น้ำหรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวกับน้ำว่ารั่วหรือไม่ โดยเฉพาะ ฤดูฝน

3. ตรวจสอบแจกัน ถ้วยรองขาโต๊ะ ต้องเปลี่ยนน้ำทุกสัปดาห์ สำหรับแจกันอาจจะใส่ทรายผสมลงไป ส่วนถ้วยรองขาโต๊ะให้ใส่เกลือเพื่อป้องกันลูกน้ำ

4. มั่นตรวจสอบถาดรองน้ำที่ตู้เย็นหรือเครื่องปรับอากาศเพราะเป็นที่แพร่พันธุ์ของยุง โดยเฉพาะถาดระบายน้ำของเครื่องปรับอากาศซึ่งออกแบบไม่ดี โดยระบายน้ำอยู่เหนือถาด ถาดเย็นติดเมตร ทำให้น้ำขังซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

5. ตรวจสอบ ๆ บ้านว่ามีแหล่งน้ำขังหรือไม่ ท่อระบายน้ำ บนหลังคามีแอ่งขังน้ำหรือไม่ หากมีต้องจัดการ

6. ขวดน้ำ กระป๋อง หรือภาชนะอื่นที่อาจจะเก็บขังน้ำ หากไม่ใช่ให้ใส่ถุงหรือฝังดิน เพื่อไม่ให้น้ำขัง
7. ขางเก่าที่ไม่ใช้ก็เป็นแหล่งขังน้ำได้เช่นกัน
8. หากใครมีรั้วไม้ หรือต้นไม้ที่มีรูกลวง ให้นำคอนกรีตเทใส่ปิดรู ต้นไม้ไม่ต้องตัดตรงข้อ และให้เทคอนกรีตปิดแอ่งน้ำ

การปฏิบัติเมื่อมีคนในบ้าน/ข้างบ้านเป็นไข้เลือดออก

1. เนื่องจากไข้เลือดออกกระบาดโดยมีผู้เป็นตัวแพร่พันธุ์ ดังนั้นเมื่อมีคนในบ้านหรือข้างบ้านเป็นไข้เลือดออก ควรจะบอกคนในบ้านหรือข้างบ้านว่ามีไข้เลือดออก
2. แจ้งสาธารณสุขให้มาฉีดยาหมอกควันเพื่อฆ่ายุง
3. ให้สมาชิกในครอบครัวป้องกันการถูกยุงกัดโดยการป้องกันส่วนบุคคลดังกล่าวข้างต้น
4. สำรวจภายในบ้าน รอบบ้าน รวมทั้งเพื่อนบ้านว่ามีแหล่งแพร่พันธุ์ยุงหรือไม่ หากมีให้จัดการเสีย
5. ฝ้าดูอาการของสมาชิกในบ้านหรือข้างบ้านว่ามีไข้หรือไม่ หากมีไข้ให้ระวังว่าจะ เป็นไข้เลือดออก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พอชม ฉวีวัฒน์ (2543) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ ประชากรร่วมใจป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ 72 พรรษา ภูมิศึกษา: อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ในประชาชนหัวหน้าครัวเรือน หรือตัวแทนที่อาศัยอยู่ หมู่ที่ 2 ตำบลท่าทราย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 352 คน พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ ต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทำลายในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพศกับอายุ ที่ต่างกันมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทำลายในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายไม่แตกต่างกัน

วัชรพันธ์ แน่ประโคน (2544) ศึกษาการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในกลุ่มประชาชนที่เป็นแกนนำสุขภาพ อายุตั้งแต่ 15-55 ปี จำนวน 400 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออกประจำสถานีอนามัย แห่งละ 1 คน จำนวน 20 คน เพื่อศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ศึกษาแนวทางในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษา

พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการป้องกันโรคของประชาชน ในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และรายจ่ายของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับแนวทางการป้องกันโรค ไข้เลือดออก

สมหวัง ช่อนงาม (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค คือ อาชีพ สถานภาพทางสังคมในหมู่บ้าน สื่อการได้รับรู้ข่าวสารเรื่องไข้เลือดออก การติดตามจาก อสม. และมาตรการของชุมชน

รัชณี พุดขุนทด และธานินทร์ สุธิประเสริฐ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกัน และควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของประชาชนในเขตเทศบาล เมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี โดยสัมภาษณ์ผู้มีหน้าที่ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 430 คน จากการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกัน และควบคุมโรค ไข้เลือดออก ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และหาความสามารถในการทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก คือ อายุ การศึกษา สภาพแวดล้อมรอบ ๆ บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก และการรับรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกัน และควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

สายฝน อุ้นคำ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออกของตำบลหนองข่า อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า อสม. มีความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 81.3 มีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 61.3 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.3 โดยการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. กับการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อดุลย์ วรรณชาติ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก : ศึกษากรณี อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1-5 ปี อสม. ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับสูง ได้รับข่าวสารจากสื่อเจ้าหน้าที่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.0 มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ อายุ ระยะเวลาที่เป็น อสม. และอาชีพ

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

รุ่งทิพย์ ผูกเกสร (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับสิ่งสนับสนุนและช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐและได้รับการส่งเสริมหรือกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อารีย์ เชื้อสาวะถี (2546) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอำเภอพล จังหวัดขอนแก่นเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตพฤติกรรม จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเมืองเมืองพล จำนวน 240 คนและเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มผลการวิจัยพบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.7 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

พลเกต อินตา (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ภูมิศึกษา : อบต. ขนาดใหญ่ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ในกลุ่มประชาชนในเขตตำบลสุเทพ ตำบลหนองป่าครั่ง และตำบลแม่เหิยะ รวม 16 หมู่บ้าน จำนวน 355 คน เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับความรู้ของประชาชน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับน้อย ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สุพัฒน์ ปัญจมาตย์ สกุลลักษณะ ผากอง และมานพ ทองตัน (2547) ศึกษาการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอหนองแวง จังหวัดสระบุรี พบว่า อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา และการเข้าร่วมประชุมอบรมหรือสัมมนา ที่แตกต่างกันจะทำให้มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เรื่อง

ไข้เลือดออก และแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประเสริฐ ลมจะโปะ (2548) ศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ศึกษา คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 228 คน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากร ความรู้ ทักษะ การบริหารทรัพยากร และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจำนวนหลังคาเรือนต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แตกต่างกันมีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน

สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอสีจรรณภูมิ จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 320 คน ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาและรายได้ ต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วน เพศอายุ สถานภาพสมรสและอาชีพที่ต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการดำรงตำแหน่งอื่นในหมู่บ้านต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและปัจจัยด้านการรับรู้บทบาท พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการรับรู้ในบทบาทมาก มีผลการปฏิบัติงานมากกว่า กลุ่มที่มีระดับการรับรู้ในบทบาทปานกลางและน้อย

สำเนียง วงศ์วาน (2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์จากตัวอย่างที่เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้านที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 240 คน ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้แก่ รายได้ และสถานภาพทางสังคม

สุพรรณ หาญวารี (2550) ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผล

การจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านทดลอง คือ หมู่ที่ 13 และหมู่บ้านเปรียบเทียบคือหมู่ที่ 8 หมู่บ้านละ 100 คน ผลการวิจัยพบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกถูกต้องขึ้น และพบว่า ความรู้การรับรู้ด้านต่าง ๆ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550) ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 348 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสุขภาพภาคประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการนิเทศงาน และการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน

กิตติพงษ์ บัวติก (2551) ศึกษาการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น สาขา สุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การศึกษา ($p = 0.013$) การสนับสนุนจากองค์กร ($p = 0.000$) และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($p = 0.016$)

พิศิษฐ์ ปรีกโชติสง (2552) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ทำการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 170 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 58.24 ภาพรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (95% CI = 4.15-4.27) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติปัจจัยเอื่อด้านรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

มนัญชัย รูปคำ (2552) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 355 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.34, 95\% \text{ CI} = 2.31$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา อายุ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม $p\text{-value} < 0.001$ มีความสัมพันธ์กับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เสกสรร สองจันทร์และประจักษ์ บัวผัน (2553) ศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาที่ตำบลชุมเห็ด อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 195 คน จากการศึกษาพบว่าภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.765, p\text{-value} < 0.001$)

สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ามีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น การรับรู้หน้าที่ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. และผู้วิจัยได้นำไปใช้เป็นตัวแปรเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่คาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาทำงานเป็น อสม. หน้าที่อื่นในหมู่บ้าน และความรู้ เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้หน้าที่ และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นตัวแปรอิสระในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร