

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูง และหมู่บ้านที่ไม่พบโรคไข้เลือดออก ในอำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้ศึกษาได้สรุปสาระสำคัญจากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature review) ตามลำดับ ครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก
2. การรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

1.1 ระบาดวิทยาและสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย (สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2545, หน้า 1-20)

ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 40 ปี โดยระยะก่อนปี พ.ศ. 2501 มีรายงานเป็น Influenza with haemorrhagic ปีละประมาณ 50-100 ราย และเริ่มมีการรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2501 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ตรวจพบในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่นั้นมาก็มีรายงานการระบาดกระจายออกไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอดจาก 8.87 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2501 มาเป็น 161.28 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2545 ในขณะที่อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตลดลงอย่างเห็นได้ชัดจากเดิมประมาณร้อยละ 13.90 ในปี พ.ศ. 2501 ลดลงเหลือร้อยละ 0.26 ในปี พ.ศ. 2545 แสดงว่าการสาธารณสุขของประเทศไทยได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นมาโดยลำดับ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และได้รับการรักษาพยาบาลทันเวลาจึงสามารถลด หรือป้องกันการตายที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ประชาชนทั่วไปอาจเริ่มเอาใจใส่และมีความรู้ในเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วยมากขึ้น ทำให้สามารถนำผู้ป่วยมารับการรักษาได้ทันเวลา

ข้อมูลทางระบาดวิทยาการเกิดโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยมีบันทึกรายงานผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501 จนถึงปี พ.ศ. 2545 ดังนั้น เมื่อแบ่งช่วงเวลาการเกิดโรคออกเป็นทศวรรษ (ทุก 10 ปี) จะพบว่า

ทศวรรษที่ 1 (พ.ศ. 2501-2510) มีการระบาดแบบปีเว้นปี มีผู้ป่วยเฉลี่ย 3,114 ราย ต่อปีคิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 10.77 ต่อประชากรแสนคน โดยในปี พ.ศ. 2508 มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ 7,663 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 25.06 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดใหญ่ ๆ ที่เป็นศูนย์กลางการคมนาคม

ทศวรรษที่ 2 (พ.ศ. 2511-2520) เป็นช่วงที่มีการรายงานผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ย 13,313 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 33.45 ต่อประชากรแสนคน ในช่วงทศวรรษที่สองนี้ ปี พ.ศ. 2520 มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ 38,768 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 89.24 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงพบตามเมืองใหญ่ ๆ ที่มีประชากรหนาแน่นหรือชุมชนเขตเมือง

ทศวรรษที่ 3 (พ.ศ. 2521-2530) ในช่วงต้นทศวรรษมีรายงานผู้ป่วยใกล้เคียงกับทศวรรษที่ผ่านมา แต่ในปี พ.ศ. 2530 เกิดการระบาดครั้งใหญ่ที่สุดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย คือ มีผู้ป่วยถึง 174,285 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 325.13 ต่อประชากรแสนคน ทำให้ทศวรรษที่สามนี้มีรายงานผู้ป่วยเฉลี่ยแล้ว 49,665 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 97.39 ต่อประชากรแสนคน เป็นช่วงที่โรคนี้ได้แพร่กระจายไปทั่วประเทศ จากชุมชนเขตเมืองสู่เขตชนบท

ทศวรรษที่ 4 (พ.ศ. 2531-2540) แม้ว่าในช่วงครึ่งแรกของทศวรรษ สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มว่าจะลดต่ำลง เนื่องจากเกิดความตื่นตัวในการร่วมกันแก้ไขปัญหา แต่มีรายงานผู้ป่วยมากเกินกว่า 35,000 รายเกือบทุกปี โดยในทศวรรษนี้เกิดการระบาดของโรคสูงมาก 2 ครั้ง คือ ในปี พ.ศ. 2533 มีผู้ป่วย 92,005 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 163.43 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วย 101,689 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 167.21 ต่อประชากรแสนคน ทำให้ในภาพรวมของทศวรรษนี้มีผู้ป่วยเฉลี่ยจำนวนมากถึง 59,661 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 103.1 ต่อประชากรแสนคน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2545 ได้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างรุนแรง 2 ครั้ง คือ ในปี พ.ศ. 2541 และ 2544 โดยในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนผู้ป่วย 129,954 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 211.42 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 424 ราย ในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนผู้ป่วย 139,732 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 225.82 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 244 ราย ในปี พ.ศ. 2545 พบผู้ป่วยมากถึง 100,361 ราย อัตราป่วย 161.28 ต่อประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 0.26

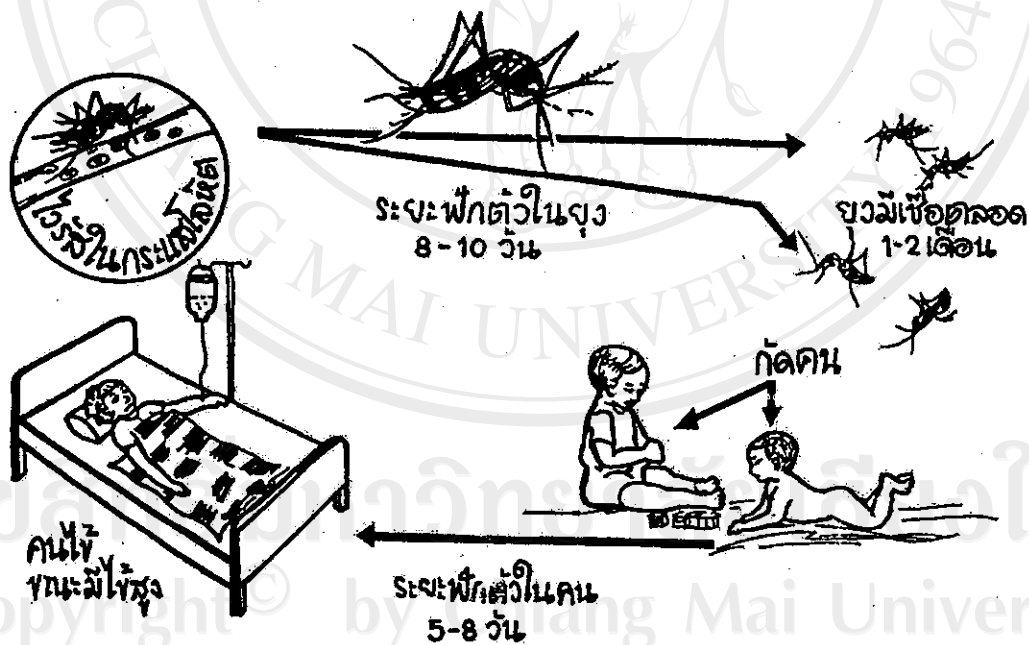
โรคไข้เลือดออกเป็นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีโอกาสป่วยเท่า ๆ กัน จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2540-2543 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5-9 ปี ร้อยละ

37.13 ของจำนวนผู้ป่วย รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 28.05 กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.17 และกลุ่มอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 15.65 แต่ในปี พ.ศ. 2544 พบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.02 ของจำนวนผู้ป่วย สาเหตุหนึ่งเชื่อว่า เกิดจากการที่ภูมิคุ้มกัน (herd immunity) ของประชากรกลุ่มนี้ลดลง จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2539-2543) พบว่า ในแต่ละปี มีช่วงการระบาดของโรคเพียง 1 ครั้ง (1 peak) จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่แปรผันตามฤดูกาล (seasonal variation) โดยจะเริ่มพบผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมของทุกปี และพบสูงสุดประมาณเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม หลังจากนั้นจะเริ่มลดลงเรื่อย ๆ การกระจายของโรคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 44 รองลงมา คือ ภาคกลาง ร้อยละ 22 ภาคเหนือ ร้อยละ 21 และภาคใต้ ร้อยละ 13 ในปี พ.ศ. 2545 มีรายงานผู้ป่วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 31.47 ภาคกลางและภาคใต้มีรายงานผู้ป่วยใกล้เคียงกัน ร้อยละ 27.49 และ 27.30 ตามลำดับ ส่วนภาคเหนือมีรายงานผู้ป่วยน้อยที่สุด ร้อยละ 13.74 ทุก ๆ ปี จะมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งจากเขตเมืองและเขตชนบท แต่บางปีพบว่าในเขตชนบทมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น อาจเป็นเพราะสังคมเมืองได้เริ่มขยายเข้าไปในเขตชนบท จนทำให้เกิดเป็นสังคมกึ่งเมืองขึ้นทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่าในเขตเมืองมักมีรายงานผู้ป่วยสม่ำเสมอเกือบเท่ากันทั้งปี ในขณะที่ในเขตชนบทจะมีรายงานการป่วยสูงเฉพาะช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน

1.2 สาเหตุและการติดต่อ

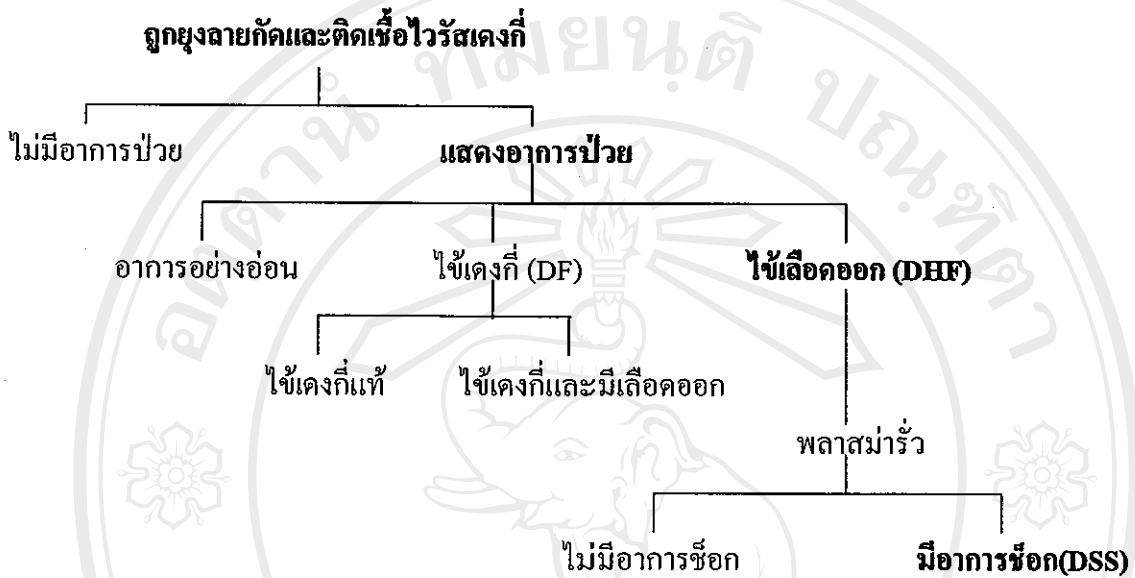
โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรค สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue Virus) จึงเรียกชื่อว่า Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) เชื้อไวรัสเดงกีเป็น RNA virus จัดอยู่ใน Family Flaviviridae มี 4 serotypes คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN-4 ทั้ง 4 serotypes มี antigen ร่วมบางชนิดจึงทำให้มี cross reaction และมี cross protection ในระยะสั้น ๆ ถ้ามีการติดเชืชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อชนิดนั้นไปตลอดชีวิต (permanent immunity) แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดอื่น ๆ อีก 3 ชนิดได้ในช่วงสั้น ๆ (partial immunity) ประมาณ 6-12 เดือน หลังจากนั้น จะมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดอื่น ๆ ที่ต่างจากครั้งแรกได้เป็นการติดเชื้อซ้ำ (secondary dengue infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก จากการศึกษาที่โรงพยาบาลเด็กร่วมกับแผนกไวรัสของสถาบันวิจัยแพทยทหาร (AFRIMS) พบว่า ร้อยละ 85-95 ของผู้ป่วยที่เป็น DHF มีการติดเชื้อซ้ำ ส่วนผู้ป่วยที่เป็น DHF เมื่อมีการติดเชื้อครั้งแรก (primary dengue infection) นั้น มักเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และทุกรายจะมี passive dengue antibody ที่ผ่านจากแม่อยู่ในขณะที่เป็นไข้เลือดออก เชื้อที่แยกได้จากผู้ป่วยในกรุงเทพฯ มีทั้ง 4 ชนิด โดย DEN-2 พบได้ตลอดเวลา ส่วน DEN-1, DEN-3 และ DEN-4 อาจหายไปเป็นช่วง ๆ สัดส่วนของเชื้อไวรัสเดงกีทั้ง 3 หรือ 4 ชนิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละปี โดยทั่วไปจะแยกเชื้อ DEN-2 ได้มากที่สุดตลอดเวลา

ในระยะหลัง ๆ มีบางช่วงที่พบ DEN-3 มากกว่า DEN-2 จากการศึกษาทางด้านไวรัสและระบาดวิทยาสรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก คือ มีไวรัสเดงกี่ชุกชุมมากกว่า 1 ชนิด (simultaneously endemic of multiple serotype) หรือ มีการระบาดของต่างชนิดเป็นระยะ ๆ (sequential epidemic) ซึ่งในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น ทำให้มีการติดเชื้อซ้ำได้บ่อย และการติดเชื้อซ้ำด้วย DEN-2 มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดเป็น DHF โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อครั้งที่ 2 ภายหลังการติดเชื้อครั้งแรกด้วย DEN-1 โรคไข้เลือดออกติดต่อกันโดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญโดยมียุงตัวเมียซึ่งกัดในเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดเชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุงเข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะเพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้ามาสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกยุงกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8-12 วัน เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนอื่นอีก ก็จะปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5-8 วัน (สั้นที่สุด 3 วัน - นานที่สุด 15 วัน) ก็ทำให้เกิดอาการของโรคได้



รูปที่ 1 การแพร่เชื้อไวรัสเดงกี่

การติดเชื้อไวรัสเดงกีส่วนมากจะไม่มีอาการ (ร้อยละ 80-90) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กเมื่อติดเชื้อครั้งแรกมักจะไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง องค์การอนามัยโลกได้จำแนกกลุ่มอาการ โรคที่เกิดจากการติดเชื้อเดงกีไว้ ดังนี้



รูปที่ 2 การติดเชื้อไวรัสเดงกี

ในประเทศที่มีโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever หรือ DHF) มักจะมีโรคไข้เดงกี (Dengue Fever - DF) อยู่ด้วย แต่สัดส่วนของ DHF และ DF จะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ ภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และชนิดของไวรัสเดงกีที่แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบตามความรุนแรงของโรค มีดังนี้

(1) Undifferentiated fever (UF) หรือ viral syndrome มักพบในทารกหรือในเด็กเล็กซึ่งจะปรากฏเพียงอาการไข้และบางครั้งมีผื่นแบบ maculopapular rash

(2) ไข้เดงกี (DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง คือ มีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจเกิดอาการแบบ classical DF คือ มีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง มีผลการทดสอบทูร์นิเกตต์เป็นบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางรายก็อาจมีเกร็ดเลือดต่ำได้ ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน

(3) ไข้เลือดออก (DHF) มีอาการคล้ายกับ DF ในระยะมีไข้ แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือ มีเกร็ดเลือดต่ำและมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะ

ช็อกเกิดขึ้นที่เรียกว่า Dengue shock syndrome (DSS) การรั่วของพลาสมาสามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับฮีมาโตคริตสูงขึ้น มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดและช่องท้อง

1.3 อาการและอาการแสดง

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกีไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและถึงเสียชีวิตได้ โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการเรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลังดังนี้

- (1) ไข้สูงลอย 2-7 วัน
- (2) มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง
- (3) มีตับโต กดเจ็บ
- (4) มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลว/ภาวะช็อก

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (flushed face) และตรวจดูคอก็อาจพบมี injected pharynx ได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคหัดในระยะแรกและโรกระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะปวดรอบกระบอกตา ในระยะไข้มีอาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดทั่ว ๆ ไปและอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโต ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้จะเป็นแบบ biphasic ได้ อาจมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่นหัดเยอรมันได้ อาการเลือดออกพบบ่อยที่สุดคือ ที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะ แตกง่าย โดยการทำ tourniquet test ให้ผลบวกตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็ก ๆ กระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดา หรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งมักจะเป็นสีดำ (melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกในรายที่มีภาวะช็อกอยู่นาน ส่วนใหญ่จะคล้ายพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ตับจะนุ่มและกดเจ็บประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้นเนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอดและช่องท้องมาก เกิด hypovolemic shock ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงรอบปากเขียว ผิวสีม่วง ๆ ตัวเย็นชื้น จับชีพจรและวัดความดันโลหิตไม่ได้ ความรู้สึกเปลี่ยนไปและ

จะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีภาวะช็อก หากว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาช็อกอย่างทันทีทันใดและถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ profound shock ส่วนใหญ่ก็จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อใช้ลดคลงผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปแต่ไม่มาก จนทำให้เกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงระยะสั้น ๆ ก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

1.4 การรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับโรคไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นแบบรักษาตามอาการและประคับประคอง ถ้าอาการไม่รุนแรง เพียงแต่มีไข้ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร โดยไม่มีอาการเลือดออกเองหรือมีภาวะช็อก ควรให้การดูแลรักษาตามอาการดังนี้

- (1) ให้ผู้ป่วยพักผ่อนมาก ๆ
- (2) หากมีไข้สูงให้เช็ดตัวบ่อยๆ และให้ยาลดไข้พาราเซตามอล ห้ามให้แอสไพริน เพราะจะทำให้เลือดออกง่าย
- (3) ให้รับประทานอาหารอ่อนๆ เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก นม น้ำหวาน
- (4) ให้ดื่มน้ำมากๆ จนปัสสาวะออกมากและใส อาจเป็นน้ำเปล่า น้ำผลไม้ หรือน้ำเกลือแร่

ไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส จึงไม่มียาที่ใช้รักษาโรคโดยเฉพาะ ประมาณ 70-80 % ของคนที่เป็นไข้เลือดออกจะมีอาการเพียงเล็กน้อย และหายได้เองภายใน 1 สัปดาห์ เพียงแต่ให้การรักษาตามอาการ และให้ดื่มน้ำมากๆเพื่อป้องกันภาวะช็อกก็เพียงพอ ไม่ต้องฉีดยาให้น้ำเกลือ หรือยาพิเศษแต่อย่างไร

1.5 ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2536, หน้า 14-21)

ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก ที่สำคัญมีอยู่ 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะหลัก และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะรอง ในวงจรชีวิตของยุงลาย ประกอบด้วยระยะต่าง ๆ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่ ระยะตัวอ่อน (ลูกน้ำ) ระยะดักแด้หรือกลางวัย (ตัวไม่ง) และระยะตัวเต็มวัย (ตัวยุง) ทั้ง 4 ระยะมีความแตกต่างกันทั้งรูปร่างลักษณะและการดำรงชีวิต ยุงลายมักวางไข่ตามผิวภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย โดยวางไข่ฟองเดี่ยว ๆ อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ตัวเมียวางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง ยุงลายจะวางไข่มากน้อยเป็นจังหวะ ใน 24 ชั่วโมง โดยอาศัยจังหวะที่แสงลดน้อยลงในเวลาเย็น จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการพบว่า ยุงลายจะวางไข่มากที่สุดก่อนพระอาทิตย์ตกดิน โดยทั่วไปยุงลายจะออกหากินในเวลากลางวัน แต่ถ้าในช่วงเวลากลางวันนั้น ยุงลายไม่ได้กินเลือดหรือกินเลือดไม่อัมยุงลายก็อาจจะออกหากินในเวลาพลบค่ำด้วย หากใน

ห้องนั้นหรือบริเวณนั้นมีแสงสว่างพอเพียงช่วงเวลาที่ยุงลายได้มากที่สุด มี 2 ช่วง ในเวลาเช้า และในเวลาบ่ายถึงเย็น ยุงลายเป็นยุงที่ไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ จะพบยุงลายชุกชุมมากในฤดูฝน ช่วงหลังฝนตกชุก เพราะอุณหภูมิและความชื้นเหมาะสมแก่การแพร่พันธุ์ ส่วนในฤดูอื่นๆ จะพบว่าความชุกชุมของยุงลายลดลงเล็กน้อย แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้าน ในบ้านเรือนพบว่า ยุงตัวเมีย ร้อยละ 90 ชอบเกาะพักตามสิ่งห้อยแขวนต่าง ๆ ในบ้าน มีเพียง ร้อยละ 10 เท่านั้น ที่พบเกาะอยู่ตามข้างฝาบ้าน จากการศึกษาลักษณะเกาะพักของยุงลายภายในบ้านเรือน พบว่า ยุงลายเกาะพักตามเสื้อผ้าห้อยแขวน ร้อยละ 66.5 เกาะตามมุ้งและเชือกมุ้ง ร้อยละ 15.7 สิ่งห้อยแขวนอื่น ๆ ร้อยละ 15.3 และพบเพียง ร้อยละ 2.5 เท่านั้น ที่เกาะพักตามข้างฝาบ้าน ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำนั้นอาจสะอาดหรือไม่ก็ได้ น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด โดยลูกน้ำยุงลายบ้าน จะอยู่ในภาชนะน้ำขังชนิดต่าง ๆ ที่มนุษย์สร้างขึ้น (Man-made container) ทั้งที่อยู่ภายในบ้าน และบริเวณรอบ ๆ บ้าน เช่น โถงน้ำดื่ม น้ำใช้ บ่อซิเมนต์ เก็บน้ำในห้องน้ำ ถ้วยหล่อขาตู้กับข้าวก้นมด แจกัน ภาชนะเลี้ยงปลูด่าง งานรองกระถางต้นไม้ ยางรถยนต์เก่าและเศษวัสดุต่าง ๆ ที่มีน้ำขัง เป็นต้น ส่วนลูกน้ำยุงลายสวน มักเพาะพันธุ์อยู่ในแหล่งเพาะพันธุ์ธรรมชาติ (natural container) เช่น โพรงไม้ โพรงหิน กระบอกลำไย ฝาใบพืชจำพวกกล้วย พลับพลึง หมาก กล้วย ฯลฯ ตลอดจนแหล่งเพาะพันธุ์ที่มนุษย์สร้างขึ้นและอยู่บริเวณรอบ ๆ บ้าน หรือในสวน เช่น ยางรถยนต์เก่า รางน้ำฝนที่อุดตัน ถ้วยรองน้ำยางพาราที่ไม่ใช้แล้ว หรือแม้แต่แอ่งน้ำฝนดิน สำหรับระยะทางที่ยุงลายสามารถบินได้ไกล จากการศึกษพบว่า ยุงลาย ตัวเมียบินได้เฉลี่ย 57 เมตรต่อวัน สูงสุด 154 เมตรต่อวัน ในขณะที่ยุงลายตัวผู้บินได้เฉลี่ย 44 เมตรต่อวัน สูงสุด 113 เมตรต่อวัน จึงนำระยะทางบินของยุงลายมาใช้ในการกำหนดเทคนิคการพ่นเคมีเพื่อควบคุมการระบาดของไข่เลือดออก ดังนั้นชุมชนที่มีผู้ป่วย 1 ราย จึงควรพ่นเคมีที่บ้านผู้ป่วยและบ้านที่อยู่ในรัศมี 100 เมตรโดยรอบบ้านผู้ป่วย เพื่อกำจัดยุงลายที่อาจมีเชื้อไวรัสเดงกีที่อยู่บริเวณนั้นควบคู่ไปกับการกำจัดลูกน้ำยุงลาย

1.6 ปัจจัยที่เอื้อต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก (ศิริชัย พรรณชนะ, 2545, หน้า 3)

การระบาดของโรคไข้เลือดออกยังคงมีอย่างต่อเนื่องและจำนวนผู้ป่วยก็มักจะเพิ่มสูงขึ้นในช่วงกลางปีของแต่ละปีเป็นประจำด้วยสภาพดังกล่าวจึงพอจะประมวลปัจจัยที่เอื้อต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ดังนี้

(1) สภาพแวดล้อมของชุมชน ที่อยู่อาศัย

สภาพบ้านที่อยู่กันอย่างแออัด รกรุงรัง มีด อับทึบ มีภาชนะที่แตกหักทิ้งเกลื่อนอยู่ทั้งในและนอกอาคารเหมาะที่จะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย หรือเป็นที่อยู่อาศัย แหล่งเกาะ

พักของขงลาย และความหนาแน่นของประชากรในชุมชน ทำให้คนในชุมชนมีโอกาสถูกขงลายที่มีเชื้อกัดมากและคนในชุมชนมีโอกาสติดเชื้อซ้ำมีมากขึ้น

(2) การเคลื่อนย้ายประชากรและการคมนาคมขนส่งที่สะดวก

การที่ผู้คนมีการเคลื่อนย้ายไปมาหาสู่สูงทั้งภายในและภายนอกประเทศกอร์ปกับผู้คนบางคนเป็นพาหะ (carrier) ก็มีโอกาสนำเชื้อเด็งกีไวรัสไปแพร่ยังชุมชนอื่นได้อย่างต่อเนื่องหรือบางคนได้รับเชื้อจากพื้นที่ที่เข้าไปอาศัยเพียงช่วงระยะเวลาสั้น ๆ การขนส่งขงลายรถยนต์จากภูมิภาคหนึ่งไปยังภูมิภาคอื่น ๆ ของโลกก็สามารถแพร่กระจายขงลายได้เช่นกัน โดยไข่ของขงลายที่ติดไปกับขงลายรถยนต์เมื่อโดนฝนก็จะฟักเป็นลูกน้ำและเป็นตัวขงในที่สุด

(3) ขาดความร่วมมือของประชาชนในชุมชน

หากประชาชนไม่ตระหนักในการให้ความร่วมมือในการควบคุมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ขงลายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องการแพร่ระบาดของโรคก็จะยังคงมีอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วงอยู่ตลอดไป

(4) ฤดูกาล

ในช่วงฤดูฝนปริมาณน้ำขงตามภาชนะที่ทิ้งขวางตามรอบบ้านเรือนมีจำนวนมากกอร์ปกับความชื้นสัมพัทธ์ที่เหมาะสมในช่วง 70-80 % อุณหภูมิที่พอเหมาะในช่วง 28-30 องศาเซลเซียส จะช่วยเสริมให้วงจรชีวิตของขงลายปรับเปลี่ยนให้สั้นลงมีการกัดกินเลือดถี่ขึ้น โอกาสวางไข่มีมากขึ้น และกลายเป็นขงเร็วและมีจำนวนมาก

(5) มาตรการการควบคุมขงลายระยะตัวโตเต็มวัย

การพ่นสารเคมีกำจัดขงตัวโตเต็มวัยที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ขงอาจคือต่อสารเคมี อีกทั้งยังพบว่าวิธีการดังกล่าวไม่ได้ผลในการควบคุมขงในระยะยาว

(6) ภูมิต้านทานต่อโรคไข้เลือดออก และ serotypes ของเชื้อไวรัสเด็งกี

ประชากรในชุมชนนั้น ๆ มีภูมิต้านทานต่อโรคไข้เลือดออกต่ำหรืออาจไม่มีกอร์ปกับภูมิต้านทานในเด็กที่ได้รับจากมารดาและหรือที่ได้จากการติดเชื้อไข้เลือดออกครั้งแรก อีกทั้งมีการระบาดของเชื้อไวรัสมากกว่า 1 ชนิด โดยเฉพาะครั้งแรกติดเชื้อ DEN-1 และการติดเชื้อซ้ำด้วย DEN-2 มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นไข้เลือดออกจึงเป็นสาเหตุให้มีอัตราป่วยสูงขึ้นในกลุ่มเด็กดังกล่าวเมื่อมีการติดเชื้อซ้ำ

(7) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ (บุคลากร งบประมาณดำเนินการ)

เนื่องจากการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกจะต้องทำอย่างต่อเนื่องทั้งทางด้านนโยบายและการปฏิบัติ ปัญหาที่พบในบางพื้นที่มักได้แก่ การเปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อย ๆ ขาด

การสานต่องานหรือแม้แต่ความขาดแคลนนักวิชาการเฉพาะโรคและงบประมาณ ก็จะมีผลกระทบ ทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคไม่ต่อเนื่อง ไม่ประสบผลสำเร็จ

1.7 การป้องกันและควบคุมโรค (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2536, หน้า 23-39)

มาตรการที่สำคัญที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขใช้ในการจะป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกให้ได้ผลนั้นจะต้องตั้งวงจรการแพร่ระบาดของโรค นั่นคือการจัดและควบคุมยุง พาหะนำโรคและการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่ง มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

(1) การกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้แก่ การปกปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิด 2 ชั้น โดยเสริมด้วยผ้ามุ้ง ผ้ายาง ผ้าพลาสติกปิด การคว่ำภาชนะที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ เพื่อมิให้รองรับน้ำ การเผา ฟัง ทำลาย หรือกลบทิ้งเศษวัสดุที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้

(2) การทำลายลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ด้านกายภาพ เช่น การคว่ำ เผา ฟัง ทำลายภาชนะต่าง ๆ ด้านการใช้สารเคมี เช่น ทรายทีมีฟอส น้ำส้มสายชู ผงซักฟอก ด้านชีวภาพใช้ ปลากินลูกน้ำ

(3) การทำลายยุงตัวเต็มวัย โดยพ่นเคมีกำจัดยุง ด้วยวิธีการพ่นละอองฝอย หรือ พ่นแบบ Ultra Low Volume (ULV) โดยพ่นน้ำยาเคมีจากเครื่องพ่นโดยใช้แรงอัดอากาศผ่านรูพ่นกระจายออกมาเป็นละอองฝอยขนาดเล็กมากซึ่งจะกระจายอยู่ในอากาศและสัมผัสกับตัวยุง และวิธีการพ่นหมอกควัน (Thermal Fogging) โดยพ่นน้ำยาจากเครื่องพ่นโดยใช้ความร้อนพ่นเป็นหมอกควันฟุ้งกระจายในอากาศ เพื่อสัมผัสกับตัวยุง

(4) การลด Man-Mosquito Contact ได้แก่ นอนในมุ้ง นอนในมุ้งที่ชุบน้ำยาฆ่ายุง และการใช้ยาทากันยุง

(5) การเปลี่ยนน้ำในภาชนะที่ไม่มีฝาปิดทุก 7 วัน

การป้องกันและควบคุมโรคโดยการควบคุมยุงพาหะนั้นวิธีที่จะได้ผลดีที่สุด คือ การกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ทั้งนี้เป็นวิธีที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อสารเคมี และได้ผลจริงจึงเพราะเป็นการคุมการเกิดของยุง และจัดว่าเป็นเป็นหนึ่งในการควบคุมได้ดีที่สุด นอกจากนี้ การไม่ใช้สารเคมียังเป็นการรักษาสภาพแวดล้อมอีกทางหนึ่งด้วย แต่ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือจากหน่วยงานองค์กรทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคให้หมดไปจากชุมชนได้ในที่สุด จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาปรากฏว่าการควบคุมโรค ไข้เลือดออกโดยหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ หรืออาจบังเกิดผลแต่เพียงชั่วระยะเวลาสั้น ๆ ดังนั้นขณะนี้หลายจังหวัดได้พยายามหารูปแบบการควบคุมโรค ไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยมีรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

(1) การรณรงค์ โดยการระดมความร่วมมือของผู้นำชุมชน นักเรียน กลุ่มกิจกรรม และประชาชนเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายในชุมชนเป็นครั้งคราวหรือเทศกาลต่าง ๆ

(2) การร่วมมือกับโรงเรียนในการสอนนักเรียนให้มีความรู้เรื่องการควบคุมยุงลาย และมอบหมายกิจกรรมให้นักเรียนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน อาจดำเนินการอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งปี หรือเป็นครั้งคราวร่วมกับการรณรงค์

(3) การจัดหาทรายกำจัดลูกน้ำมาจำหน่ายในกองทุนพัฒนาหมู่บ้านในราคาถูก บางแห่งอาจจัดอาสาสมัครไปสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามบ้านเรือนและใส่ทรายกำจัดลูกน้ำให้เป็นประจำโดยคิดมูลค่าบริการราคาถูก

การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหาและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ควรจะได้รับการส่งเสริมและปฏิบัติให้แพร่หลายมากที่สุด โดยเน้นปัจจัยสำคัญคือ ความครอบคลุม ความสม่ำเสมอ และความต่อเนื่อง โครงการทดลองควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลายโครงการประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในระหว่างการดำเนินงานของโครงการ แต่ไม่สามารถดำเนินการให้ต่อเนื่องในระยะยาวได้ ความร่วมมือของชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นแบบผสมผสาน ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมจากหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านสาธารณสุขให้สุขศึกษา สนับสนุนเคมีภัณฑ์และการควบคุมโรค ด้านการศึกษาสอนการควบคุมโรคแก่นักเรียนและกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ด้านการปกครองให้การสนับสนุนการควบคุมโรคผ่านทางขบวนการปกครองท้องถิ่น ด้านประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข่าวสารความรู้และกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตื่นตัว ด้านเอกชนให้การสนับสนุนทรัพยากรหรือเข้าร่วมกิจกรรมในการควบคุมโรคในชุมชนแต่ละแห่งมีแหล่งทรัพยากร องค์กร บุคลากร และความคล่องตัวที่จะจัดหารูปแบบความร่วมมือภายในท้องถิ่น จุดเริ่มต้นที่สำคัญคือ การจัดการให้ฝ่ายต่างๆ ได้มาร่วมกันมองปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาดูด้วยกัน การผสมผสานความร่วมมือจะต้องทำทั้งระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ในภาครัฐก็ต้องผสมผสานระหว่างหน่วยราชการต่างวิชาชีพ ต่างสังกัด และต่างระดับเพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคโดยประชาชนในท้องถิ่นอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

2. การรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.1 ความหมายของการรับรู้

การรับรู้ (perception) ตามพจนานุกรมของเวบสเตอร์ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลนั้น โดยอาศัยอวัยวะที่รู้สำนึกและ

ประสบการณ์ในอดีต (Gove and merriam-Webster Edition Staff, 1963:1975) และยังมีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาและให้ความหมายของการรับรู้ไว้ ดังนี้

อัลพอร์ต (1965, p.14) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการตระหนักต่อสถานการณ์โดยรวมในสิ่งแวดล้อมด้วยวัตถุประสงค้อย่างใดอย่างหนึ่ง

บาร์เลย์ (1969, p.11) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแยกแยะการตอบสนองโดยทันทีของประสาทสัมผัส

สุชา จันท์ธอม (2533, หน้า 199) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปลความหมายจากการสัมผัส (sensation) และในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2539, หน้า 131) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่คนเรารับรู้สิ่งต่าง ๆ โดยผ่านการสัมผัส มีการใช้ประสบการณ์เดิมช่วยการแปลความหมายของสิ่งนั้นออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจ

ลักขณา สรวิวัฒน์ (2539, หน้า 64) กล่าวว่า การรับรู้เป็นอาการสัมผัสที่มีความหมายเป็นการแปลหรือการตีความแห่งการสัมผัสที่ได้รับออกมาเป็นหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมายซึ่งเป็นเรื่องที่รู้จักและเข้าใจกันและในการแปลหรือตีความของการสัมผัสนั้นจำเป็นที่จะต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม หากไม่มีความรู้เดิมหรือสิ่งเร้าอื่น ๆ ไปก็จะไม่มีการรับรู้สิ่งนั้น ๆ

กันยา สุวรรณแสง (2542, หน้า 127) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึกความหมายว่าเป็นอะไร

จินดา เกียรติศักดิ์โสภณ (2543, หน้า 36) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลรับสัมผัสกับสิ่งเร้า มีการจัดระเบียบ ตีความและแปลความหมายสิ่งเร้าที่รับสัมผัสนั้น ตามความรู้ ประสบการณ์เดิม ทักษะ ความเชื่อ ความต้องการ บุคลิกภาพของบุคคล การรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าและตัวรับรู้ ซึ่งสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ได้แก่ ความจำ อารมณ์ ความพร้อม สติปัญญา ความสนใจ ความคาดหวัง ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ค่านิยมและวัฒนธรรม

ณัฐสรุติ นนทธี (2544, หน้า 7) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแสดงออกถึงความรู้ความเห็นซึ่งเกิดขึ้นจากการตีความการสัมผัสระหว่างอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกับสิ่งเร้า โดยมีการใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการให้ความหมายแห่งการสัมผัสนั้น ๆ

บุญทรัพย์ ช่อจรัส (2544, หน้า 11) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปลความหมายของการสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์เดิม ความรู้เดิม ซึ่งได้จากการได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้รู้สึก แสดงออกมาเป็นความรู้สึก ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่ได้สัมผัสเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลเกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม (2545, หน้า 1) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการที่มนุษย์มีข้อมูลที่ได้จากความรู้สึกสัมผัส (sensation) ซึ่งเป็นข้อมูลดิบ (raw data) จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันประกอบ ตา หู จมูก ลิ้นและกายสัมผัสสมาจำแนก แยกแยะ คัดเลือก วิเคราะห์ ด้วยระบบการทำงานของสมองแล้วแปลงสิ่งที่ได้ออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย เพื่อนำไปใช้ในการเรียนรู้ต่อไป

จากความหมายของการรับรู้สรุปว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์พยายามทำความเข้าใจความหมายของข้อมูลจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันประกอบ ตา หู จมูก ลิ้นและกายสัมผัส มาจำแนก แยกแยะ คัดเลือก วิเคราะห์ โดยใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแปลความหมายและแสดงออกมา ในที่นี้ คือการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.2 ลักษณะสำคัญของการรับรู้

การรับรู้มีลักษณะ 6 ประการ (คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม , 2545, หน้า 1) คือ

(1) ต้องมีพื้นฐานข้อมูลหรือความรู้ในเรื่องนั้นมาก่อน (knowledge based) หรือถ้าไม่มีความรู้อย่างน้อยต้องมีประสบการณ์เดิมในเรื่องนั้นอยู่บ้าง

(2) จะต้องประกอบด้วยข้อวินิจฉัย (inferential) ในขั้นตอนของกระบวนการรับรู้ ทั้งนี้เพราะในการรับรู้ ต้องอาศัยวิธีการวินิจฉัย โดยการตั้งสมมุติฐานหรือประติดประต่อเรื่องต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้การรับรู้ในสิ่งนั้นเกิดความสมบูรณ์มากที่สุด

(3) จะต้องมีความสามารถในการแยกแยะ (categorical) ลักษณะหรือคุณสมบัติที่สำคัญของข้อมูลนั้นได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะต้องอาศัยความจำจากประสบการณ์เดิมมาใช้

(4) ลักษณะของการรับรู้จะต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยง (relational) ของข้อมูลต่าง ๆ หลายประเภท

(5) กระบวนการของการรับรู้จะต้องอาศัยการดัดแปลง (adaptive) ข้อมูลจากประสบการณ์เดิมมาใช้ให้เหมาะกับแต่ละเรื่องที่กำลังรับรู้อยู่ในขณะนั้น

(6) กระบวนการของการรับรู้มักจะเป็นไปโดยอัตโนมัติ เป็นการทำงานของสมองในการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ

2.3 ธรรมชาติของการรับรู้

นักจิตวิทยาได้พยายามศึกษา และวินิจฉัยเพื่อหาข้อมูลในการนำมาอธิบายธรรมชาติของการเกิดการรับรู้ว่าต้องอาศัยองค์ประกอบอะไรบ้าง จากการศึกษาได้สรุปดังนี้

2.3.1 การรับรู้จะต้องอาศัยความสามารถในการคัดเลือกสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (perception is selective) มนุษย์มีขีดจำกัดในการรับรู้ ดังนั้นมนุษย์จึงต้องมีการเลือกว่าในแต่ละสถานการณ์นั้นตนเองเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าใดบ้าง องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับรู้ที่นักจิตวิทยาได้ศึกษาและรวบรวมข้อมูลไว้มีดังนี้

(1) องค์ประกอบอันเนื่องมาจากสภาพของสิ่งเร้าองค์ประกอบนี้ นักจิตวิทยาได้อธิบายว่ามนุษย์มักเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่น่าสนใจ เช่น ขนาดและความเข้มของสิ่งเร้า (intensity and size) มนุษย์เลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่มี ขนาดใหญ่ เสียงดัง สีสด ความเด่นหรือความแตกต่างจากสิ่งเร้าอื่น (contrast) คนที่แต่งกายแตกต่างจากกลุ่ม มักจะถูกเลือกมากกว่าผู้อื่น การทำซ้ำ ๆ มนุษย์มักจะรับรู้ได้เร็วกว่าและความเคลื่อนไหวของสิ่งเร้า (movement)

(2) องค์ประกอบอันเนื่องมาจากตัวมนุษย์ มนุษย์แต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกัน และความแตกต่างอันนี้เองที่เป็นสาเหตุให้มนุษย์ มีการเลือกการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน องค์ประกอบอันเนื่องมาจากตัวมนุษย์เช่น ความคาดหวัง ความสนใจ และความต้องการ

2.3.2 การรับรู้จะต้องมีการจัดระบบ (perception is organized) มนุษย์จะต้องมีการจัดระบบของข้อมูลที่จะรับรู้ โดยที่นำข้อมูลนี้มาจัดเป็นรูปแบบ(Pattern)และกฎเกณฑ์ (principles) ที่มีความหมายเพื่อที่จะได้ง่ายต่อการรับรู้ เมื่อมนุษย์รับข้อมูลย่อย ๆ หลายข้อมูลแล้ว มนุษย์ต้องนำข้อมูลย่อยนั้นมารวมกันเพื่อให้เกิดเป็นสิ่งที่มีความหมายและง่ายต่อการรับรู้ การจัดระบบทำได้ เช่น การจัดหมวดหมู่ (grouping) ของข้อมูล ความใกล้ชิด (needness or proximity) ความเหมือน (similarity) ความต่อเนื่อง (continuity) ความสมบูรณ์ (closure) สิ่งเร้าใดก็ตามที่ยังขาดความสมบูรณ์หรือยังหาข้อยุติไม่ได้ มนุษย์มักจะรับรู้ให้เป็นภาพที่สมบูรณ์โดยเติมให้สมบูรณ์ตามประสบการณ์เดิมของตน ภาพและพื้น (figure and ground) ในขณะที่มนุษย์มีสิ่งให้รับรู้มากมายสิ่งที่ได้รับ ความสนใจหรือการรับรู้มากที่สุดก็จะปรากฏเด่นชัดเป็นภาพ (figure) สิ่งอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับความสนใจก็จะกลายเป็นพื้น (ground)

2.4 แบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพ

โรเซนสต็อค (Rosenstock, cited in Becker, 1974, p. 83-88 , กองสุขศึกษา, 2542, หน้า 25-27) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะมีการกระทำใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคได้ โดยการที่บุคคลนั้นมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบต่อดำรงชีวิตได้ การปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใด ๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งการลดความรุนแรงของโรคและจะต้องเป็นการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ของบุคคล ซึ่งแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

(1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (percieved susceptibility) เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่ง ๆ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่า ตนเองมีโอกาสเกิดโรคและรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคอื่น ๆ ได้ ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

(2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (percieved severity) เป็นความรู้สึกถึงอันตรายและผลเสียต่อชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ยังไม่เกิดขึ้นจริง ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อโรคนั้น ๆ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ หรือกระทบต่อชีวิตครอบครัว และสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

(3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (percieved benefits) เป็นความรู้สึกของบุคคล มาจากความเชื่อในประสิทธิภาพของพฤติกรรมการลดภาวะคุกคามจากโรคหรือการป้องกันโรค ของตนเองและเป็นพฤติกรรมที่รับรู้ว่าคุณสามารถทำได้และเกิดผลดีในการป้องกันโรคนั้น ๆ แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ทำให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันโรค

(4) การรับรู้อุปสรรค (percieved barrier) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบประโยชน์จากการปฏิบัติกับผลด้านลบในการปฏิบัตินั้น ๆ ซึ่งอาจได้แก่ การเสียค่าใช้จ่าย การเสียเวลาในการมีรับบริการสุขภาพ ความไม่สะดวกสบาย ความเครียดและความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ถ้าพบอุปสรรคมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับอาจเกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้

2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ (คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม , 2545, หน้า 2-3)

คนเราจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใดโดยที่บุคคลจะรับรู้ต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่

(1) ลักษณะของสิ่งเร้า เช่น ความคงที่ของการรับรู้ (perceptual contancy) แม้สิ่งเร้าบางอย่างจะมีรูปร่าง (shape) ขนาด (size) ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากตำแหน่งที่ตั้งเปลี่ยนที่ไป แต่มนุษย์ก็ยังสามารถรับรู้ได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์เดิมนั้นเองและภาพลวงตา บางครั้งการรับรู้ทางประสาทตาอาจจะคลาดเคลื่อนไปจากความจริง ทั้งนี้เนื่องจากตำแหน่งที่ตั้งทิศทางของสิ่งเร้า ทำให้มนุษย์เกิดการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง

(2) ลักษณะของผู้รับรู้ เช่น ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้อาจจะเปลี่ยนไป เนื่องจากสภาพของบุคคลนั้นมีความผิดปกติบางประการ ความใส่ใจ (attention) ระดับความใส่ใจของมนุษย์ในเรื่องต่าง ๆ จะมีระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งถือเป็นความแตกต่างทางธรรมชาติ และสมาธิ ซึ่งสมาธิ คือ ความใส่ใจกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นเวลาติดต่อกันโดยไม่เปลี่ยนความสนใจไป

ผู้สิ่งอื่นผลที่ได้จากสมาธิจะทำให้การรับรู้ดีขึ้น และยังเป็นผลดีมากต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมนุษย์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้มนุษย์มีการรับรู้ที่แตกต่างกัน เช่น คนในสังคมเมืองจะรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่าคนในสังคมชนบท คนในป่าจะแยกแยะประเภทของสัตว์ได้ดีกว่าคนในเมือง เป็นต้น

จากข้อมูลต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเป็นการเน้นในเรื่องการรับรู้ของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งเร้า และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเอง มนุษย์ไม่ได้รับรู้เฉพาะสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่มนุษย์ยังมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองอยู่ตลอดเวลาด้วย การรับรู้เกี่ยวกับตนเองเกิดขึ้นเนื่องจากมนุษย์มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มนุษย์เรียนรู้ที่จะศึกษาสิ่งแวดล้อม และกำหนดสถานภาพของตนเองในการมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจากการรับรู้เกี่ยวกับตนเองทำให้เกิดทัศนคติ ความรู้สึกที่ " ตน " เป็นคนอย่างไร ซึ่งทัศนคติ ความคิดเห็นความรู้สึกเกี่ยวกับคนนี้ นักจิตวิทยาเรียกว่า ความรู้สึกที่นึกคิดเกี่ยวกับตนเอง (self-concept) ความรู้สึกดังกล่าวจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์แต่ละคนเป็นอย่างมาก เพราะการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการนำความเป็นจริงจากสิ่งแวดล้อมผสมผสานเข้ากับความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเสียก่อน แล้วจึงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมได้ จากการศึกษาส่วนใหญ่มีข้อสรุปตรงกันว่า มนุษย์ควรมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางบวกหรือทางที่ดี เพื่อจะได้นำมาใช้เป็นพลังในการพัฒนาตนเองและสังคมได้อย่างเต็มที่

3. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.1 ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กล่าวไว้ในมาตรา 76 ว่า “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายการตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งตรวจสอบการใช้อำนาจทุกระดับ” และมาตรา 79 “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบำรุงรักษาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ...” สำหรับความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน (People's Participation) ได้มีนักวิชาการและองค์กรต่างๆ ให้ความหมายในหลายลักษณะ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (2521 อ้างในกันยา กาญจนบุรานนท์, 2539, หน้า 980) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการรวมทั้งชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยเน้นหนักในเรื่อง พัฒนาความรู้ความสามารถของประชาชน ในการพัฒนาชุมชนของเขาเอง

องค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (2521 อ้างในกันยา กาญจนนุรานนท์, 2539, หน้า 980) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า กระบวนการซึ่งประชาชนเองเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกระดับ

จอห์น เอ็ม โคเฮิน และนอร์แมน ที อ็ฟฮอฟฟ์ (1980, p.219-222) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การดำเนินงานตามกิจกรรมที่ตัดสินใจ ร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมพัฒนานั้น ๆ หรือเข้าร่วมติดตามประเมินผลกิจกรรมดังกล่าวด้วย

รุจี จารุภาธน (2540, หน้า 4) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า การรวมกลุ่มทางสังคมเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือดำเนินงานของกลุ่มให้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความร่วมมือร่วมใจ โดยที่สมาชิกมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลในสถานการณ์กลุ่มที่มีโอกาสและใช้โอกาสในการแสดงความรู้สึกบ่งบอกความต้องการจึงเกิดการเข้าใจในการกระทำเพราะบุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าคุณเองได้ลงทุนในการตัดสินใจและอุทิศพลังงานทุกอย่างเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ดังนั้นจึงทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจและการประสานงานรวมทั้งร่วมรับผิดชอบกับกลุ่ม

ประเทือง วงศ์แจ้ง (2541, หน้า 17) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม ร่วมตัดสินใจวางแผนและดำเนินการในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนของพวกเขาเอง

เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ (2542, หน้า 84) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า กระบวนการที่ประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี สามารถกำหนดปัญหาสาธารณสุข วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนรวมทั้งแยกแยะปัญหาได้เอง และบริหารจัดการได้ทันที ส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหา

เจริญศรี แซ่ตั้ง (2542, หน้า 7) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าการดำเนินกิจกรรมโดยประชาชน ซึ่งต้องเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจของประชาชนในชุมชนรวมทั้งประชาชนจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจ คิดค้นปัญหา วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผล โดยการดำเนินการดังกล่าว จะต้องมีความหมายร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประชาชน กับทั้งให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันด้วย

สุทนต์ ทาวงศ์มา (2544, หน้า 7) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็นกระบวนการที่ชุมชนตัดสินใจกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยมีบทบาทในการค้นหาปัญหา ตั้งวัตถุประสงค์ หาสาเหตุของปัญหา

กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจเลือกทางในการวางแผนแก้ไขปัญหา กำหนดทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาและการประเมินผล เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

จากความหมายของการมีส่วนร่วมสรุปว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนได้เข้ามามี ส่วนร่วมในการค้นหา วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางแก้ไข ปัญหาในชุมชน มีการติดตามประเมินผล และรับผิดชอบด้วยชุมชนเอง โดยที่ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจที่จะดำเนินการหรือไม่ดำเนินการ เพื่อการพัฒนาที่ดีขึ้น ในที่นี้คือการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชนของตนเอง

3.2 ประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชน

องค์การอนามัยโลก (1979, สุภาณี รุ่งเรืองศรี, 2535 อ้างใน ชมนาด พจนามาตร์ และคณะ, 2544, หน้า 13-14) ได้จำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 3 ประเภท คือ

(1) การมีส่วนร่วมของประชาชนแบบธรรมชาติ (spontaneous participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่สะท้อนถึงการกระทำด้วยความสมัครใจและเป็นอิสระ กำเนิดจากแรงจูงใจภายในของประชาชนเอง ในภาวะที่เกิดปัญหาโดยปราศจากความร่วมมือจากองค์กรภายนอก การมีส่วนร่วมแบบนี้ เป็นเพียงภาพในอุดมคติที่พบได้ยากในงานสาธารณสุข

(2) การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ถูกกระตุ้นหรือชี้นำชักชวนให้เกิดขึ้น (induced or sponsored participation) เป็นการมีส่วนร่วมอีกชนิดหนึ่งของการพัฒนาแบบการช่วยเหลือเพื่อให้ช่วยตัวเอง เกิดด้วยความปลุกเร้าจากการกระตุ้น ที่ส่วนใหญ่ตัวกระตุ้นเหล่านี้คือ เจ้าหน้าที่ ด้วยการที่รูปแบบการมีส่วนร่วมถูกส่งผ่านเข้าไปให้ประชาชนเป็นครั้งแรกและดำรงอยู่ช่วงเวลาหนึ่ง แรงคลใจภายในเกี่ยวกับการพัฒนาจะเกิดขึ้นและประชาชนจะเกิดการร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมที่ส่งผ่านเข้าไป

(3) การมีส่วนร่วมโดยการบังคับ (coerced participation) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เกิดขึ้นตามนโยบายรัฐบาลหรือโดยการบังคับ โดยตรง ผู้กระทำจะได้รับผลทันที แต่ไม่ได้ผลในระยะยาว เป็นการมีส่วนร่วมที่ผิดพลาดทั้งเชิงแนวคิดและวิธีการ

3.3 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

จอห์น เอ็ม โคเฮน และนอร์แมน ที อัฟฮอฟฟ์ (John M.Cohen and Norman T.Uphoff, 1980, p. 219-222) แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

3.3.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นการแสดงออกด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบ หรือกำหนดระบบของโครงการ เป็นการประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่สามารถเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

(1) การมีส่วนร่วมในขั้นต้น (initial decision) เป็นการค้นหาความต้องการที่แท้จริงด้วยวิธีการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมของโครงการ

(2) การมีส่วนร่วมในการเตรียมการ (ongoing decision) เป็นการหาโอกาสหรือช่องทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งลำดับความสำคัญของโครงการที่จะต้องดำเนินการ

(3) การมีส่วนร่วมในขั้นการตัดสินใจปฏิบัติการ (operating decision) เป็นการหาบุคลากรเข้ามาปฏิบัติการ ได้แก่ อาสาสมัคร ผู้ประสานงาน หรือกลุ่มที่รวมกันตามประเพณี เช่น กลุ่มสตรี หรือกลุ่มหนุ่มสาว เพื่อที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยการเป็นสมาชิก ร่วมดำเนินการ การคัดเลือกผู้นำและการสร้างพลังอำนาจให้แก่องค์กร

3.3.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (implementation) เป็นการดำเนินการตามโครงการและแผนงานซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่

(1) การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร (resource contribution) ได้แก่ การมีส่วนร่วมสละแรงกาย การสละเงิน การให้วัสดุอุปกรณ์ และการให้คำแนะนำ ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้จะให้ความรู้ความเข้าใจ

(2) การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (administration and coordination) การมีส่วนร่วมโดยวิธีการจ้างบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ การฝึกอบรมผู้ที่จะเข้าปฏิบัติในโครงการ หรือการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการและเป็นผู้ประสานงานในโครงการด้วย

(3) การมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ (programmer enlistment activities) เป็นการมีส่วนร่วมโดยการเข้าปฏิบัติในโครงการ พบว่ามีลักษณะเป็นการบังคับให้เข้าปฏิบัติในโครงการมากที่สุด การมีส่วนร่วมโดยการบังคับให้ปฏิบัติจะต่างจากการให้ความร่วมมือ เพราะการบังคับให้ทำนั้น ผลประโยชน์จะไม่ใช่เป็นสิ่งที่สำคัญ แต่ถ้าเป็นการมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจนั้น จะมีการคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเกิดการมีส่วนร่วม

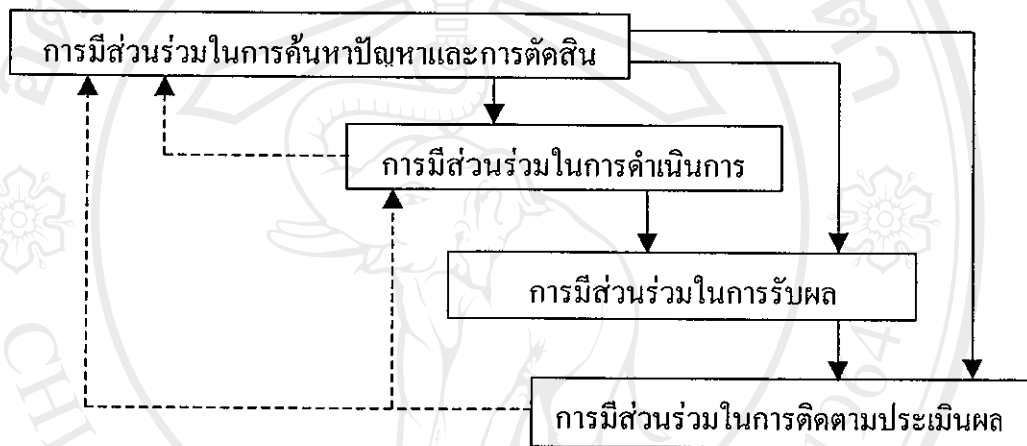
3.3.3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

(1) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านวัตถุ (material benefits) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเพิ่มผลผลิต รายได้ หรือทรัพย์สิน

(2) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านสังคม (social benefits) ได้แก่ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่สังคม เช่น โรงเรียน สถานที่สาธารณะ หรือส่วนกลางของชุมชน เช่น การเพิ่มคุณภาพชีวิต การเกิดระบบน้ำประปา

(3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านบุคคล (personal benefits) ได้แก่ ความนับถือตนเอง พลังอำนาจทางการเมือง ความคุ้มค่าของผลประโยชน์

3.3.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน รวมทั้งการค้นหาข้อดี และข้อบกพร่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหาการทำงานให้มีประสิทธิภาพ แต่การมีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้ส่วนใหญ่บทบาทดังกล่าวจะเป็นของเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยจะเป็นการประเมินผลของงบประมาณที่จัดสรรนั้นนำไปใช้อย่างไร การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนี้เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของพลังความคิดที่จะทำให้โครงการพัฒนาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป



รูปที่ 3 ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของโคเฮิน และอัฟฮอฟฟ์

3.4 ประโยชน์จากการมีส่วนร่วมของประชาชน

ชุมชนจะได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยดังนี้ (อดิศร วงศ์คงเคช, 2539, หน้า 3)

(1) ชุมชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาและประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ ในรูปของความคิดการตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่

(2) เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชนและชุมชนจะมีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนามีความมั่นคงถาวรและประหยัด

(3) เป็นขบวนการพัฒนาความสามารถ และพลังของชุมชนในการพึ่งตนเองและเป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย

(4) ชุมชนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนเองรวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงการเคารพ นับถือ เชื่อใจ ไว้วางใจ รักและศรัทธาในชุมชนว่ามีความรู้ความสามารถ

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาจะเกิดมากน้อยเพียงใดต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ คือ

(1) ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน ซึ่งเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นตัวละครสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน หากเจ้าหน้าที่ขาดแนวคิด ขาดความเชื่อมั่นว่าประชาชนนั้นสามารถที่จะแก้ปัญหาด้วยตัวเองได้และมีวิธีการที่จะไปครอบงำความคิดของประชาชน คิดว่าตนเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นเพียงผู้รับแล้ว การพัฒนานั้น ๆ ก็จะประสบความล้มเหลวและขาดความต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนก็จะไม่เกิดขึ้น

(2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ คือลักษณะของการบริหารไม่เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนมากนักเพราะการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ มุ่งที่จะให้เกิดผลในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้นการทำงานจึงเป็นลักษณะสั่งการมากกว่า อำนาจการตัดสินใจอยู่ส่วนกลาง เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติที่สัมผัสกับชุมชนโดยตรงมักจะขาดอำนาจการตัดสินใจการทำงานจะต้องเป็นไปตามคำสั่งของหน่วยเหนือ บางครั้งงานที่สั่งการมาไม่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของชุมชนและชุมชนเองก็ไม่สามารถแสดงออกถึงความต้องการได้ตามความเหมาะสม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ก็ยังไม่มีความสัมพันธ์กันในการทำงาน และไม่มีเป้าหมายในการวางแผนงานร่วมกัน ทั้งนี้เพราะปัญหาของชุมชนมิได้เนื่องมาจากสาเหตุเดียว แต่เนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยการวางแผน เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกันของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

(3) ปัจจัยด้านจิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรมของชุมชน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นอย่างมาก ชุมชนแต่ละชุมชนมีปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป บางชุมชนมีการรวมตัวกันง่าย มีการเสียสละช่วยเหลือกันชุมชนนั้นก็มิโอกาสที่จะเสริมสร้างการมีส่วนร่วมได้ง่ายกว่าชุมชนซึ่งต่างคนต่างอยู่ เอะริดเอาเปรียบ และมุ่งผลประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก อย่างไรก็ตามก็มีวิธีการที่เรียกว่ากระบวนการจัดองค์กรชุมชนที่จะช่วยให้ชุมชนได้รวมตัวกัน

จากข้อมูลต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากและที่จะให้เกิดผลอย่างแท้จริงประชาชนจะต้องเป็นผู้คิดริเริ่มเองโดยจะต้องเริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การดำเนินการแก้ไขปัญหาและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินงานประชาชนไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพในการตัดสินใจ ถ้าหากว่าเขาไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Sheppard และ คณะ (1979 อ้างใน สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2544) ได้สำรวจลูกน้ำที่อยู่ในภาชนะเก็บน้ำทั่วไป พบว่าเป็นลูกน้ำ *Aedes aegypti* ถึง ร้อยละ 90 ไม่ว่าจะเป็
 ภาชนะเก็บน้ำที่อยู่ในเมืองหรือในชนบท ซึ่งสอดคล้องกับที่ กองโรคติดต่อทั่วไป (2533) ได้สำรวจ
 แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในจังหวัดต่าง ๆ ทุกภาคของประเทศไทย พบว่า แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย
 บ้าน *Aedes aegypti* ทั้งภายในและภายนอกบ้าน คือ โถงน้ำดื่มและน้ำใช้ ร้อยละ 70.82 งานรองขา
 ตู้กับข้าวก้นมด ร้อยละ 15.68 ที่เหลือเป็นภาชนะอื่น ๆ เช่น ไห ถังน้ำมัน แจกัน และยางรถยนต์เก่า
 ร้อยละ 13.49 เช่นเดียวกับที่ จิตติ จันทรแสง และคณะ (2536) ได้สำรวจการแพร่กระจายและดัชนี
 ความชุกชุมของยุงลายในชนบทปี พ.ศ. 2532-2534 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก
 และภาคใต้ โดยใช้วิธีการสำรวจตามแบบมาตรฐานของ WHO คือ Visual Larval Survey แล้ว
 คำนวณหาค่าดัชนีความชุกชุมของยุงลาย ได้แก่ ค่า House Index, Breteau Index, Container Index
 ภาชนะอื่น ๆ ได้ดำเนินการสำรวจใน 64 หมู่บ้าน พบว่า หมู่บ้านที่มีลูกน้ำยุงลาย ภาชนะที่พบ
 ยุงลายมากที่สุด คือ คู่ม โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออกและภาคใต้พบเฉลี่ย 1.29, 1.32
 และ 0.58 ใบต่อบ้าน ตามลำดับ ค่าดัชนีความชุกชุมของยุงลายอยู่ในเกณฑ์สูงทั้ง 3 ภาค โดยค่าเฉลี่ย
 BI มีค่า 225.14, 189.75 และ 106.44 ตามลำดับ จากการนำค่า Log ฐาน 10 กับค่าเฉลี่ย BI มาเขียน
 กราฟ Scatter plots พบว่า ร้อยละ 78.75 ของพื้นที่ซึ่งมีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออก มีค่าเฉลี่ย BI สูง
 กว่า 100 จากข้อมูลการวิเคราะห์นี้ จึงใช้เป็นมาตรฐานในการกำหนดแนวทางการควบคุมยุงลายโดย
 กำหนดว่า พื้นที่ใดที่ทำการควบคุมยุงลายค่า BI จะต้องไม่สูงกว่า 100 พื้นที่นั้นจะมีความเสี่ยงต่อ
 การเกิดโรคต่ำ

บุญเลิศ สักดิ์ชัยนันท์ และจุลีย์ อุตสาหะ (2542) ได้ศึกษาการให้ความรู้ในโครงการ
 ประชากร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า แหล่งข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก
 ที่สำคัญ คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 75.4 รองลงมาเป็นเอกสารแผ่นพับ หรือจาก อสม. ร้อยละ 68.1 ซึ่ง
 สนับสนุนการศึกษาของสำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก (2544) ที่ได้การประเมินโครงการ
 ประชากร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เถลิงพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
 เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคล เถลิงพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม ปี พ.ศ. 2542-2543
 ผลการประเมิน พบว่า ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกมากถึง ร้อยละ 91.4 และมี
 พฤติกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยวิธีทางกายภาพมากกว่าทางชีวภาพและสารเคมีคือการปิดฝาตุ่ม
 น้ำดื่มตลอดเวลา ร้อยละ 78.1 การเปลี่ยนถ่ายน้ำในห้องน้ำทุก 7 วัน ร้อยละ 60.3 มีการเปลี่ยนถ่ายน้ำ
 ในตุ่มน้ำใช้ ร้อยละ 61.1 ซึ่งแตกต่างกับองอาจ วิชรพันธ์สกุลและคณะ (2543) ได้ศึกษาการประเมินผล

โครงการควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2538- 2540 พบว่า การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยใช้สารเคมีได้ผลถึง ร้อยละ 95 ส่วนการควบคุมวิธีชีวภาพและกายภาพได้ผลเพียงร้อยละ 75 เท่านั้น

B.H.B. van Benthem และ คณะ (2001) ได้ศึกษาความรู้และการใช้มาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 67 มีความรู้เรื่อง โรคไข้เลือดออก โดยสามารถระบุอาการของโรคที่พบมากที่สุด คือ เป็นไข้สูง ร้อยละ 81 และเป็นจุดเลือดสีแดง ร้อยละ 77 คนที่มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จะมีวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดีกว่าคนที่ไม่มีความรู้ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เพศ อาชีพ และบริเวณที่อยู่อาศัยมีผลต่อการมีความรู้ การให้ความรู้ที่ดีจะเป็นเครื่องมือในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ สอดคล้องกับสุริวิภา โกสุมวัชรภรณ์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ด้านการติดต่อและการป้องกัน โดยความรู้ที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากการประชาสัมพันธ์ของหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับสังวาล เจริญรบ และคณะ (2540) ได้ศึกษาสภาพการณ์ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในจังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2539 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออกโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก แต่ทักษะต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับที่ อุ๋นใจ ถมอินทร์ (2542) ได้ศึกษาการรับรู้บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรธานี พบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่เคยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเคยอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออกและบทบาทด้านสาธารณสุขจะมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและมีการรับรู้บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดีและสุพร ชุณหะวัณ (2533) ได้ศึกษาพฤติกรรมของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การป้องกัน ความน่ากลัวของโรค การเกิดของลูกน้ำยุงลาย แหล่งที่อยู่อาศัยของลูกน้ำยุงลายตลอดจนอันตรายของลูกน้ำยุงลาย แต่ไม่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมการป้องกันการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเสมอไป สอดคล้องกับศุภมิตร ชุณหะวัณ (2529) ที่ได้สรุปสถานการณ์โรคไข้เลือดออก และการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี พ.ศ. 2529 พบว่า การให้สุขศึกษาหรือการรณรงค์ให้ประชาชนร่วมกันควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายยังไม่สามารถชักชวนให้ประชาชนร่วมมือได้เท่าที่ควร แตกต่างจากยูวดี ตาทิพย์ (2541) ได้ศึกษาความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลแม่ระมาด อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก พบว่า ประชาชนที่ศึกษาเกือบ 1 ใน 3 มี

ความรู้ อยู่ในระดับต่ำ และควรจะมีการรณรงค์ให้สุศึกษาในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกเพื่อให้มีความรู้ในระดับที่ดีมากยิ่งขึ้นทำให้ตระหนักถึงปัญหาและดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

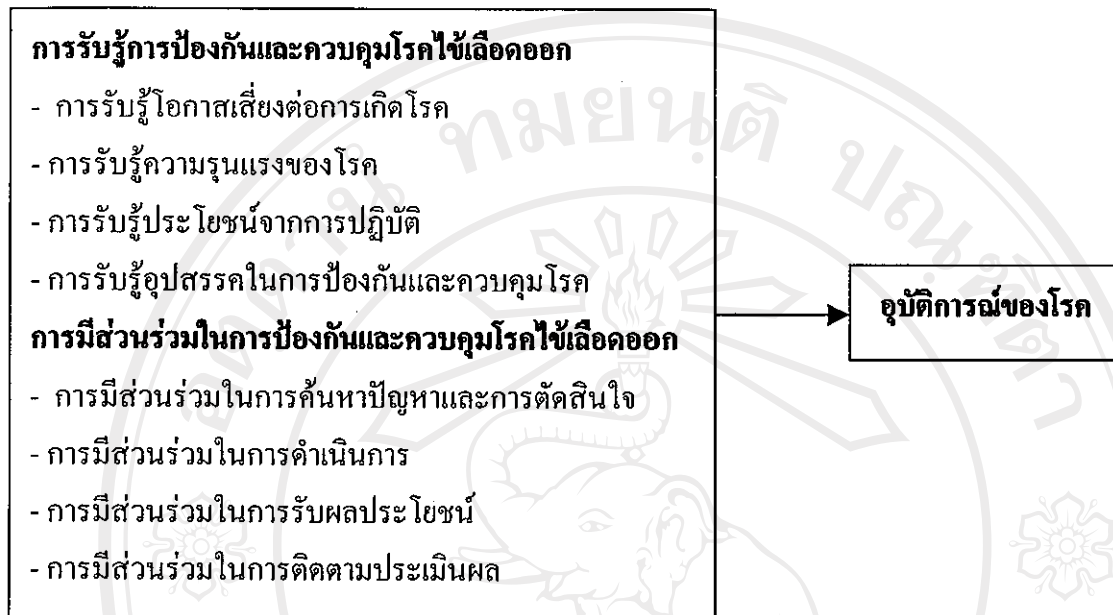
ส่วนสุจิตรา สุขพัฒนานรากุล และคณะ (2544) ได้การประเมินโครงการประชาร่วมใจ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พ.ศ. 2542-2543 จังหวัดอุดรธานี ผลการประเมินพบว่า ประชาชนทั้งหมู่บ้านที่เกิดโรคและไม่เกิดโรค มีความรู้ที่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 74.4 และ 74.8 ทักษะคิดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.1 และ 73.0 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับสูง การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และความชุกของลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านที่เกิดโรคและไม่เกิดโรค พบว่า ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติของทั้ง 2 หมู่บ้านไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับบุญทรัพย์ ชี้อจริง (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกโรคไข้เลือดออก ตำบลไชยสถาน อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หมู่บ้านความชุกของโรคสูงและหมู่บ้านความชุกของโรคต่ำมีการรับรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดี โดยมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองหมู่บ้านไม่แตกต่างกัน และในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจะได้ผลดีและยั่งยืนที่สำคัญต้องมีความร่วมมือกันทั้งครัวเรือนและในชุมชน

Bang and Shan (1986 อ้างใน สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2544) ได้ศึกษาสถานการณ์และการควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน ทั้งในด้านการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติและสมาชิกในครอบครัวช่วยกันควบคุมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านเรือนของตนเอง สอดคล้องกับขงยุทธ หวังรุ่งทรัพย์ (2536) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมยุงลายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความร่วมมือของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคไข้เลือดออกจะไม่เป็นผลสำเร็จหากการดำเนินงานตกเป็นภาระของเจ้าหน้าที่เป็นหลัก แต่การดำเนินงานจะสำเร็จได้หากเจ้าหน้าที่กระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่นเดียวกับผาสุข ญาณสมบัติ (2541) ได้ศึกษาการบูรณาการองค์รวมและการมีส่วนร่วมของชุมชนกับแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ควรนำไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ ยึดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งคล้ายกับอัญญา ประศาสน์วิทย์ และคณะ (2541) ได้ศึกษาการนำกระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมไปใช้ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า กระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจปัญหาของชุมชน ยอมให้ความร่วมมือที่จะแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับสุขวัสสา

โสไกร (2543) ศึกษาการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก จังหวัดแพร่ ปี พ.ศ. 2543 กรณีศึกษาด้านการบริหาร พบว่า การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคนิคการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมและการสร้างอนาคตร่วมกันในหมู่บ้าน เกิดกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับเจริญ พงศ์ศรี (2542) ได้ศึกษาการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (AIC) บ้านคลองลอย อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้ปัญหาและดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านร่วมกัน ซึ่งการควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นบทบาทของประชาชนในชุมชนทุกคน สอดคล้องกับกฤษยา เปี้ยประดิษฐ์ (2543 อ้างใน สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2544) ได้ศึกษาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง พบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของชุมชนที่ได้ผลดี คือ จัดตั้งกลุ่มแกนนำรับผิดชอบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และให้ตัวแทนกลุ่มรับผิดชอบดูแลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเครือญาติตนเองที่อยู่ในละแวกเดียวกัน กิจกรรมที่ปฏิบัติได้แก่ การสนับสนุนความรู้ ทรัพยากร และให้ความช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จัดหากองทุนในการดำเนินงาน จัดซื้อฝาท้องน้ำปิดภาชนะกักเก็บน้ำให้ผ่นระยะยาว จัดแหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จัดมุมสาธิตการใช้ทรายที่มีฟอส และให้มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยชุมชนเอง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือกันทั้งครัวเรือนและในชุมชนที่เรียกว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่การดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จประชาชนจะต้องมีการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง ทั้งการรับรู้ด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติ และอุปสรรคของการปฏิบัติ อันจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล จึงจะเกิดผลดีและยั่งยืน

กรอบแนวคิดในการศึกษา



รูปที่ 4 กรอบแนวคิดในการศึกษา