

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก เขตรับผิดชอบ องค์การบริหารส่วนตำบลนครเจดีย์ ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็นหัวข้อได้ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและพาหะนำโรค
2. ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค
3. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
4. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation (PRECEDE – PROCEED MODEL)
5. บริบทชุมชน ตำบลนครเจดีย์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและพาหะนำโรค

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อจากเชื้อเด็งกีไวรัส (Dengue Virus) ซึ่งมีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรค มีลักษณะอาการสำคัญ คือ มีไข้ร่วมกับมีเลือดออกตามผิวหนัง (Hemorrhagic Diathesis) ตับโตและมักมีภาวะช็อกซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ไข้เลือดออก พบในประเทศไทยครั้งแรก ปี พ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพและธนบุรี ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกได้กระจายไปทั่วทุกภาคของประเทศไทย โดยทั่วไปมักระบาดในช่วงฤดูฝน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาด ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวของชุมชนเมือง และการคมนาคมที่สะดวกขึ้น ทำให้การแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว (สุตใจ ม่อนไข่และคณะ, 2556)

โรคไข้เลือดออก มีการระบาดในประเทศทางเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแถบแปซิฟิกตะวันตก พบระบาดครั้งแรกในประเทศฟิลิปปินส์เมื่อ พ.ศ. 2496 จึงเรียกว่า Philippines Hemorrhagic Fever และระบาดในประเทศไทยครั้งแรกที่กรุงเทพมหานครเมื่อ พ.ศ. 2501 จึงเรียกว่า Thai Hemorrhagic Fever ในฟิลิปปินส์ แยกไวรัสได้ Type 2, 3 และ 4 ในปี พ.ศ. 2499 และแยกได้เพิ่ม Type 1 ในประเทศไทย สำหรับการระบาดของไข้เลือดออกในประเทศไทยข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2542 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกประมาณ 50,000 - 100,000 รายต่อปี มีภาวะช็อกประมาณ ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเสียชีวิตประมาณ ปีละ 100-400 คน ปัจจุบันพบการระบาดทุกภาคในประเทศไทย การระบาดในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลักษณะคล้ายกัน คือ ระบาดปีเว้นปี หรือปีเว้น 2 ปี แต่ภาคเหนือและภาคใต้ไม่มีลักษณะดังกล่าว อัตราป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 10 -14 ปี และ 0 - 4 ปี แนวโน้มเกิดโรคในกลุ่มอายุที่มากกว่า 15 ปี ขึ้นไปมากขึ้นเรื่อยๆ มีการระบาดในฤดูฝน ช่วงที่มีการระบาดสูงสุด ได้แก่ เดือนมิถุนายน หรือ กรกฎาคม (ภาคฯ คมมาลี, 2552)

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever: DHF) เกิดจากการติดเชื้อที่นำโดยยุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากที่สุดโดยพิจารณาทางด้านสาธารณสุขในแต่ละปีพบผู้ป่วยจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และในทางการแพทย์ผู้ป่วยเดงกีที่รุนแรงอาจเกิดภาวะช็อกซึ่งเป็นผลจากการรั่วของพลาสมา ทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการแพร่ระบาดและการขยายพื้นที่เกิดโรคออกไปอย่างกว้างขวาง ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของชุมชนเมือง การเคลื่อนไหวของประชากร มียุงลายมากขึ้นตามการเพิ่มของภาชนะที่มนุษย์ทำขึ้นเพื่อเก็บกักน้ำ การคมนาคมที่สะดวกขึ้นทั้งทางบกและทางอากาศ ทำให้การเดินทางเพิ่มขึ้นทั้งในและระหว่างประเทศ มีการแพร่กระจายเชื้อไปได้อย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงของเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอยู่ในพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคโดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคแบบ DHF ที่สำคัญคือการที่ในพื้นที่มีเชื้อเดงกีชุกชุมและมีมากกว่าหนึ่งชนิดในเวลาเดียวกัน Hyperendemicity with multiple serotypes หรือมีการระบาดที่ละชนิดตามกันในเวลาที่เหมาะสม Sequential infection เด็กมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่เคยติดเชื้อมาแล้วครั้งหนึ่งและเป็นเด็กที่มีภาวะโภชนาการดี การศึกษาทางระบาดวิทยาที่แสดงว่า การติดเชื้อซ้ำ (Secondary infection) ด้วยชนิดที่ต่างจากการติดเชื้อครั้งแรก (Primary infection) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเพราะส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยที่เป็น DHF มีการติดเชื้อซ้ำ (ภัสสราศรีจันทร์ฉาย, 2554)

ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก

ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกเป็นแมลงจำพวกหนึ่งที่สำคัญมีอยู่ 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้านและ ยุงลายสวน ยุงลายเป็นยุงที่มีขนาดปานกลาง วงจรชีวิตของยุงลายประกอบด้วย ระยะต่างๆ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่ ระยะตัวอ่อนหรือลูกน้ำ ระยะดักแด้หรือตัวโม่ง และ ระยะตัวเต็มวัยหรือตัวยุง ทั้ง 4 ระยะมีความแตกต่างกันทั้งรูปร่างลักษณะและการดำรงชีวิต ลักษณะสำคัญทั่วไปของยุงลาย คือ

ระยะไข่ ไข่ยุงลายมีลักษณะรีคล้ายกระสวย เมื่อวางออกมาใหม่ๆจะมีสีขาวนวล ต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลและดำสนิทภายใน 24 ชั่วโมง

ระยะลูกน้ำ ไม่มีขา ส่วนอกมีขนาดใหญ่กว่าส่วนหัว ส่วนท้องยาวเรียวประกอบด้วย ปล้อง 10 ปล้อง มีท่อหายใจอยู่บนปล้องที่ 8 และมีกลุ่มขน 1 กลุ่มอยู่บนท่อหายใจนั้น

ระยะตัวโม่ง ไม่มีขา มีอวัยวะสำหรับหายใจอยู่บนด้านหลัง (บริเวณที่เป็นส่วนหัวรวมกับอก)

ระยะตัวเต็มวัย (ตัวยุง)

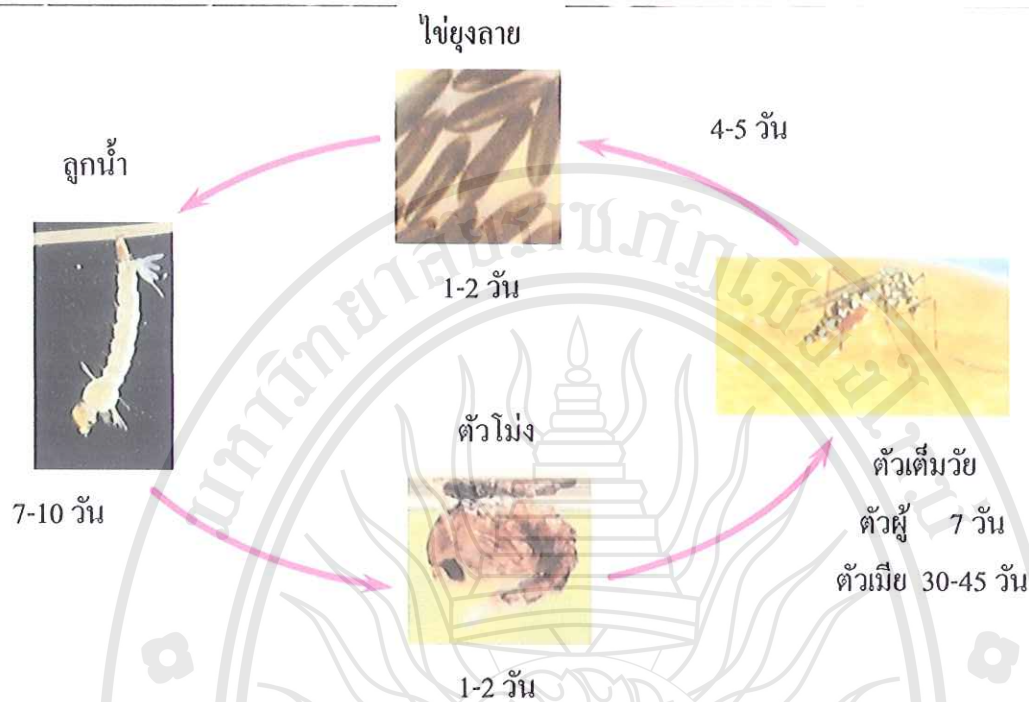
1. ร่างกายอ่อนนุ่ม เปราะบาง แบ่งเป็น 3 ส่วนแยกออกจากกันเห็นได้ชัดเจนคือ ส่วนหัว ส่วนอก และส่วนท้อง ลำตัวยาวประมาณ 4-6 มิลลิเมตร มีเกล็ดสีดำสลับขาวตามลำตัวรวมทั้งส่วนหัวและส่วนอกด้วย

2. มีขา 6 ขาอยู่ที่ส่วนอก ขามีสีดำสลับขาวเป็นปล้องๆ ที่ขาหลังบริเวณปลายปล้องสุดท้ายมีสีขาวยด

3. มีปีกที่เห็นได้ชัดเจน 2 ปีกอยู่บริเวณส่วนอก ลักษณะของปีกบางใส มีเกล็ดเล็กๆบนเส้นปีก ลักษณะของเกล็ดแคบ ยาว บนขอบหลังของปีกมีเกล็ดเล็กๆเป็นชายครุย นอกจากนี้ที่ส่วนอกยังมีอวัยวะที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัวอยู่ใกล้กับปีก

4. มีปากยาวมาก ลักษณะปากเป็นแบบแทงดูด

5. เส้นหมวดประกอบด้วยปล้องสั้นๆ 14-15 ปล้อง ที่รอยต่อระหว่างปล้องมีขนขึ้นอยู่โดยรอบ ในยุงตัวผู้เส้นขนเหล่านี้ยาวมาก (ใช้รับคลื่นเสียงที่เกิดจากการขยับปีกของยุงตัวเมีย) มองดูคล้ายพู่ขนนก ส่วนในยุงตัวเมียเส้นขนที่รอยต่อระหว่างปล้องจะสั้นกว่าและมีจำนวนน้อยกว่า ลักษณะของหมวดยุงจึงใช้ในการจำแนกเพศของยุงได้ง่าย



ภาพที่ 2.1
ที่มา : วงจรชีวิตของยุงลาย
สาธารณสุขจังหวัดลำพูน

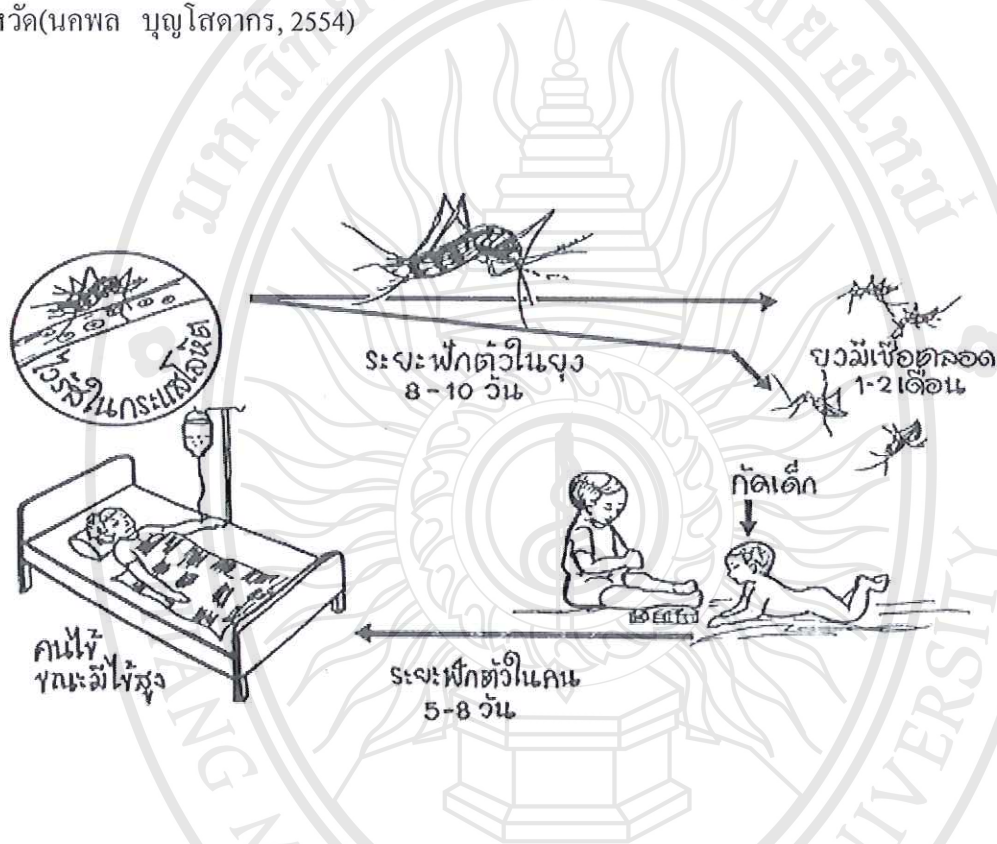
อาการของโรคไข้เลือดออก

อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 70-80 ของคนที่เป็นไข้เลือดออก จะมีอาการเพียงเล็กน้อย และหายได้เองภายในประมาณ 1 สัปดาห์ เพียงแต่จะต้องให้การรักษาตามอาการ และให้ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและภาวะช็อก ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (นคพล บุญโสตากร, 2554)

นอกจากนี้ ประมาณร้อยละ 20-30 ที่อาจมีภาวะช็อกหรือเลือดออกรุนแรงซึ่งหากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้ตั้งแต่เริ่มต้น ก็สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการให้น้ำเกลือหรือให้เลือด มีคนไข้ที่เป็นโรคไข้เลือดออกเพียงส่วนน้อยชนิดเท่านั้น ที่เป็นรุนแรงเกินกว่าจะเยียวยาได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551: 8)

เมื่อมีผู้ได้รับเชื้อโรคไข้เลือดออกเข้าไป โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดในช่วงเวลากลางวันจะมีระยะฟักตัวประมาณ 3-15 วัน ระยะฟักตัวเมื่อยุงลายได้รับเชื้อจะมีระยะเวลาประมาณ 8-12 วัน

เมื่อถูกยุงกัดคนอื่นอีก เชื้อจะมีระยะฟักตัวประมาณ 5 – 8 วัน ผู้ป่วยทุกคนจะมีไข้สูงแบบเฉียบพลัน ไข้สูงนาน 3 – 6 วัน บางคนอาจมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย คือ ท้องผูก หรือท้องเสีย เบื่ออาหาร อาเจียน ปวดศีรษะหรือปวดเมื่อยตามตัว ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้อง ทั้งนี้อาจปวดบริเวณลิ้นปี่และชายโครงขวาซึ่งเป็นบริเวณของตับส่วนมากจะไม่มีอาการจุดเลือดออกตามตัว ถ้ามีจุดเลือดออกทั่วร่างกายแสดงว่าจะเป็ไข้เลือดออกอย่างรุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีหน้าแดง ตาอาจแแดงได้คล้ายโรคหัด (แต่หัดจะมีน้ำมูกและไอน้ำ) คออาจแแดงด้วย โดยไม่มีน้ำมูกไหล ซึ่งแตกต่างไปจากไข้หวัด(นภพล บุญโสดากร, 2554)



ภาพที่ 2.2 การดำเนินโรคไข้เลือดออก

ที่มา : สาธารณสุขจังหวัดลำพูน

แพทย์อาจแบ่งอาการของโรคไข้เลือดออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะไข้สูง ผู้ป่วยจะมีไข้สูงซึ่งเกิดขึ้นฉับพลัน มีลักษณะไข้สูงลอยตลอดเวลา หน้าแดง ตาแดง ปวดศีรษะ กระหายน้ำ ชีพ เบื่ออาหาร และอาเจียนร่วมด้วยเสมอ บางคนอาจบ่นปวดท้องในบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรือชายโครงขวา หรือปวดท้อง ส่วนมากจะไม่ค่อยมีอาการคันจมูก น้ำมูกไหลหรือไอน้ำ (จึงแยกออกจากคนที่เป็ไข้หวัดหรือออกหัดได้) ในช่วงประมาณวันที่ 3 ของอาการไข้ อาจมีผื่นแดง ไม่คัน ขึ้นตามแขน ขาและลำตัว ซึ่งจะเป็นอยู่ 2- 3 วัน บางคนอาจมีจุด

เลือดออกลักษณะเป็นจุดแดงเล็กๆ ขึ้นตามใบหน้า แขน ขา ซอกรักแร้ ในช่องปาก เพดานปาก กระพุ้งแก้ม ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของไข้เลือดออก ในระยะนี้อาการที่พบคือ พบว่าตัวโต และมีอาการกดเจ็บเล็กน้อยบริเวณตัวของผู้ที่เป็นโรคไข้เลือดออก

2. ระยะช็อกและมีเลือดออก มักจะพบในไข้เลือดออกที่เกิดจากเชื้อไวรัสแดงก่ ที่มีความรุนแรง อาการจะเกิดขึ้นในช่วงระหว่างวันที่ 3-7 ของโรค อาการไข้จะเริ่มลดลง แต่ผู้ป่วยกลับมีอาการปวดท้อง และอาเจียนบ่อยขึ้น ซึมมากขึ้น กระสับกระส่าย ตัวเย็น มือเท้าเย็น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเบาแต่เร็ว และความดันเลือดต่ำ ซึ่งเป็นภาวะช็อก เกิดขึ้นเนื่องจากพลาสมาไหลซึมออกจากหลอดเลือด ทำให้ปริมาตรของเลือดในร่างกายของผู้ป่วยลดลงมาก

ผู้ป่วยยังอาจมีอาการเลือดออกตามผิวหนังเลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือดสด ๆ หรือเป็นสีกาแฟ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด ๆ หรือเป็นสีน้ำมันดิบ ๆ ถ้าเลือดออกมักจะทำให้เกิดภาวะช็อกรุนแรงหรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาให้ทันท่วงที ก็อาจเสียชีวิตได้ ภายในเวลา 1-2 วัน

ระยะที่ 2 นี้จะใช้เวลาประมาณ 24-72 ชั่วโมง ถ้าหากผู้ป่วยไม่เสียชีวิตสามารถผ่านช่วงวิกฤติไปได้ ก็จะเข้าระยะที่ 3

3. ระยะทุเลาลง เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ผ่านช่วงวิกฤติไปแล้ว เมื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที ก็จะฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติ เริ่มอยากรับประทานอาหาร รวมเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นประมาณ 7-10 วัน (นคพล บุญโสดากร, 2554)

ตารางที่ 2.1 การแบ่งประเภทและระดับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ตาม WHO classification

โรค	ระยะที่	อาการ
ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever)	I	1. มีไข้ 2-7 วัน (Acute febrile illness) 2. มีลักษณะเลือดออกง่าย (Hemorrhagic manifestations) 3. ข้อบ่งชี้การรั่วของพลาสมา (Evidence of plasma leakage) เช่น • มีน้ำในปอด (Pleural effusion) • มีน้ำในช่องท้อง (Ascites) • ตรวจพบ โปรตีนหรือเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ (Proteinuria/albuminuria.) ระดับนี้ยังไม่มีภาวะเลือดออกและไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ
	II	ผู้ป่วยมีเลือดออก เช่น เลือดกำเดา (Epistaxis), เลือดออกในกระเพาะ (GI Bleeding) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ สัญญาณชีพ
	III	ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension), ช่วงความดันแคบ (≤ 40 mmHg) ชีพจรเบา มือเท้าเย็น กระสับกระส่ายตัวเย็น เหงื่อออกผิดปกติ ปัสสาวะน้อยลง มีเลือดออกจุกสำคัญ (Significant bleeding)
	IV	ผู้ป่วยหมดสติ (สลบ) Profound shock วัด BP ไม่ได้ มีเลือดออกจำนวนมาก (Massive bleeding)

ที่มา : WHO classification

ระบาดวิทยาของโรค

ทฤษฎีในทางระบาดวิทยาถือว่าการเกิดโรคและการกระจายของโรคใดๆ เกิดจากอิทธิพล ขององค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ คน (Host) ตัวเชื้อโรคหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค (Agent) และ สิ่งแวดล้อม (Environment) โดยให้ความสำคัญของ 3 องค์ประกอบเท่าๆ กัน ความไม่สมดุลระหว่างปัจจัยองค์ประกอบทั้ง 3 อย่างจะมีผลต่อการเพิ่มหรือลดลงในความถี่

ของโรคได้ ซึ่งในทฤษฎีการเกิดโรคนั้น ด้านระบาดวิทยาถือว่าจอห์น กอร์ดอน (John Gorden) เป็นบิดาของระบาดวิทยาและเป็นผู้กำหนดแผนภูมิที่มีลักษณะคล้ายคนเอาไว้

ในการศึกษาทางระบาดวิทยา ทำให้ทราบสภาวะสุขภาพอนามัยของชุมชน ทราบสาเหตุและการกระจายของโรคต่าง ๆ ได้โดยละเอียด เนื่องมาจากระบาดวิทยาเป็นวิชาการศึกษาที่มีหลักการและวิธีการในการปฏิบัติ สามารถนำไปใช้ในการค้นคว้าทางวิชาการหรือการวางแผนงานต่าง ๆ ได้ ประโยชน์ของระบาดวิทยา (สมชาย สุพันธุ์วัฒน์, 2529) มีดังต่อไปนี้

1. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงในการเกิดและการกระจายของโรคในชุมชน หรือคาดคะเนแนวโน้มของการเกิดโรค ระบาดวิทยามีวิธีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ที่เกิดขึ้นในชุมชนการรวบรวม การวิเคราะห์ และการนำเสนอที่ทำให้ทราบถึงปรากฏการณ์เหล่านี้เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษารายละเอียดของโรคต่อไป หรือเพื่อการเตรียมการในการควบคุมและป้องกันโรค

2. ใช้ในการวินิจฉัยชุมชน (Community diagnosis) วิธีและหลักการของระบาดวิทยาในการเก็บข้อมูล การรวบรวม และการวิเคราะห์จะทำให้ทราบถึงสถานภาพทางอนามัยของชุมชนนั้น ตลอดจนปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดในชุมชนได้

3. ใช้ในการรักษาและป้องกันโรค (Curative & Preventive aspect) การศึกษาทางระบาดวิทยาทำให้ทราบสาเหตุของโรคต่าง ๆ หรือปัจจัยอันตราย (Risk factors) ซึ่งการทราบสาเหตุทำให้สามารถป้องกันโรคได้ หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้ดีขึ้น

4. การค้นพบโรคในระยะเริ่มแรก (Early Detection of Diseases) ระบาดวิทยาช่วยให้มีวิธีการตรวจแยกโรคในคนหมู่มาก (Mass Screening Survey) เพื่อตรวจหาความผิดปกติหรือโรคบางอย่างในชุมชน ซึ่งบางครั้งก็ไม่ทราบจึงทำให้สามารถวินิจฉัยโรคได้ในระยะเริ่มแรก การพยากรณ์โรค (Prognosis) ก็ดีขึ้นด้วย

5. ใช้ในการควบคุมโรค (Disease Control) จากระบบการเฝ้าระวังโรค (Disease Surveillance System) ซึ่งเป็นวิธีการทางระบาดวิทยาอย่างหนึ่งในการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยต่าง ๆ ในชุมชน การวินิจฉัยทั้งทางคลินิกและทางห้องทดลอง ตลอดจนลักษณะและแหล่งที่อยู่ของผู้ป่วยจะทำให้สามารถทราบอัตราการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรคในชุมชน และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องอยู่ตลอดเวลา จึงสามารถดำเนินการควบคุมโรคให้มีอัตราลดลงและป้องกันการระบาดได้

6. ใช้วางแผนงานด้านบริการการแพทย์และสาธารณสุข การทราบการเจ็บป่วยหรือการตายที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แยกตามสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่ ทำให้สามารถวางแผนจัดบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขให้เหมาะสมแก่สภาพของปัญหาที่เกิดขึ้นได้

เช่น ชนิดและปริมาณของสถานพยาบาลและบุคลากร ตลอดจนโครงการทางสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว โครงการโภชนาการ การให้สุศึกษาที่ถูกต้อง เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจใช้ข้อมูลเหล่านี้คาดคะเนปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และวางแผนเพื่อเตรียมการแก้ไขไว้ได้

7. ใช้จำแนกชนิดของโรคต่าง ๆ การเรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดโรคต่าง ๆ ตลอดจนทราบสาเหตุของการเกิดโรค ทำให้สามารถจำแนกโรคได้อย่างถูกต้อง เพราะโรคบางโรค ถึงแม้จะมีอาการและอาการแสดงเหมือนกันแต่อาจไม่ใช่โรคในกลุ่มเดียวกัน การศึกษาทางระบาดวิทยาจะช่วยจำแนกโรคออกได้

8. ประเมินผลการรักษาพยาบาลและโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ วิธีการทางระบาดวิทยา เช่น การทดลองหรือการใช้กลุ่มเปรียบเทียบจะทำให้สามารถศึกษาและประเมินผลต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาโรค รูปแบบหรือชนิดของการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังใช้ในการประเมินผลโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น ความสำเร็จของโครงการขยายการให้ภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น

9. การวิจัยในสาขาต่าง ๆ หลักการและวิธีการของระบาดวิทยาที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และการเกิดโรค สามารถประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ได้สำหรับวิชาการ สาขาอื่น ๆ เช่น สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และ Biomedical research อื่น ๆ เช่น ในการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยในสังคมกับการเปลี่ยนแปลงในสังคมและการเพิ่มของประชากรหรือการทดลองเพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหรือระบบต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์และสัตว์ เป็นต้น เป็นการช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าในการศึกษาวิจัย เพื่อนำความรู้ใหม่ ๆ ไปพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติต่อไป

10. ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อพัฒนาประเทศ ข้อมูลต่าง ๆ ของระบาดวิทยา เช่น จากระบบการเฝ้าระวังโรคและจากการศึกษาวิจัยสาเหตุหรือปัจจัยอันตรายของโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทำให้ทราบถึงปัญหาของประเทศในด้านโรคภัยไข้เจ็บและลักษณะของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่เป็นเหยื่อของโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งจะทำให้ประมาณค่าได้ถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของประเทศ ตลอดจนปัญหาทางสังคมอื่น ๆ ที่จะตามมาจากการเจ็บไข้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยประเภทเรื้อรัง ดังนั้นข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาประเทศไม่เฉพาะแต่แผนสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นการปรับปรุงโครงสร้างสังคมสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ และเศรษฐกิจด้วย

โดยทั่วไปโรคหรือปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในชุมชน จะมีลักษณะเฉพาะทางระบาดวิทยาของแต่ละโรคหรือปัญหาสาธารณสุขนั้น ๆ ซึ่งลักษณะเฉพาะทางระบาดวิทยาประกอบด้วย สถานการณ์ของโรค หรือปัญหาสาธารณสุขที่เกิดในชุมชน ลักษณะของกลุ่มประชากรที่เป็นโรค

กลุ่มที่ไวต่อการเกิดโรค สถานที่ที่โรคเกิด ระยะเวลาที่โรคเกิดเป็นประจำ แหล่งแพร่โรค ลักษณะการแพร่กระจายของโรค และลักษณะความเป็นไปของโรค รวมทั้งผลจากการศึกษา ค้นคว้าสามารถนำไปใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคและปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ นั่นก็คือในการจัดบริการหรือแผนงานป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ และมีผลโดยตรงต่อการลดปัญหาและความรุนแรงของโรค หรือปัญหาสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลทางระบาดวิทยามาใช้ประกอบการพิจารณา ว่าสมควรใช้วิธีการใดที่เหมาะสมที่สุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการกำจัด ลด หรือยับยั้งการเกิดโรคและการดำเนินของโรคให้มากที่สุด (พรพันธุ์บุญยรัตพันธุ์, 2538 : 46)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค (สุวิทนา กลางคาร, 2547)

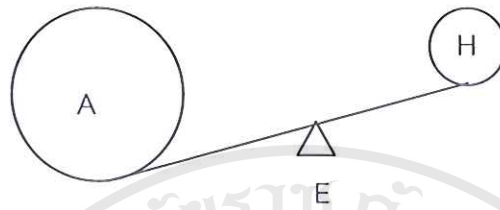
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรคมี 3 ประการ ซึ่งได้แก่ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) คน (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ปัจจัยทั้ง 3 ตัว อยู่กันอย่าง สมดุล โดย สิ่งที่ทำให้เกิดโรค มีน้ำหนักถ่วงดุลกับ มนุษย์ และมีสิ่งแวดล้อม เป็นจุดหมุนอยู่ตรงกลาง



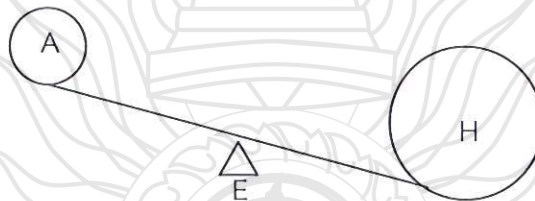
ภาวะสมดุลของปัจจัยทั้ง 3 นี้ ในแง่ของปัจเจกบุคคล (Individual) หมายถึงภาวะที่เชื้อโรคและมนุษย์อยู่ร่วมกันภายใต้สิ่งแวดล้อมหนึ่งอย่างเป็นปกติ ไม่มีโรคเกิดขึ้นในบุคคลนั้นในแง่ของการเกิดโรคในชุมชน (Community) หมายถึง ประชาชนที่อยู่ในชุมชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี ไม่มีการระบาดหรือการแพร่กระจายของโรค สุขภาพอนามัยของชุมชน หมายถึงภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย

ปัจจัยทั้ง 3 ตัว อยู่กันอย่าง ไม่สมดุล ผลก็คือ มีโรคเกิดขึ้น ซึ่งเป็นได้หลายรูปแบบ คือ

1. สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) มีการเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น หรือการมีสิ่งที่ทำให้เกิดโรคชนิดใหม่เกิดขึ้น หรือ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค ชนิดเก่า เกิดการผ่าเหล่า (Mutation) ทำให้เชื่อมีความรุนแรงมากขึ้น

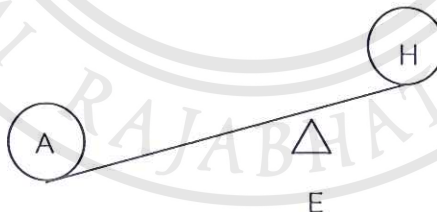


2. คน (Host) มีการเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมากขึ้น ได้แก่ การมีเด็กเล็ก ๆ อยู่เป็นจำนวนมากในชุมชน จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มากกว่ากลุ่มอายุอื่น หรือการที่มีคนสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งคนเหล่านี้จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เบาหวาน



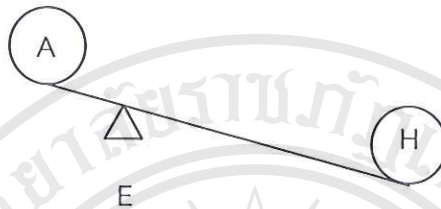
3. สิ่งแวดล้อม(Environment) มีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจเกิดได้ใน 2 กรณี คือ

3.1 สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค มีการเพิ่มมากขึ้น ผลก็คือมี คนเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น ฤดูกาล ฤดูร้อนมีผลไม้หลายชนิดสุกทำให้มีแมลงเพิ่มจำนวนมาก ก็ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหารมากขึ้น ฤดูฝน ภาชนะที่มีน้ำฝนขังก็เป็นที่แพร่พันธุ์ของยุงลาย โอกาสที่โรคไข้เลือดออกจะระบาดก็มีสูง



3.2 สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้มี Host เพิ่มมากขึ้น เช่น การเกิดของชุมชนใหม่ในงานก่อสร้างใหญ่ๆ ก็จะมีการสร้างที่พักคนงาน(Camp)ใหญ่ๆ มีการอพยพครอบครัวคนงานจากที่

ต่างๆ มาอยู่รวมกันทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคหลายๆโรค เช่น มาลาเรีย ไข้ซาง วัณโรค ปอด คอติบโนเด็กวัยเรียนและวัยก่อนเรียน ผลก็คือ มีการป่วยเป็นโรคมากขึ้น



ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกจะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ บุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื้อไวรัสไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Virus) มี 4 สายพันธุ์ (Serotypes) คือ DEN 1 - 4 และมียุงลาย *Aedes aegypti* เป็นพาหะนำเชื้อไวรัสไข้เลือดออกมาสู่คน (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544) การกระจายของโรคตามบุคคล โรคไข้เลือดออกพบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชายและทุกกลุ่มอายุ แต่กลุ่มอายุที่พบมากคือ 5 - 14 ปี (ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทุกกลุ่ม) อายุที่พบน้อยที่สุด คือ 50 วันพบที่โรงพยาบาลเด็ก การกระจายของโรคตามเวลา โดยจะพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากในฤดูฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม เป็นต้นไป และสูงสุดประมาณเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม แต่ในปัจจุบันพบได้ตลอดทั้งปี (วาสนา ชำนาญเวช, 2556)

เชื้อสาเหตุ

เชื้อไวรัสเดงกี เป็น RNA Virus จัดอยู่ใน Family Flaviviridae (เดิม Group B Arbovirus) มี 4 Serotypes , DEN 1 – 4 ทั้ง 4 Serotypes มี Antigen ร่วมบางชนิด ทำให้มี Cross Reaction และมี Cross Protection ได้ในระยะสั้นๆ ถ้ามีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้ว จะมีภูมิคุ้มกันชนิดนั้นตลอดชีวิต (Permanent Immunity) แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆอีก 3 ชนิดได้ในช่วงสั้นๆ (Partial Immunity) ประมาณ 6 – 12 เดือน หลังจากนั้น จะมีการติดเชื้อไวรัสเดงกี ชนิดอื่นๆ ที่ต่างจากได้รับครั้งแรกได้ เป็นการติดเชื้อซ้ำ (Secondary Dengue Infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีชุกชุมอาจมีการติดเชื้อ 3 หรือ 4 ครั้งได้ ตามทฤษฎี ไวรัสทั้ง 4 Serotypes สามารถทำให้เกิด DF หรือ DHF ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการ ที่สำคัญคือ อายุ และภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย มีการศึกษาทางระบาดวิทยาที่แสดงว่าการติดเชื้อซ้ำ ด้วยชนิดที่ต่างจากการติดเชื้อครั้งแรก (Primary Infection) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่



สำคัญ เพราะส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 – 90 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออก มีการติดเชื้อซ้ำ ส่วนผู้ที่เป็นโรคไข้เลือดออก เมื่อมีการติดเชื้อครั้งแรกนั้น มักเป็นในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ชนิดของไวรัสแดงที่ เป็นครั้งที่ 1 และ 2 (Sequence of Infections) อาจมีความสำคัญเช่นเดียวกัน มีการศึกษาทางระบาดวิทยาในคิวบาและในประเทศที่แสดงว่ามีการติดเชื้อครั้งที่ 2 มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคไข้เลือดออกเด็งกีสูง(<http://province.moph.go.th/rattaphum/DHF.htm>)

การแพร่กระจายของเชื้อโรค

โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลาย *Aedes aegypti* เป็นพาหะที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งออกหากินในเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะเพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8 -12 วัน การแพร่เชื้อบางครั้งอาจเกิดขึ้นทันทีหลังจากยุงกัดผู้ป่วยยุงจะดูดเชื้อไวรัสเข้าไป และขณะที่กำลังดูดเลือดยุงถูกรบกวนก่อนที่จะดูดเลือดอีก ยุงจะไปกัดคนอื่นต่อ (Multiple feeding) และปล่อยเชื้อไปยังผู้ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนผ่านระยะฟักตัวประมาณ 5 - 8 วัน (3 – 15 วัน) ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้ (บงการ ชัยชาญ, 2546)

การดำเนินของโรคไข้เลือดออก

การดำเนินของโรคไข้เลือดออก (DHF) แบ่งได้เป็น 3 ระยะ(กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2550)

1. ระยะไข้สูง เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง 39-41 องศาเซลเซียส ส่วนใหญ่เป็นเวลา 2-7 วัน ร้อยละ 17 มีไข้ยาวนานเกิน 7 วัน อาจมีอาการชักได้โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ผู้ป่วยมักมีอาการหน้าแดง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวา ตับโตและกดเจ็บ อาเจียน และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มักไม่มีอาการของไข้หวัดชัดเจน บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง หรือมีอาการเลือดออกที่อวัยวะอื่น เช่น เลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น การทดสอบ “ทูร์นิเกตต์” จะให้ผลบวกร้อยละ 80 - 85 ซึ่งเกิดจากความเปราะบางของเส้นเลือด

2. ระยะวิกฤต เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมา หากมีการรั่วของพลาสมาอย่างมาก จะมีผลให้เกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่ายมือเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็วและเบาลง มีความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยอาจมีอาการเลือดออกร่วมด้วย ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกอาจแบ่งเป็น 4 เกรด โดยอาศัยภาวะเลือดออกและภาวะช็อก ดังนี้

เกรด 1 ผู้ป่วยทดสอบทูนิเกต (Tourniquet Test) ได้ผลบวก ไม่มีภาวะเลือดออก และไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ

เกรด 2 ผู้ป่วยมีเลือดออก เช่น จุดเลือดออกที่ผิวหนัง (Petichiae), เลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ

เกรด 3 ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ, ชีพจรเบาเร็ว, มือเท้าเย็น กระสับกระส่าย ตัวเย็นเหงื่อออกผิดปกติ ปัสสาวะน้อยลง มีเลือดออก

เกรด 4 ผู้ป่วย จับชีพจรและวัดความดันโลหิตไม่ได้ (Profound Shock), มีเลือดออกอย่างรุนแรง (Massive Bleeding)

ผู้ป่วย ไข้เลือดออก ที่มีความรุนแรง เกรด 1 และเกรด 2 สามารถแยกจากผู้ป่วย ได้โดยที่ผู้ป่วย โรคไข้เลือดออก จะมีการร่วงของพลาสมาพร้อมด้วย สำหรับผู้ป่วย โรคไข้เลือดออกที่มีความรุนแรง เกรด 3 และ 4 จัดเป็น Dengue Shock Syndrome (DSS)

3. ระยะฟื้น เป็นระยะที่มีการคืนกลับของพลาสมาเข้าสู่กระแสโลหิต ผู้ป่วยจะมีอาการทั่วไปดีขึ้น เริ่มมีความอยากอาหาร ปัสสาวะเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง มีผื่น (Convalescent Rash) ซึ่งอาจมีอาการคันร่วมด้วย

การที่ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเดงกี จะเกิดโรคเป็นรูปแบบใด ขึ้นกับปัจจัยหลายประการที่สำคัญคือ อายุและภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ชนิดของการติดเชื้อเป็นแบบปฐมภูมิ (Primary) หรือทุติยภูมิ (Secondary) ซึ่งโรทักซ์ และปริมาณของไวรัส ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเดงกีที่เป็นเด็กเล็ก (0-2 ปี) อาจมีอาการและอาการแสดงของโรคต่างจากผู้ป่วยเด็กโต พบว่าผู้ป่วยเด็กเล็กจะพบอาการอาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง น้อยกว่าผู้ป่วยเด็กโต แต่มีอาการถ่ายเหลว ผื่น ชัก มากกว่าผู้ป่วยเด็กโต ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีที่เป็นวัยรุ่น (13 - 15 ปี) อาการทางคลินิกไม่ต่างจากผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเดงกีทั่วไป แต่พบซึมน้อยกว่า และมีอาการปวดศีรษะมากกว่า ส่วนผู้ป่วยผู้ใหญ่พบอาการไข้เป็นเวลานานกว่าพบอาการปวดศีรษะ และปวดกล้ามเนื้อได้บ่อยแต่พบอาการช็อกได้น้อย

การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มียาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไวรัสเดงกี การรักษาเป็นแบบรักษาตามอาการและประคับประคอง จะให้ผลดีถ้าแพทย์วินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะแรก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนภูมิ, 2558)

1. โดยทั่วไปอาจไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะในวันแรกของไข้ ใช้การเช็ดตัวบ่อย ๆ และให้ยาพาราเซตามอล ไม่ควรใช้ยาแอสไพรินและ Non Steroidal Anti Inflammatory Drug (NSAID) เนื่องจากเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก

2. ในรายที่มีอาเจียนควรให้ผงเกลือแร่ น้ำผลไม้เพื่อชดเชยภาวะขาดน้ำ ไม่ควรให้น้ำดื่มที่มีสีแดงหรือ ดำ

3. ต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิดทุกวัน โดยเฉพาะ 24 - 48 ชั่วโมง หลังจากไข้ลดลง ประกอบด้วยติดตามค่าความดันโลหิต อัตราเต้น และความแรงของชีพจร อัตราการหายใจระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะ สังเกตอาการนำของช็อก เช่น ปวดท้องอย่างเฉียบพลัน มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก กระสับกระส่ายชีพจรเบาเร็ว มือเท้าเย็น

4. ควรตรวจดูปริมาณเกร็ดเลือด และระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) เป็นระยะในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออกในระยะ 2 - 3 วันแรกของไข้ เมื่อมีปริมาณเกร็ดเลือดลดลงและระดับความเข้มข้นของเลือด สูงขึ้น ร้อยละ 20 เป็นข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องให้การรักษา ชดเชยการสูญเสียพลาสมา โดยชดเชยด้วยสารน้ำ ในระยะแรกต้องให้เร็ว และเพียงพอจนอาการดีขึ้นชัดเจน จึงลดความเร็วของสารน้ำลง หลักสำคัญ คือให้สารน้ำในปริมาณที่น้อยที่สุดเพียงพอกับการรักษาระดับการไหลเวียนของเลือด

5. ในรายที่มีภาวะช็อก มีอาเจียนและหรือถ่ายเป็นเลือด หรือมีอาการเลือดออกในที่อื่น ๆ ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทุกรายถือเป็นภาวะเร่งด่วน ต้องให้ออกซิเจน และสารน้ำอย่างเร่งด่วนประเภทของสารน้ำในระยะแรก ได้แก่ Normal Saline, Ringer's lactate หรือ 5% Dextrose Normal Saline Solution (DNSS) โดยให้ปริมาณ 10 - 20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง เป็นระยะเวลา 1 - 2 ชั่วโมง ถ้าไม่ดีขึ้นต้องดูระดับฮีมาโตคริต ถ้าพบว่าลดลง บ่งชี้ว่ามีเลือดออก ต้องพิจารณาให้เลือด

ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค

การควบคุมและป้องกันโรค (วิจิต มธุรสภานนท์. 2538 : 335) มีการพัฒนามาโดยต่อเนื่องเริ่มด้วยการนำเอาข้อสังเกตและสมมติฐานจากลักษณะการเกิดโรค การแพร่กระจายของโรค และอาการสำคัญของผู้ป่วยในชุมชนมาใช้ประกอบการควบคุมและป้องกันโรค ต่อมา มีการนำความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการค้นคว้า ศึกษา และวิจัยในส่วนที่เกี่ยวกับเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค คน สัตว์ และภาวะสิ่งแวดล้อมมาพัฒนาการควบคุมและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเป็นลำดับ จนสามารถกำจัดและกวาดล้างโรคติดต่อที่ร้ายแรงบางโรคให้หมดไปได้ ซึ่งสามารถแบ่งการควบคุมและป้องกันโรคออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary Prevention)

ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะมีโรคเกิด (Secondary Prevention)

ระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ (Tertiary Prevention)

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า คือ การป้องกันโรคก่อนระยะที่โรคเกิด เป็นวิธีการที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ประหยัดที่สุด และได้ผลมากที่สุดกว่าการป้องกันและควบคุมโรคระดับอื่น ๆ วัตถุประสงค์หลักของการป้องกันโรคล่วงหน้า คือ การปรับสภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์ หรือการปรับปรุงภาวะสิ่งแวดล้อมหรือทั้งสองประการร่วมกัน เพื่อให้เกิดภาวะที่โรคต่าง ๆ ไม่สามารถเกิดหรือคงอยู่ได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีความต้านทานต่อโรคต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกัน มิให้มีพาหะและสื่อนำโรค ทั้งนี้ เพื่อให้การแพร่กระจายของเชื้อที่เป็น สาเหตุทำให้เกิดโรค โดยผ่านทางสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนหมดไป ซึ่งกิจกรรมในการป้องกันโรคล่วงหน้า มีดังนี้

1.1 การให้รู้เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในการป้องกันโรค การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติงานให้ถูกหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลและชุมชน

1.2 การจัดโภชนาการให้ถูกต้องตามมาตรฐาน เหมาะสมกับกลุ่มอายุและภาวะความต้องการของบุคคล เช่น ทารก เด็กเล็ก วัยรุ่น วัยชรา หญิงมีครรภ์ แม่ระยะให้นมลูก หรือผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิดที่มีความต้องการอาหารพิเศษเฉพาะโรค

1.3 การให้ภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ โดยการใช้วัคซีน เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กเล็กที่จำเป็นต้องได้รับสำหรับการป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ไข้โปลิโอหลังอักเสบ หรือโรคโปลิโอ และวัณโรค และการให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นเสริม ซึ่งได้แก่ กลุ่มชนอายุต่าง ๆ ตามความจำเป็นและโอกาสที่ต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ ไข้ไทฟอยด์ ไข้สมองอักเสบ ไข้หัด เป็นต้น

1.4 กิจกรรมที่ส่งเสริมในด้านการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง การสนใจ การสังเกตถึงการเจริญเติบโตของเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เพื่อให้เด็กได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

1.5 การจัดที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาสถานพักผ่อนหย่อนใจในชุมชนได้เพียงพอ การจัดสถานที่เล่นกีฬา สนามเด็กเล่น รวมทั้งสถานที่สำหรับประกอบอาชีพที่ปลอดภัยและเหมาะสม

1.6 การจัดหรือปรับปรุงการสุขภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดหาน้ำสะอาดการกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล การสุขภาพอาหาร เครื่องดื่ม นม การกำจัดหรือควบคุมมลพิษ การกำจัดหรือควบคุมสัตว์และแมลงนำโรคและการควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดความรำคาญต่าง ๆ

1.7 การจัดบริการให้ความปลอดภัยในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ภัยจากการประกอบอาชีพ การจราจร การเดินทางท่องเที่ยว ฯลฯ

1.8 การจัดให้มีบริการด้านการตรวจสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะสำหรับเด็กเล็กหรือเด็กนักเรียนซึ่งกำลังเจริญเติบโต เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

1.9 การจัดให้มีบริการด้านให้คำปรึกษา และแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา การสมรส การส่งเสริมสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับพันธุกรรม การป้องกันโรค และการโภชนาการ

ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะมีโรคเกิด คือการป้องกันโรคล่วงหน้าระดับที่ 2 ในกรณี que การดำเนินงานระดับที่ 1 ยังไม่ได้ผล ทำให้มีโรคเกิดขึ้น ดังนั้น ความมุ่งหมายที่สำคัญของการป้องกันโรคในระยะมีโรคเกิด คือการระงับกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อ และระบาคของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน และการลดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนให้น้อยลง และหายไปให้เร็วที่สุด ซึ่งกิจกรรมการป้องกันระยะมีโรคเกิด มีดังนี้

2.1 การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรก นับว่าเป็นการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเฉพาะในกรณีโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงและสามารถแพร่โรคไปยังบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น ไข้ทรพิษ ไข้หวัดใหญ่ อหิวาตกโรค ไข้หัด โรคคอตีบ ไข้ไขสันหลังอักเสบ (โปลิโอ) และไข้รากสาดน้อย เป็นต้น การที่สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเหล่านี้ได้ในระยะเริ่มแรกที่มีอาการและโรคยังไม่แพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ทำให้สามารถระงับกระบวนการดำเนินของโรคได้ เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้อง และสามารถป้องกันมิให้โรคติดต่อไปยังผู้อื่น รวมทั้งสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนและผลเสียที่อาจเกิดตามมา ส่งผลให้เกิดการไร้สมรรถภาพและความพิการลดน้อยลงได้

2.2 การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาได้ทันที โรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหากได้รับการวินิจฉัยได้ถูกต้องและรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้การรักษาโรคถูกต้องและมีประสิทธิภาพ มีผลให้ความเจ็บป่วยหายได้รวดเร็ว และสามารถป้องกันผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมาได้เป็นอย่างดี และการรักษายังมีผลในด้านการกำจัดแหล่งแพร่ โรคหรือบ่อเกิดโรค ซึ่งอยู่ในตัวผู้ป่วยได้ด้วย

2.3 การป้องกันการแพร่เชื้อ มีความจำเป็นมากสำหรับโรคติดต่อแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่นในชุมชน โดยปะปนไปกับอาหาร น้ำ และแมลงนำโรคชนิดต่าง ๆ ดังนั้นการดำเนินการเกี่ยวกับการกำจัดเชื้อที่อยู่ในน้ำ อาหาร สิ่งแวดล้อมที่เป็นสื่อนำโรค โดยวิธีต่าง ๆ เช่น การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค การทำน้ำให้สะอาดปราศจากเชื้อ โดยเติมสารฆ่าเชื้อ เช่น คลอรีน ตลอดจนการสุขาภิบาลอาหารและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะป้องกันการแพร่เชื้อโรค

2.4 การเพิ่มความต้านทานหรือป้องกันโรคให้แก่บุคคลหรือชุมชน เพื่อให้บุคคลในชุมชนมีความต้านทานต่อโรคที่เกิดขึ้น ที่สามารถจะป้องกันได้โดยการใช้วัคซีน เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรค วัคซีนป้องกันโรคไข้โหวต วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในระยะที่เกิดการระบาดของโรคขึ้น ควมคุมไปกับการให้สุศึกษาแก่ชุมชน เมื่อมีโรคเกิดขึ้นในชุมชน โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันมิให้เกิดโรคขึ้น การระมัดระวังในเรื่องอาหาร น้ำ การระวังและหลีกเลี่ยงจากการติดต่อหรือสัมผัสกับผู้ป่วย การระมัดระวังในด้านสุขภาพร่างกายเป็นพิเศษ

2.5 การใช้กฎหมายสาธารณสุข ในกรณีที่มีโรคติดต่อร้ายแรงเกิดขึ้น และแม้ว่าจะได้ใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคโดยวิธีการต่าง ๆ แล้วแต่ไม่ได้ผล เนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชนด้วยดี จึงต้องใช้มาตรการทางกฎหมายเข้ามาช่วยสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้โรคสงบลงเร็วที่สุด

ระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ คือการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้งการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การป้องกันในระดับนี้จะรวมถึงการบำบัดความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วย การดำเนินงานจะเกิดผลดีจะต้องประกอบด้วยดังต่อไปนี้

3.1 มีวิธีการรักษาโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ

3.2 มีการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกระจายอย่างทั่วถึงและมากพอที่ประชาชนจะมาใช้บริการได้สะดวก

3.3 ประชาชนมีความเข้าใจ และรู้จักใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ให้ถูกต้อง

3.4 มีการศึกษาวิจัยและค้นคว้าถึงวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้รักษาโรคให้หายโดยรวดเร็ว และรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นการลดความพิการและการไร้สมรรถภาพที่อาจจะเกิดตามมาให้น้อยลง

จากการควบคุมและป้องกันโรคทั้งสามระดับที่กล่าวมาแล้ว จะดำเนินไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการสนับสนุนและส่งเสริมจากบุคคล ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านนโยบาย การสนับสนุนด้านการบริหาร การสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ และทรัพยากร รวมทั้งการสนับสนุนของชุมชนและสังคมด้วย จึงจะทำให้การควบคุมและป้องกันโรคประสบความสำเร็จ

การควบคุม (จำแนกคดี ยืมสงวน, 2553)

มีหลักปฏิบัติที่สำคัญ คือ การปิดหรือป้องกันภาชนะเก็บน้ำที่ใช้ประโยชน์ ไม่ให้ยุงวางไข่เพาะพันธุ์ สำหรับภาชนะที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ก็เก็บหรือทำลายเสีย ในการปฏิบัติต้องใช้หลายวิธีพร้อมกันหรือเลือกวิธีตามความเหมาะสมกับภาชนะแต่ละชนิด วิธีการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์มีหลายวิธีดังนี้

1. วิธีทางกายภาพ ได้แก่ การปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิด เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงไปวางไข่ได้ สำหรับภาชนะที่ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์ควรคว่ำไว้ มิให้รองรับน้ำเพื่อจะไม่กลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สำหรับของที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ เช่น กะลา กระจ่าง ควรมีการเผาหรือฝังแล้วแต่ความสะดวก แจกันดอกไม้ ขารองตู้กับข้าว ควรเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน หรือใส่เกลือแกงหรือผงซักฟอกลงไปป้องกันยุงลายวางไข่ วิธีการเหล่านี้ต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดปี
2. วิธีทางชีวภาพ วิธีที่ได้ผล คือ การปล่อยปลากินลูกน้ำในภาชนะเก็บกักน้ำ เช่น โอ่ง ถัง สระ อ่างบัว เหมาะสำหรับภาชนะที่ปิดฝาไม่ได้ ปลานิยมปล่อยได้แก่ปลาหางนกยูง และในปัจจุบันมีการนำจุลินทรีย์กำจัดลูกน้ำมาใช้ในอ่างหรือสระ โดยจุลินทรีย์ดังกล่าวจะทำลายลูกน้ำแต่ไม่เป็นอันตรายสำหรับคนหรือสัตว์เลี้ยงเป็นวิธีทางชีวภาพอีกอย่างหนึ่ง
3. วิธีทางเคมี เคมีภัณฑ์ที่ใช้กำจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้และรับรองความปลอดภัย ได้แก่ ทรายที่มีฟอส (Temephos Sand Granule) หรือทรายอะเบทที่ใช้เฉพาะกับภาชนะเก็บน้ำที่ไม่สามารถปิดฝาหรือใส่ปลากินลูกน้ำได้เพื่อการประหยัด

การป้องกันไม่ให้ยุงยุงลายกัด (สำนักกระบวนวิธีฯ กรมควบคุมโรค, 2554)

ควรกรูหน้าตาประตูและช่องลมด้วยมุ้งลวดตรวจตราซ่อมแซมฝาบ้าน ฝ้าเพดาน อย่าให้มีร่อง ช่องโหว่หรือรอยแตก เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้ามาอยู่และหลบซ่อนในบ้าน เวลาเข้า - ออกต้องใช้ผ้าปิดประตูมุ้งลวดก่อนเพื่อไล่อยุงลายที่อาจมาบินวนเวียนหาทางเข้ามาในบ้าน นอกจากนี้ควรเก็บสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ เสื้อผ้าที่สวมใส่แล้วควรเก็บซักทันทีหรือนำไปผึ่งแดดหรือผึ่งลม ภายในบ้าน บริเวณที่จะเป็นแหล่งเกาะพักของยุงลายส่วนมาก คือ ราวพัดผ้า กองเสื้อผ้าที่มีกลิ่นเหม็นอับ มุ้ง สายไฟ ตามมุมมืดของห้องและเครื่องเรือนต่างๆ แต่ถึงแม้ว่าบ้านทั้งหลังจะถูกกรูด้วยมุ้งลวดแล้วก็ตาม หากนอนพักผ่อนในเวลากลางวันก็ควรนอนในมุ้งตลอดเวลา การนั่งทำงาน นั่งเล่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์อยู่ในบ้านก็ควรอยู่ในบริเวณที่มีลมพัดผ่านและมีแสงสว่างพอเพียง อาจใช้ยากันยุงหรือทาสารที่มีคุณสมบัติไล่อยุงซึ่งในปัจจุบันมีจำหน่ายตามร้านค้ามากมายหลายยี่ห้อด้วยกัน จำเป็นต้องเลือกซื้อและคัดเลือกใช้ให้เหมาะสมดังนั้นการป้องกันตนเองและผู้ใกล้ชิดไม่ให้ถูกยุงลายกัด อาจทำได้ดังนี้

1. การใช้มุ้ง วิธีการนี้เป็นวิธีที่สืบทอดกันมานานจากบรรพบุรุษ แต่เน้นว่ามุ้งที่นำมาใช้ต้องอยู่ในสภาพดี ไม่ขาด ที่สำคัญควรคำนึงถึงทางด้านของขนาดเส้นด้ายที่นำมาทำมุ้งควรมีขนาดที่ยุงไม่สามารถบินเข้าไปได้ เช่นขนาด 1-1.8 มิลลิเมตร หรือเป็นตาข่ายขนาดช่องอยู่ที่ 150 ช่องต่อตารางนิ้ว แต่ปัจจุบันทางกระทรวงสาธารณสุขได้นำมุ้งชุบสารเคมีซึ่งใช้ในการป้องกันยุงได้ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดประชากรยุงที่มาเกาะ แต่วิธีการนี้ใช้ได้ผลเฉพาะยุงที่ออกมาหากินเวลากลางคืนแต่สำหรับยุงลายที่ออกมาหากินในเวลากลางวันนั้น ใช้วิธีการนี้ไม่ได้ผล

2. การสวมเสื้อป้องกันร่างกายให้มิดชิด จากการศึกษาทางวิชาการพบว่า การสวมเสื้อผ้านที่ปกปิดมิดชิดนั้นสามารถลดการติดโรคติดต่อที่เกิดจากยุงได้ เสื้อผ้าที่มีสีทึบ เช่น สีดำ สีเข้มนั้นมีผลทางด้านการดึงดูดความสนใจของยุงได้จึงไม่ควรนำมาสวมใส่

3. การใช้สารทาป้องกันยุง สารทาป้องกันยุงหรือสารไล่ยุง (Repellent) อาจเป็นสารเคมีหรือสมุนไพร ซึ่งเมื่อทาแล้วยุงจะได้กลิ่นและจะไม่เข้ามากัด หรือลดการกัดลงได้ สารทาป้องกันยุงที่เราเห็นในท้องตลาดส่วนใหญ่อาจพบในรูปแบบน้ำ ครีมหรือแป้งก็ได้ ซึ่งแต่ละบริษัทจะผลิตออกมาในรูปแบบที่แตกต่างกัน สารที่เป็นส่วนผสมอยู่ในผลิตภัณฑ์เหล่านี้ที่เป็นสารเคมี เช่น สาร N, N-diethyl-m- toluamide หรือชื่อใหม่ N,N-diethyl-3-methylbenzamide (deef) , ethyl butyryl aminopropionate เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการผลิตสารที่ใช้ในการไล่ยุงจากสมุนไพร เช่น ตะไคร้หอม มะกรูด ขมิ้นชัน ไพล สะระแหน่ ฯลฯ ประสิทธิภาพของสารไล่ยุงที่ดีนั้นจำเป็นที่จะต้องผสมสารที่ช่วยในการจับยึดกับผิวจึงจะทำให้ยุงไถ่ยืนนานเทียบเท่ากับสารเคมี เพราะถ้าไม่ผสมกลิ่นจะคงอยู่ได้ประมาณ 2 ชั่วโมง การใช้สารป้องกันยุงนั้น ก่อนนำมาใช้ควรมีการทดสอบการแพ้ของสารที่ได้ต้องแนวก่อนว่าแพ้สารเหล่านั้นหรือไม่ ประสิทธิภาพของสารไล่ยุงจะอยู่ติดทนนานแค่ไหนนั้น ต้องขึ้นอยู่กับตัวของผู้ใช้ด้วย นั่นคือ ลักษณะผิว อายุ เพศ อุณหภูมิร่างกาย อาหารที่รับประทาน สารเคมีในเหงื่อ ซึ่งบ่อยครั้งที่เราจะพบเห็นว่ายุงกัดคนหนึ่งมากกว่าอีกคนหนึ่ง

4. การใช้ยาจุดกันยุง ป้องกันได้โดยใช้สารระเหยออกฤทธิ์ขับไล่ยุง สารออกฤทธิ์บางชนิดสามารถทำให้เกิดอาการแพ้ได้ ในการเลือกซื้อควรตรวจสอบดูสารออกฤทธิ์อย่างละเอียดควรเลือกสารที่มีอันตรายน้อย เช่นสารในกลุ่มไพรีทรอยด์สังเคราะห์ หรือสารสมุนไพร เพราะค่อนข้างปลอดภัยต่อมนุษย์

5. การใช้ตาข่ายป้องกันยุงกัด เป็นวิธีการที่ดี ตาข่ายที่ใช้ป้องกัน อาจเป็นไนล่อนหรือลวด ติดตามประตู หน้าต่าง ซึ่งจะต้องมีการออกแบบอย่างดี ขนาดของมุ้งลวดที่เหมาะสมคือ 16 - 18 ช่องต่อนิ้ว

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (Participation)

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่คน ครอบครัว หรือองค์กรในชุมชน เข้ามามีส่วนในการคิด การตัดสินใจ การวางแผนดำเนินการพัฒนาครอบครัวและชุมชนของตนเอง โดยหลักการที่แท้จริงของการมีส่วนร่วมคือการมีส่วนร่วมในลักษณะของความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินตรวจสอบและร่วมรับผิดชอบถึงผลประโยชน์และโทษที่เกิดขึ้น ลักษณะของการมีส่วนร่วม มี 4 ด้าน (ภัสตรา ศรีจันทร์ฉาย, 2554) คือ

1. ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ หมายถึง การร่วมคิด ค้นหาและตัดสินใจหรือ การกำหนดรายละเอียดของแนวทางปฏิบัติ หรือสิ่งที่จะดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคภายในครอบครัว โรงเรียน ชุมชน
2. ด้านการร่วมปฏิบัติการในกิจกรรมโครงการ หมายถึง การที่มีส่วนเข้าร่วมดำเนินโครงการ ป้องกันและควบคุมโรค ร่วมแรง ร่วมสมทบค่าใช้จ่าย การให้ข้อมูลที่เป็นผลลดจนการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน โครงการร่วมในการบริหารงาน หรือการประสานงาน
3. ด้านการรับผลประโยชน์ หมายถึงการได้รับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมมีส่วนร่วมในโครงการ ป้องกันและควบคุมโรค เช่น ได้รับการดูแลสุขภาพทั้งตนเองและครอบครัวมากขึ้น มีการกระจายโอกาสทางการพัฒนาการรับความรู้แนวความคิดและการช่วยเหลือด้านป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนมากขึ้น เป็นต้น
4. ด้านการตรวจสอบและประเมินผล หมายถึง การที่หัวหน้าครัวเรือนเข้าร่วมเพื่อการประเมินผลการดำเนินโครงการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ โดยอาจดำเนินการผ่านกระบวนการทางการเมืองหรือสื่อสารมวลชนต่างๆ รวมทั้งการเป็นผู้มีส่วนในการเป็นกรรมการ

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกประสบผลสำเร็จ ซึ่งเน้นหนักที่การควบคุมขุลงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคความร่วมมือของประชาชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกบรรทุเป้าหมายได้ (สาโรจน์ สมัยคำ, 2550)

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE – PROCEED MODEL) (ณรงค์ชัย หัตถ์,
2553)

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK หรือ PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบ สหปัจจัย (Multiple Casualty Assumption) มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อน โดยอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ รวมกันเพื่อการวางแผนและกำหนด กลวิธี ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การใช้ PRECEDE FRAMEWORK เป็นกระบวนการวิเคราะห์ การดำเนินงานในลักษณะโครงการ เริ่มต้นจากเป้าหมายหรือสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไมหรือมีเหตุมาจากอะไร กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นมีองค์ประกอบหรือปัจจัยนำอะไรบ้าง ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพดังปรากฏ แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านี้ มาใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้อง

PRECEDE- PROCEED MODEL เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพ โดยเฉพาะ PRECEDE MODEL ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขภาพของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นห่วงโซ่ปัจจัยร่วมกันซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์หรือพฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหารและการศึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยจึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจึงจะสามารถกำหนดกลวิธีหรือวิธีการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยธรรมชาติแล้วแบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานที่ เช่น สุขศึกษาในโรงเรียน สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย และสุขภาพในชุมชนเป็นต้น PROCEED MODEL ได้ถูกผนวกเข้ามาร่วมกับ PRECEDE ประมาณปี ค.ศ. 1987 จากประสบการณ์ของ กรีนและกรูเตอร์ (Green and

Krueter) ที่ได้รับปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ และมูลนิธิ Kriser Family Foundation การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไปเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEED ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกลนอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษาหรือสุขศึกษาแล้ว ยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการ และเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงกระบวนการดำเนินชีวิตที่มีสุข (Healthful Lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มากยิ่งขึ้น

เป้าหมายหลักของ PRECEDE-PROCEED MODEL จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (Outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (Inputs) ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผนพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาต่อไป ว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลต่อกระบวนการวางแผนซึ่งมีหลักการอยู่ 2 ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

1. หลักการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุซึ่งปัญหาที่เร่าร้อน และเป้าหมายของตนเองอย่างชัดเจนในการพัฒนา/กำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment Education Model) ของไฟร์ (Freire)

2. บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่าง ๆ โรงงานอุตสาหกรรม การเมือง และสังคม PRECEDE MODEL ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Diagnosis)

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis)

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา และการจัดองค์กรหรือบริการ (Education and Organizational Diagnosis)

ระยะที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Assessment) เป็นการวินิจฉัยนโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นสถานะขององค์กรซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

นอกจากนี้ เพื่อประเมินว่า เป้าประสงค์หรือวัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการจะสอดคล้องกับนโยบายขององค์กรหรือไม่ สอดคล้องกับระเบียบกฎเกณฑ์และพันธกิจขององค์กรหรือไม่ PROCEED ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผน (Implementation)

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Out-come Evaluation)

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุชี้และประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต(Quality of Life : QOL) ของประชากร เป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภครบริการ นักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขภาพได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal Groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus Group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจุดเน้นของระยะนี้ก็จะระบุชี้สาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วย

1. กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานโครงการและการใช้ทรัพยากร
3. มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงานร่วมกันนอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหาที่ยังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย เช่นระบุผลลัพธ์อะไรบางอย่างที่ต้องการให้เกิด (What) และมากน้อยเพียงใด (How Much) ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและจะได้รับเมื่อไร (When) ตัวอย่างข้อมูลการวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสีย

ไป เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความชุกของ ความเจ็บป่วยหรือเกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น)

การวินิจฉัยในระยะที่ 1 – 2 ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการให้ บรรลุภายหลังการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการแล้ว

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ในระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การ ระบุปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะ ที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่ง สามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัย เหล่านี้สามารถรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถาน ประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะ นี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญ ของสาเหตุพฤติกรรม ในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญ และ ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้น ๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้อง กับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถ เลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการศึกษาได้ โดยสรุป การวินิจฉัย พฤติกรรมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้ระบุชี้ไว้ในระยะที่ 1 – 2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไป ซึ่ง เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของ พฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ทำให้เกิดพฤติกรรม ปัจจัยเสริม ทำให้เกิดพฤติกรรม ต่อเนื่อง ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็น กุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุปัจจัยจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อ พฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุ เหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องกำหนดให้ชัดเจนลงไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรม และการดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรมนั้น ๆ

ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวบุคคลเหล่านั้นมา ก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติ ฯลฯ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือ ทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ปัจจัยเสริมแรง หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังที่ได้แสดง พฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ สื่อมวลชน เป็นต้น

ระยะที่ 5 การวินิจฉัย ด้านการบริหารและนโยบาย ในระยะนี้จะมุ่งเน้นวินิจฉัย เกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กรซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่ง รวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและ บุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงาน โครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

การวินิจฉัยด้านบริหาร : เช่นการวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

การวินิจฉัยนโยบาย : เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจ กฎระเบียบขององค์กรหรือไม่

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและ กิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการ ดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงานโครงการ ตามวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่ส่งต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย เป็นการประเมินผลทั้งหมดรวบยอดของ วัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ซึ่ง อาจจะใช้เวลานาน ผลเหล่านี้จึงจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นปีๆ จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของ กลุ่มเป้าหมายได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎี PRECEDE PROCEDE MODEL ของ ลอว์ เร็นส์ ดับบิวกรีน (Lawrence W.Green) ระยะที่ 4 มาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหา ดังต่อไปนี้

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ใน

การเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผน โครงการต่อไป

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยและความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ อาชีพ รายได้ ราคา ระยะเวลา นอกจากนั้น สิ่งที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ (Lawrence W.Green, 1380: 14-15)

บริบทชุมชน ตำบลนครเจดีย์

สภาพทั่วไป

ตำบลนครเจดีย์ มีหมู่บ้านหนองเจดีย์ เป็นศูนย์กลางของตำบล ต่อมาได้มีการเปลี่ยนชื่อเป็นหมู่บ้านนครเจดีย์ และเป็นชื่อของตำบลนครเจดีย์ ยกฐานะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 เมื่อเดือน มีนาคม พ.ศ. 2538 ตั้งอยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอป่าซาง ไปทางทิศใต้ประมาณ 12 กิโลเมตร มีถนนสายลำพูน – ถั่ว (ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 106) ผ่าน มีเขตการปกครองทั้งสิ้น 13 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่อยู่ในโครงการพระราชดำริ จำนวน 12 หมู่บ้าน

ที่ตั้งและอาณาเขต

ตำบลนครเจดีย์ มีขนาดพื้นที่ 119 ตารางกิโลเมตร หรือ 80,989 ไร่ ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด 13 หมู่บ้าน อาณาเขตการติดต่อ

ทิศเหนือ	ติดต่อกับตำบลมะกอก อำเภอบำรุง จังหวัดลำพูน
ทิศใต้	ติดต่อกับตำบลน้ำดิบ และอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับตำบลทาขุมเงิน และตำบลโป่งแม่ลอย อ.แม่ทา จ.ลำพูน
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับตำบลน้ำดิบ อำเภอบำรุง จังหวัดลำพูน

สภาพพื้นที่และภูมิประเทศ

สภาพพื้นที่ทั่วไปเป็นพื้นที่ดอนจนถึงพื้นที่ที่มีความลาดชันสูง พื้นที่ลาดชันสูงพบทางตอนใต้ ของตำบลมีลำน้ำไหลผ่านทางตอนเหนือและตอนกลางของตำบลนครเจดีย์

สภาพภูมิอากาศ

ตำบลนครเจดีย์ เป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งของจังหวัดลำพูน ประกอบด้วย 3 ฤดู โดยฤดูร้อนเริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนตุลาคม ฤดูฝนเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม และฤดูหนาวเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์

อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยอยู่ที่ 13.80 องศาเซลเซียส ในช่วงเดือนธันวาคม และอุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยอยู่ที่ 37.98 องศาเซลเซียส ในช่วงเดือนเมษายน และอุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปีมีค่า 26.13 องศาเซลเซียส

ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยรวมรายปีมีค่าประมาณ 992.60 มิลลิเมตร โดยมีปริมาณฝนตกสูงสุด ใน เดือนกันยายน 203.99 มิลลิเมตร และต่ำสุดในเดือนมกราคม 2.74 มิลลิเมตร

จำนวนประชากร

ประชากรตำบลนครเจดีย์ (ณ วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2557) มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 8,619 คน ชาย 4,324 คน หญิง 4,295 คน มีความหนาแน่นเฉลี่ย 73.23 คน/ตารางกิโลเมตร

ตารางที่ 2.2 ข้อมูลจำนวนประชากรตำบลนครเจดีย์ จำแนกรายหมู่บ้าน แยก ชาย-หญิง

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนครัวเรือน ทั้งสิ้น	จำนวนราษฎร		
			ชาย	หญิง	รวม
1	บ้านใหม่บวคะยอม	301	321	345	666
2	บ้านหนองสมณะ	314	376	385	761
3	บ้านแม่อาว	388	437	463	900
4	บ้านปางกอตัน	350	307	304	611
5	บ้านโป่งรู	347	465	452	917
6	บ้านห้วยไฟ	298	357	341	698
7	บ้านนครเจดีย์	374	309	315	624
8	บ้านบวคอกห้า	322	367	344	711
9	บ้านสันห้างเสือ	212	280	279	559
10	บ้านน้ำข้อย	322	257	259	516
11	บ้านผาเจิบ	187	228	208	436
12	บ้านหนองสมณะใต้	130	137	171	344
13	บ้านหนองเจดีย์	212	240	238	478
รวม		3,760	4,324	4,295	8,619

ที่มา : แผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบลนครเจดีย์ พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2560

ลักษณะด้านเศรษฐกิจ

การพาณิชยกรรม/การบริการ ประกอบด้วย

โรงงานรับซื้อผลิตผลทางการเกษตร	7 แห่ง
ปั้มน้ำมันและก๊าซ	10 แห่ง
ร้านขายดอกไม้	2 แห่ง
ร้านอินเทอร์เน็ต	3 แห่ง
หอพัก	3 แห่ง
ร้านขายปุ๋ยและเคมีทางการเกษตร	5 แห่ง

ร้านค้าต่างๆ	94 แห่ง
การปลูกล้วย ประกอบด้วย	
ฟาร์มสุกร	2 แห่ง
ฟาร์มไก่	6 แห่ง

การให้บริการด้านสังคม

1. สถาบันการศึกษา มีทั้งหมด 10 แห่ง ประกอบด้วย
 - โรงเรียน (รัฐบาล ประถม-มัธยม) จำนวน 8 แห่ง
 - โรงเรียน (เอกชน) จำนวน 1 แห่ง
 - วิทยาลัยอาชีวศึกษา จำนวน 1 แห่ง
2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีทั้งหมด 4 แห่ง
3. สถานพยาบาลในเขตพื้นที่ตำบลนครเจดีย์ มีทั้งหมด 2 แห่ง ประกอบด้วย
 - โรงพยาบาลป่าซาง ตั้งอยู่ หมู่ที่ 7 บ้านนครเจดีย์
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยไฟ ตั้งอยู่หมู่ที่ 6 บ้านห้วยไฟ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มนตรี มะลิตัน และคณะ (2556) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าสภาพการมีส่วนร่วมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมด้านการลงทุนและปฏิบัติงาน อยู่ใน ระดับสูงสุด และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการติดตามประเมินผล ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ส่วนระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรม ปัจจัยรูปแบบการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ปัจจัยการได้รับข่าวสารต่างๆ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนปัจจัยด้านความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

พูนสุข ช่วยทอง (2556) ศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับดี มีต่ำกว่าครึ่งเล็กน้อย โดยมีการร่วมปฏิบัติกิจกรรมป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับดี มากที่สุด รองลงมา การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และ การร่วมวางแผนเพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ ความรู้ ความพอเพียงของทรัพยากร การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ครอบครัว ส่วน ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เจตคติ และการ รับรู้ทางสุขภาพสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ศุคใจ มอนไข่ และคณะ (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ชุมชนบ้านวังไทร ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการมีส่วนร่วมด้านการร่วมรับผลประโยชน์ และด้านการ ดำเนินงานอยู่อยู่ในระดับสูง ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหา ด้านการประเมินผล และด้าน การวางแผนงานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมี นัยสำคัญ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน และจากการ สัมภาษณ์ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นเรื่องไกลตัว และเป็นหน้าที่ของผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐเท่านั้น ส่วนสาเหตุที่ไม่เข้าร่วม กิจกรรม เพราะต้อง ประกอบอาชีพ และไม่มีความรู้ จึงไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ โดยเฉพาะเรื่องการวางแผนดำเนินงาน

วัชรระ กันทะโย (2555) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลท่าเตื่อ อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความคิดเห็น และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมี ความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สำหรับความคิดเห็นในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชากรกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสัมพันธ์กับการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับคำแนะนำจาก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.หรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและการได้รับแรงจูงใจ โดยการได้รับรางวัลได้รับคำชมจากเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ

วรารณณ์ อัมพันกาญจน์ (2554) ศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าข้าม อำเภอท่าชะงะ จังหวัดชุมพร พบว่า ความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออก ทักษะ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่าง 2 หมู่บ้าน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระดับ การปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านหนองเรียงกับบ้านศาลาประชาคมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยนี้สรุปได้ว่าประชาชนบ้านหนองเรียง มีค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติสูงกว่า ประชาชนบ้านศาลาประชาคม และอาสาสมัครสาธารณสุขบ้าน หนองเรียงมีการปฏิบัติที่สูงกว่า อาสาสมัครสาธารณสุข บ้านศาลาประชาคม

รอยฮาน เจ๊ะหะ (2554) ศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุม โรค ไข้เลือดออกกรณีศึกษาดำบลเขาตูม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มี ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการป้องกัน และควบคุมโรค ไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง เพศ รายได้ต่อเดือน และการเป็นสมาชิกกลุ่มอื่นทางสังคม มี ความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญ ประชาชนมีปัญหาและอุปสรรคของการมี ส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อยู่ในระดับ ปานกลาง

ชาญชุตี จรรยาสิทธิ์ และคณะ (2554) ศึกษาการมีส่วนร่วมในยุทธวิธีที่เป็นประโยชน์ ในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชากรตำบลท้ายบ้าน อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัด สมุทรปราการ พบว่าการมีส่วนร่วมของประชากรในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกมี 4 รูปแบบ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการมีอำนาจตัดสินใจต่อการป้องกันโรค ไข้เลือดออก โดยประมาณหนึ่ง ในสามของประชากรได้ปรึกษาพูดคุยกับครอบครัวในด้านการป้องกันโรค (2) การมีส่วนร่วมโดย การปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการคิดเชื่อ เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรที่ศึกษาดำเนินการอย่าง สม่ำเสมอในด้านต่างๆ โดยที่ดำเนินการมากที่สุดเป็นประจำ คือ การทำความสะอาดบ้านเรือนและ จัดบ้านไม่ให้มีมุมมืด (3) การมีส่วนร่วมโดยได้รับผลประโยชน์จากกิจกรรมต่างๆ พบว่าประชากร เกินครึ่งหนึ่งได้รับผลประโยชน์ในด้านต่างๆ โดยสมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้ ในเรื่องโรค ไข้เลือดออกอย่างสม่ำเสมอ และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากกิจกรรมการ ป้องกันโรค ไข้เลือดออก พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีการดำเนินกิจกรรมในด้านต่างๆ โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับ

โรคไข้เลือดออกจากสื่อรูปแบบต่างๆ การอบรม และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลสรุปพบว่าการให้ความร่วมมือของประชากรในพื้นที่ศึกษาในภาพรวม อยู่ในเกณฑ์ปานกลางขึ้นไป

นคพล บุญโตดากร (2554) ศึกษา การสื่อสารสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลายในชุมชน โดยแกนนำนักเรียนในชุมชนเข้ม ตำบลเมืองที่ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า หลังการทดลองแกนนำนักเรียนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการควบคุมลูกน้ำยุงลายและมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลายดี ส่วนประชาชนหลังการทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลายดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรุณภรณ์ หนวกกุล (2554) ศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย มีส่วนช่วยส่งเสริมให้แกนนำครัวเรือนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมลูกน้ำยุงลาย

ยนต์ วุฒิสาร (2553) ศึกษา ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลนาขาม อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง โดยที่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ตอบถูก คืออาการไข้สูง ปวดศีรษะ เบื่ออาหารและมีจุดแดงบริเวณแขน ขา และลำตัว น่าจะเป็นอาการของไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 96.5 เจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ เรื่องโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงตายได้ การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มากที่สุดคือ นอนกางมุ้งหรือนอนในห้องที่มีมุ้งลวดทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 100.0

จำเอนกิตติ ชื่นสงวน (2553) ศึกษา การรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี พบว่า คะแนนการรับรู้รวมของกลุ่มตัวอย่างต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน อำเภอบ้านคา อยู่ในระดับดีมาก(94.8) ในสถานการณ์ปกติทั่วไปและในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่า อสม.ดำเนินงานได้ทราบดี การจัดลูกน้ำยุงลาย ปลอ่ยปลา เพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ร้อยละ 98.7 และร้อยละ 96.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.3 รับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก ช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด จาก อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 88.2 และรับรู้ว่ อาสาสมัคร

สาธารณสุขเข้ามาดำเนินงานในบ้านกลุ่มตัวอย่าง ครั้งล่าสุด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 96.1 จากข้อมูลที่ได้ควรมีการให้สุขศึกษา เรื่องไข้เลือดออกให้ประชาชนมากขึ้น และการกำกับติดตามและจัดเวทีให้ อาสาสมัครสาธารณสุขพบปะกับประชาชนเป็นประจำควรดำเนินการต่อไป

อรนุช พิศาลสุทธิกุล และคณะ (2552) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษาหมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบว่าประชาชนทั้งสองพื้นที่มีความรู้พื้นฐานเรื่องโรคไข้เลือดออก ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดไม่ค่อยให้ความสำคัญในการจัดการลูกน้ำยุงลาย และยังพบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีค่าสูงกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการระบาด โดยมองว่าการควบคุมและป้องกันเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการนอกจากนี้ยังพบว่าผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน เพราะเป็นผู้ที่ประชาชนให้ความเคารพเกรงใจ และมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

จันทร์พร จิระเชษฐพัฒนา (2551) ศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิด การรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียงของทรัพยากร การมีทักษะในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับความแนะนำหรือกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลที่ใกล้ชิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนั้นรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงควรมุ่งเน้นสนับสนุนส่งเสริมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

แอนดเรส และคณะ (Andrade, Rosamelia Maria. 2014) ศึกษา บทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาจากประเทศคิวบา พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายและความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ของชุมชน เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

เซมิ อับดู เรดแมน ออดูไบ และคณะ (Sami Abdo Radman Al-Dubai and others, 2013) ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่เขตเมืองกึ่งเมือง และชนบทในประเทศมาเลเซีย พบว่า โทรทัศน์เป็นแหล่งที่สำคัญในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ

โรคไข้เลือดออก ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24 เชื่อว่าไม่มี ความจำเป็นสำหรับการรักษาโรคไข้เลือดออกในทันทีเมื่อรู้ว่าป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก กลุ่ม ตัวอย่างร้อยละ 96 ไม่กลัวโรคไข้เลือดออก ทักษะคิดต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อย่างมี นัยสำคัญ กับระดับการศึกษาและการประกอบอาชีพ การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเกี่ยวข้อง อย่างมีนัยสำคัญกับอายุ สถานภาพสมรสและพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ และความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก จำเป็นที่จะต้องเพิ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผ่านการรณรงค์และการระดมให้ความรู้ เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จะช่วยในการสร้างทัศนคติที่ดีและปลูกฝังการปฏิบัติ การป้องกันที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชนที่จะกำจัดโรคไข้เลือดออกในประเทศ

โรเบอร์โต ทาเปีย คอนเยอร์ และคณะ (Roberto Tapia-Conyer and others. 2012) ศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กลยุทธ์ลิมพีโอในประเทศ เม็กซิโก พบว่า ร้อยละ 54 ที่ให้ความร่วมมือในการสร้างพื้นที่สะอาดและปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ ผู้ประกอบการที่ไม่ได้เข้าเยี่ยมชมและรับประเมินผล มีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก อย่างไรก็ดีตาม มีเพียง ร้อยละ 30 ของผู้ประกอบการที่ผ่านการฝึกอบรม ที่ยังคงรักษาสภาพ สิ่งแวดล้อมในบริเวณบ้าน สำหรับกระบวนการที่ยั่งยืนต้องพยายามเน้นความจำเป็นเพื่อส่งเสริมให้ มีการรักษาสภาพแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง

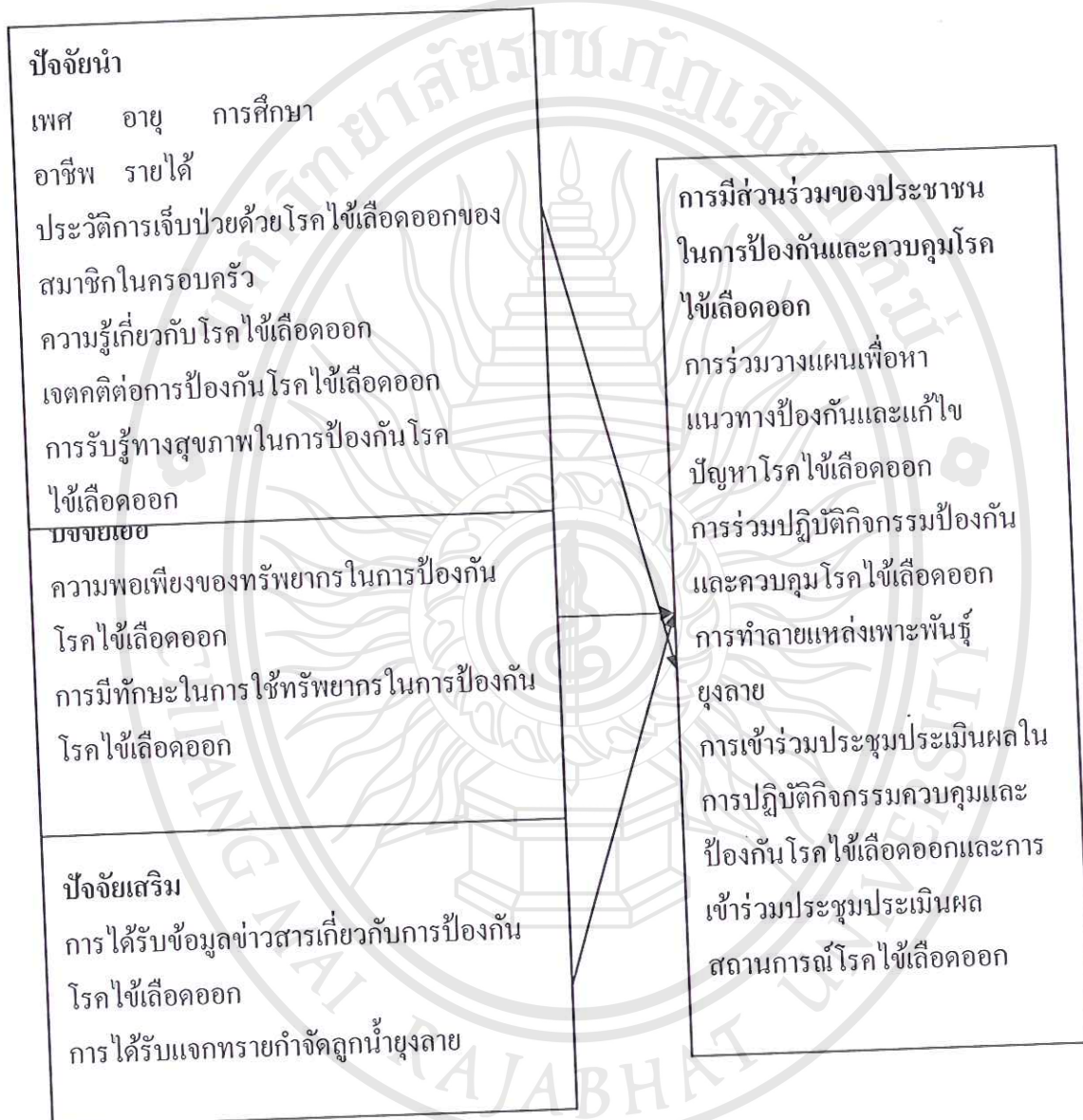
สุกริน กุนและคณะ (Sokrin Khun, Lenore Manderson. 2008) ศึกษา การมีส่วนร่วม ของชุมชนและการมีส่วนร่วมของสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชนบทของ ประเทศกัมพูชา พบว่า กลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประสบความสำเร็จ จะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจส่งผลต่อสถาบันทางสังคม ทำให้ชุมชนที่ยังคงสภาพสังคมชนบทมีศักยภาพ ในการควบคุมและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพดีกว่าชุมชน ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม แต่อย่างไรก็ตาม การจัดการประชุมเป็นวิธีการที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดี

เฮือง แลน เฟื่อง และคณะ (Hoang Lan Phuong and others. 2008) ศึกษา ปัจจัยที่มีความเสี่ยงจากโรคไข้เลือดออกและการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัด Binh Thuan ประเทศเวียดนาม พบว่า ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกร บ้านที่อยู่อาศัยที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี บ้านที่อยู่อาศัยที่เคยมีผู้ป่วย เป็นโรคไข้เลือดออก บ้านที่อยู่อาศัยที่มีสวนหลังบ้าน และบ้านที่มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย มี ปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคไข้เลือดออก โทรศัพท์ เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการรับรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมของประชาชนต้องได้รับการกระตุ้นเตือนและสนับสนุนทรัพยากร ต่างๆให้มากขึ้น

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา เรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชน
ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก