

บทที่ 2

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับรับรู้และพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชนในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก
2. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
4. การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
5. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิด

1. สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกระดับประเทศในปี พ.ศ. 2548 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานจำนวนผู้ป่วยจำนวน 45,893 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 73.79 ต่อแสนประชากร พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยจำนวน 46,829 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 74.78 ต่อแสนประชากรและใน พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วยจำนวน 56,363 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 89.71 ต่อแสนประชากร (สำนักระบาดวิทยา, 2551) ส่วนในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2550 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย ดังนี้ 808, 895, 665 โดยคิดเป็นอัตราป่วย 49.26, 54.11, 40.30 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนในปี พ.ศ. 2551 พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ตุลาคม 2551 ได้รับการรายงานโรคไข้เลือดออกรวมจำนวน 3,538 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 214.42 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 3 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2551) ในส่วนของอำเภอแม่แตงพบว่า การระบาดของโรคในปี พ.ศ. 2549มีผู้ป่วยจำนวน 47 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 59.94 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2550 พบผู้ป่วย 17 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 21.25 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยจำนวน 115 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 145.56 ต่อแสนประชากร โดยพบมากที่สุด ในเขตเทศบาลเมืองเมืองแกลงพัฒนา ซึ่งพบผู้ป่วย

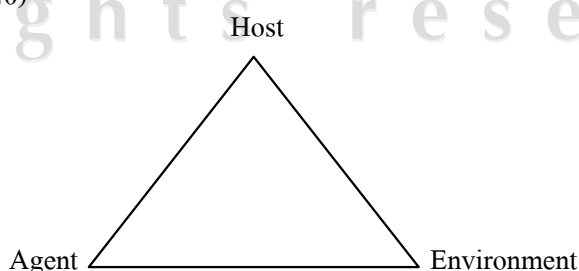
จำนวน 25 ราย ในส่วนของเทศบาลเมืองเมืองแก่นพัฒนา มีตำบลที่อยู่ในความรับผิดชอบอยู่ 2 ตำบล คือ ตำบลอินทนิล และตำบลช่อแล โดยตำบลอินทนิลมีจำนวนผู้ป่วย 23 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 256.12 ต่อแสนประชากร ส่วนตำบลช่อแลมีจำนวนผู้ป่วย 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 64.07 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่, 2551)

2. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดจากไวรัส มีการระบาดในประเทศทางเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแถบแปซิฟิกตะวันตก พบระบาดครั้งแรกในประเทศฟิลิปปินส์เมื่อ พ.ศ. 2496 จึงเรียกว่า Philippines hemorrhagic fever และระบาดในประเทศไทยครั้งแรกที่กรุงเทพมหานครเมื่อ พ.ศ. 2501 จึงเรียกว่า Thai hemorrhagic fever สาเหตุของโรคเกิดจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) ในฟิลิปปินส์ แยกไวรัสเดงกีได้ type 2, 3 และ 4 ในปี พ.ศ. 2499 และแยกได้เพิ่ม type 1 ในประเทศไทยสำหรับการระบาดของไข้เลือดออกในประเทศไทยข้อมูลจากสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2520 - 2542 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกประมาณ 50,000-100,000 รายต่อปี มีภาวะช็อกประมาณ ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเสียชีวิตประมาณ ปีละ 100-400 คน ปัจจุบันพบการระบาดทุกภาคในประเทศไทย การระบาดในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลักษณะคล้ายกัน คือ มีการระบาดปีเว้นปี หรือปีเว้น 2 ปี แต่ภาคเหนือและภาคใต้ไม่มีลักษณะดังกล่าว อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 10 -14 ปี และ 0 - 4 ปี มีแนวโน้มเกิดโรคในกลุ่มอายุที่มากกว่า 15 ปีขึ้นไปมากขึ้นเรื่อยๆ มีการระบาดในฤดูฝน ช่วงที่มีการระบาดสูงสุด ได้แก่ เดือนมิถุนายน หรือกรกฎาคม (กองระบาดวิทยา, 2548)

2.1 ระบาดวิทยาของโรค

ทฤษฎีในทางระบาดวิทยาถือว่าการเกิดโรคและการกระจายของโรคใดๆ เกิดจากอิทธิพลขององค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ Host (คน) Agent (ตัวเชื้อโรคหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค) และ Environment (สิ่งแวดล้อม) โดยให้ความสำคัญของ 3 องค์ประกอบเท่าๆ กัน ความไม่สมดุลระหว่างปัจจัยองค์ประกอบทั้ง 3 อย่างจะมีผลต่อการเพิ่มหรือลดลงในความถี่ของโรคได้ (พันธุทิพย์ งามสูต, 2540)



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองสามเหลี่ยมของระบาดวิทยา (The epidemiologic triangle model)

ปัจจัยด้าน Host และสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดความไวต่อโรค และโอกาสในการสัมผัสโรค (Susceptibility and exposure to agent) และตัวเชื้อโรค (Agent) เป็นปัจจัยที่จะทำให้เกิดโรคโดยตรง

2.2 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) อายุที่พบน้อยที่สุดคือ 5 วัน พบที่โรงพยาบาลเด็ก (สุจิตรา นิมนานิตย์, 2541)

การกระจายของโรคตามเวลา โดยจะพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากในฤดูฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม เป็นต้นไป และสูงสุดประมาณเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม แต่ในปัจจุบันพบได้ตลอดทั้งปี

การกระจายของโรคตามสถานที่ ในเขตเมืองที่มีประชากรอยู่หนาแน่น พบโรคนี้ได้ประปรายตลอดทั้งปี

2.3 เชื้อสาเหตุ

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม RNAvirus ในตระกูล Flaviviridae มี 1 genus คือ genus flavivirus ประกอบด้วย dengue virus, yellow fever virus และ Japanese B encephalitis virus, dengue virus มี 4 type คือ DEN 1, DEN 2, DEN 3 และ DEN 4 การติดเชื้อเดงกีซีโรทัยปีหนึ่งจะทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อซีโรทัยปีนั้นตลอดไป และสามารถป้องกันข้ามไปถึงไวรัสเดงกีซีโรทัยปีอื่นได้เพียงชั่วคราว (Heterotypic immunity) การเกิดอาการโรคไข้เลือดออกมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ติดเชื้อด้วยไวรัสเดงกีซีโรทัยปีอื่นที่แตกต่างไปจากครั้งแรกเกิดการติดเชื้อครั้งที่สองที่เรียกว่าการติดเชื้อแบบทุติยภูมิมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ยังเกิดได้กับเชื้อไวรัสในตระกูล Togaviridae ใน genus Alphavirus ได้แก่ Chikungunya virus แต่เกิดได้น้อยกว่าไวรัสเดงกี

2.4 การแพร่กระจายของเชื้อโรค

โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลาย *Aedes aegypti* เป็นพาหะที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข่สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะเพิ่มจำนวน

มากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8 -12 วัน การแพร่เชื้อบางครั้งอาจเกิดขึ้นทันทีหลังจากยุงกัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเข้าไป ขณะที่กำลังดูดเลือดถูกรบกวนก่อนที่จะดูดเลือดอีก ยุงจะไปกัดคนอื่นต่อ (Multiple feeding) และปล่อยเชื้อไปยังผู้ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนผ่านระยะฟักตัวประมาณ 5 - 8 วัน (3 - 15 วัน) ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้

2.5 การดำเนินของโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ระยะ

2.5.1 ระยะไข้สูง เป็นระยะที่มีไข้สูง 39 - 41°C ส่วนใหญ่เป็นอยู่นาน 2-7 วัน ร้อยละ 17 ของผู้ป่วยอาจมีไข้ยาวนานเกิน 7 วัน พบอาการชักได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็กอาการไข้มักไม่ตอบสนองต่อยาลดไข้มากนัก ผู้ป่วยจะมีอาการหน้าแดง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ไม่พบอาการของไข้หวัดชัดเจน มีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ หรือชายโครงขวา ตับโต และกดเจ็บ อาเจียน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบางรายอาจมีจุดเลือดออก หรือมีเลือดออกในอวัยวะอื่น

2.5.2 ระยะวิกฤติ (shock หรือ hemorrhagic stage) เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมา ไข้มักจะลดลงอย่างรวดเร็ว หากมีการรั่วของพลาสมามากอาจเกิดภาวะช็อกได้ ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็ว และเบา ความดันโลหิตต่ำ หรือ pulse pressure แคบ (น้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีเลือดออก อาการเตือนที่สำคัญที่จะเข้าสู่ภาวะช็อกได้แก่ มีการปวดท้องอย่างเฉียบพลัน มีการอาเจียนตลอด มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก กระสับกระส่าย และมีไข้ลดลง ในรายที่รุนแรงจะเกิดในวันที่ 3 -7 ของโรค

2.5.3 ระยะฟื้น (convalescent stage) เป็นระยะที่มีการดูดกลับของพลาสมาเข้าสู่กระแสเลือด ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้น เริ่มมีความอยากอาหาร ปัสสาวะเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การที่ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสแดงก็ จะเกิดโรคเป็นรูปแบบใด ขึ้นกับปัจจัยหลายประการที่สำคัญคือ อายุและภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ชนิดของการติดเชื้อเป็นแบบปฐมภูมิ (Primary) หรือทุติยภูมิ (Secondary) ซิโรทัยปี และปริมาณของไวรัส ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสแดงก็ที่เป็นเด็กเล็ก (0-2 ปี) อาจมีอาการและอาการแสดงของโรคต่างจากผู้ป่วยเด็กโต พบว่าผู้ป่วยเด็กเล็กจะพบอาการอาเจียน เบื่ออาหารปวดท้องน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กโต แต่มีอาการถ่ายเหลว ผื่นช้ำ มากกว่าผู้ป่วยเด็กโต ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสแดงก็ที่เป็นวัยรุ่น (13 - 15 ปี) อาการทางคลินิกไม่ต่างจากผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสแดงก็ทั่วไป แต่พบช้ำน้อยกว่า และมีอาการปวดศีรษะมากกว่า ส่วนผู้ป่วยผู้ใหญ่พบอาการไข้เป็นเวลานานกว่า พบอาการปวดศีรษะ และปวดกล้ามเนื้อได้บ่อยแต่พบอาการช็อกได้น้อย

2.6 การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไวรัสแดงก็ การรักษาเป็นแบบรักษาตามอาการและประคับประคอง จะให้ผลดีถ้าแพทย์วินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะแรก

2.6.1 โดยทั่วไปอาจไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะในวันแรกของไข้ ใช้การเช็ดตัวบ่อย ๆ และให้ยาพาราเซตามอล ไม่ควรใช้ยาแอสไพรินและ non steroidal anti inflammatory drug (NSAID) เนื่องจากเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก

2.6.2 ในรายที่มีอาเจียนควรให้ผงเกลือแร่ น้ำผลไม้เพื่อชดเชยภาวะขาดน้ำ ไม่ควรให้น้ำดื่มที่มีสีสีแดงหรือ ดำ

2.6.3 ต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิดทุกวัน โดยเฉพาะ 24 - 48 ชั่วโมง หลังจากไข้ลดลง ประกอบด้วยติดตามค่าความดันโลหิต อัตราเต้น และความแรงของชีพจร อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะ สังเกตอาการนำของช็อก เช่น ปวดท้องอย่างเฉียบพลัน มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก กระสับกระส่ายชีพจรเบาเร็ว มือเท้าเย็น

2.6.4 ควรตรวจดูปริมาณเกร็ดเลือด และระดับฮีมาโตคริตเป็นระยะในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออกในระยะ 2 - 3 วันแรกของไข้ เมื่อมีปริมาณเกร็ดเลือดลดลงและฮีมาโตคริตสูงขึ้น ร้อยละ 20 เป็นข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องให้การรักษาชดเชยการสูญเสียพลาสมา โดยชดเชยด้วยสารน้ำ ในระยะแรกต้องให้เร็ว และเพียงพอจนอาการดีขึ้นชัดเจน จึงลดความเร็วของสารน้ำลง หลักสำคัญ คือให้สารน้ำในปริมาณที่น้อยที่สุดเพียงพอกับการรักษาระดับการไหลเวียนของเลือด

2.6.5 ในรายที่มีภาวะช็อก มีอาเจียนและหรือถ่ายเป็นเลือด หรือมีอาการเลือดออกในที่อื่น ๆ ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทุกรายถือเป็นภาวะเร่งด่วน ต้องให้ออกซิเจน และสารน้ำ อย่างเร่งด่วนประเภทของสารน้ำในระยะแรก ได้แก่ normal saline, Ringer's lactate หรือ 5% DNSS โดยให้ปริมาณ 10 - 20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง เป็นเวลา 1 - 2 ชั่วโมง ถ้าไม่ดีขึ้นต้องดูระดับฮีมาโตคริต ถ้าพบว่าลดลง บ่งว่ามีเลือดออก ต้องพิจารณาให้เลือด

2.7 การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

มีหลักปฏิบัติที่สำคัญ คือ การปิดหรือป้องกันภาชนะเก็บน้ำที่ใช้ประโยชน์ ไม่ให้ยุงวางไข่เพาะพันธุ์ สำหรับภาชนะที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ก็เก็บหรือทำลายเสีย ในการปฏิบัติต้องใช้หลายวิธีพร้อมกันหรือเลือกวิธีตามความเหมาะสมกับภาชนะแต่ละชนิด วิธีการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์มีหลายวิธีดังนี้

2.7.1 วิธีทางกายภาพ ได้แก่ การปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิด เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงไปวางไข่ได้ สำหรับภาชนะที่ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์ควรคว่ำไว้ มิให้รองรับน้ำเพื่อจะไม่กลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สำหรับของที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ เช่น กะลา กระป๋อง ควรมีการเผาหรือฝังแล้วแต่ความสะดวก แจกกันดอกไม้ ขารองตู้กับข้าว ควรเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน หรือใส่เกลือแกงหรือผงซักฟอกลงไปป้องกันยุงลายวางไข่ วิธีการเหล่านี้ต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดปี

2.7.2 วิธีทางชีวภาพ วิธีที่ได้ผล คือ การปล่อยปลากินลูกน้ำในภาชนะเก็บกักน้ำ เช่น โถง ตุ่ม สระ อ่างบัว เหมาะสำหรับภาชนะที่ปิดฝาไม่ได้ ปลานิยมปล่อยได้แก่ปลาหางนกยูง และในปัจจุบันมีการนำจุลินทรีย์กำจัดลูกน้ำมาใช้ในอ่างหรือสระ โดยจุลินทรีย์ดังกล่าวจะทำลายลูกน้ำแต่ไม่เป็นอันตรายสำหรับคนหรือสัตว์เลี้ยงเป็นวิธีทางชีวภาพอีกอย่างหนึ่ง

2.7.3 วิธีทางเคมี เคมีภัณฑ์ที่ใช้กำจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้และรับรองความปลอดภัย ได้แก่ ทรายทีบีฟอส (Temephos Sand Granule) หรือทรายอะเบทที่ใช้เฉพาะกับภาชนะเก็บน้ำที่ไม่สามารถปิดฝาหรือใส่ปลากินลูกน้ำได้เพื่อการประหยัด

2.8 การป้องกันไม่ให้ยุงยุงลายกัด

หากทำได้ควรกรุหน้าประตูและช่องลมด้วยมุ้งลวดตรวจตราซ่อมแซมฝาบ้าน ฝาเพดาน อย่าให้มีร่อง ช่องโหว่หรือรอยแตก เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้ามาอยู่และหลบซ่อนในบ้าน เวลาเข้า - ออกต้องใช้ผ้าปิดประตูมุ้งลวดก่อนเพื่อไล่อยุงลายที่อาจมาบินวนเวียนหาทางเข้ามาในบ้าน นอกจากนี้ควรเก็บสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ เสื้อผ้าที่สวมใส่แล้วควรเก็บซักทันทีหรือนำไปผึ่งแดด/ผึ่งลมภายในบ้าน บริเวณที่จะเป็นแหล่งเกาะพักของยุงลายส่วนมาก คือ ราวพาดผ้า กองเสื้อผ้าที่มีกลิ่นเหม็นโคล มุ้ง สายไฟ ตามมุมมืดของห้องและเครื่องเรือนต่างๆ แต่ถึงแม้ว่าบ้านทั้งหลังจะถูกกรด้วยมุ้งลวดแล้วก็ตาม หากนอนพักผ่อนในเวลากลางวันก็ควรนอนในมุ้งตลอดเวลา การนั่งทำงาน นั่งเล่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์อยู่ในบ้านก็ควรอยู่ในบริเวณที่มีลมพัดผ่านและมีแสงสว่างพอเพียง อาจใช้ยากันยุงหรือทาสารที่มีคุณสมบัติไล่อยุงซึ่งในปัจจุบันมีจำหน่ายตามร้านค้ามากมายหลายยี่ห้อด้วยกัน จำเป็นต้องเลือกซื้อและคัดเลือกใช้ให้เหมาะสม ดังนั้นการป้องกันตนเองและผู้ใกล้ชิดไม่ให้ถูกยุงลายกัด อาจทำได้ดังนี้

- 1) นอนในมุ้ง
- 2) สวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และควรใช้สิ้อื่นๆ

ในต่างประเทศเนื้อผ้าจะค่อนข้างหนาเพื่อป้องกันความหนาวเย็นได้ด้วย และอาจมีตาข่ายคลุมหน้าหากเข้าไปอยู่ในพื้นที่ที่มียุงและแมลงชุกชุมมากๆ สำหรับประเทศเขตร้อนสามารถใช้ผ้าเนื้อบางได้ ตัวเสื้อและกางเกงจะต้องไม่รัดรูปจึงจะสามารถลดหรือป้องกันยุงกัดได้บริเวณที่เสื้อและกางเกงปกคลุมไม่ได้ ควรทาสารไล่อยุงหรือสารป้องกันยุงกัดร่วมด้วย

3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1 แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้

การรับรู้ (perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน(Latin)หรือ “percipere” ซึ่ง per หมายถึง “ผ่าน” และ capere หมายถึง “การนำ” (Bunting) ตามความหมายในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (The New American Webster Handy College Dictionary) คือการแสดงออกซึ่งความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในบุคคล นักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ ดังนี้

กันยา สุวรรณแสง (2542) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึง การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัส แล้วเกิดความรู้สึกหรือรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

สุชา จันทร์หอม (2533) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึงการตีความหมายจากการสัมผัสและในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นขบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า



ธีรพันธ์ พุ่มหมอก (2543) กล่าวว่า การรับรู้ของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสินเหตุการณ์ หรือเหตุการณ์นั้นๆ การรับรู้ของบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกันก็ไม่มีบุคคลใดที่จะมีการรับรู้ที่เหมือนกับบุคคลอื่นที่เดียวเพราะบุคคลจะประมวลการรับรู้เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตนเอง ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลนั้นๆ ด้วย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา การฝึกอบรม หรือการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตและบทบาทหน้าที่

คิง (King, 1981) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสอย่างมีจุดมุ่งหมายต่อประสบการณ์ การเป็นตัวแทนของความจริง และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น การรับรู้ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถหาข้อมูลได้โดยการสังเกตพฤติกรรมและการถามบุคคลนั้นว่าคิดและรู้ดีอย่างไร โดยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ไว้ดังนี้

1) การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) บุคคลทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมมนุษย์ทุกคนจะมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ ตั้งแต่เกิดจนตายโดยการจัดเรียงลำดับจากรูปธรรมและให้ความหมายต่อสิ่งนั้น เช่น ต้นไม้ ประกอบด้วยกิ่งก้าน รากและลำต้น เป็นต้น

2) การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Selective and subjective) ถึงแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่ไม่สามารถจะสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

3) การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action oriented in the present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ

4) การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) บุคคลจะสามารถสังเกตถึงการรับรู้ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่างคนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

จากความหมายของการรับรู้ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลในการแปลความหมายสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมจากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ โดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น ต้องอาศัยการรับรู้ถึงกระบวนการทางความคิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้รวมไปถึงการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้รับมาแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

คนเราจะรับรู้สิ่งต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ลักษณะของผู้รับและลักษณะของสิ่งเร้า โดยที่บุคคลมีการรับรู้ต่างกันออกไป สามารถสรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ได้ดังนี้ (กันยา สุวรรณแสง, 2542)

3.2.1 ลักษณะของผู้รับ การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดเป็นอันดับแรกหรือหลังและการรับรู้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพ และด้านจิตวิทยา

1) ด้านกายภาพ หมายถึง อวัยวะรับสัมผัส เช่น หู ตา จมูก และอวัยวะสัมผัสอื่นๆ ปกติหรือไม่ มีความรู้สึกรับสัมผัสสมบูรณ์เพียงใด เช่น หูตึง เป็นหวัด ตาเอียง ตาบอดสี สายตาสั้น สายตายาว ผิวหนังชา ความชรา ถ้าผิดปกติหรือหย่อนสมรรถภาพ ก็ย่อมทำให้การรับสัมผัสนั้นผิดปกติไป ด้อยสมรรถภาพในการรับรู้ลงไป ความสมบูรณ์ของอวัยวะรับสัมผัส จะทำให้การรับรู้ได้ดี การรับรู้จะมีคุณภาพดีขึ้นถ้าเราได้สัมผัสหลายทาง เช่น เห็นภาพและได้ยินเสียงในเวลาเดียวกัน ให้ความหมายของสิ่งเร้าได้ถูกต้อง

2) ด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของคนที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มีหลายประการดังนี้

ก) ความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิม เรื่องราวหรือความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่บุคคลมีอยู่จะมีมากน้อยหรือเป็นเรื่องเกี่ยวกับสิ่งใด ก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประสบการณ์เดิมเป็นเหมือนเครื่องมืออีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้การตีความหมายจากการรู้สึก แจ่มชัดขึ้น การรับรู้ของบุคคลก็สอดคล้องกับสิ่งเร้านั้นมากขึ้นด้วย การรับรู้ของบุคคลไม่ได้เกิดขึ้นด้วยความว่างเปล่า แต่จะมีองค์ประกอบหลายประการที่ทำให้เกิดการรับรู้ โดยเฉพาะประสบการณ์เดิม เป็นสิ่งที่บุคคลสะสมกันมาตั้งแต่เริ่มเกิด สิ่งเหล่านี้บุคคลจะนำมาใช้คาดคะเนหรือเตรียมการเพื่อการรับรู้ยอมทำให้การรับรู้ที่ได้มีความหมายต่อการดำรงชีวิตของบุคคลมากยิ่งขึ้น

ข) ความต้องการ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการเลือกรับรู้ เมื่อบุคคลเกิดภาวะขาดสิ่งต่างๆ ที่จะทำให้ร่างกายทำงานไม่เป็นปกติ เช่นการขาดสภาพทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาหาร อากาศ น้ำ ความต้องการทางเพศ การขับถ่ายของเสีย หรือการขาดทางจิตใจและสังคม ได้แก่ ความรัก ความสำเร็จ ความมีอำนาจ ซึ่งความต้องการเหล่านี้ จะมีมากบ้างหรือน้อยบ้างในแต่ละบุคคล บางสิ่งมีความจำเป็นต่อบุคคลหนึ่ง แต่ไม่จำเป็นกับอีกคนหนึ่ง ความต้องการของบุคคลจึงต่างกัน

ค) ความตั้งใจ สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรามีมากมาย ล้วนแต่มีโอกาสนำให้เกิดการรับรู้ในตัวเองได้ แต่เราไม่ได้รับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างในสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเราพร้อมๆ กัน บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งเร้าเฉพาะที่ตั้งใจจะรับรู้

ง) แรงจูงใจ มีผลต่อการรับรู้ เพราะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความต้องการ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในสิ่งนั้นเป็นอย่างดี แรงจูงใจเป็นเหมือนตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำหรือมีพฤติกรรมต่างๆ อย่างมีเป้าหมาย

จ) ทักษะการรับรู้ที่มีอยู่จะเป็นเครื่องมือที่เลือกรับสิ่งเร้า และเลือกแนวทางตามสิ่งเร้า

ฉ) ภาวะทางอารมณ์ บุคคลที่มีอารมณ์ มีความสบายใจ มักจะไม่พิจารณารายละเอียดของสิ่งเร้ามากนักจะมองไม่เห็นข้อบกพร่อง มองเห็นสิ่งต่างๆ เหล่านั้นดีไปหมด แต่หากอยู่ในอารมณ์ที่ไม่ดี ก็มักจะมองเห็นสิ่งต่างๆ ไม่ชอบใจไปหมด ถ้าบุคคลมีอารมณ์เครียดมาก กล้ามเนื้อและประสาทจะมีความต้านทานต่อกระแสประสาทสูง ทำให้การรับรู้ไม่ดี

ช) เขาว่าปัญญา คนที่เฉลียวฉลาดจะรับรู้ได้ดี เร็วและถูกต้องกว่าผู้มีสติปัญญาต่ำกว่ารวมทั้งแปลความหมายได้ดีมีเหตุผล

ซ) อิทธิพลของสังคม สภาพความเป็นอยู่ของสังคมและลักษณะของวัฒนธรรม จารีตประเพณี ค่านิยม เป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของคน ทำให้คนแต่ละกลุ่มรับรู้สิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป

3.2.2 ลักษณะของสิ่งเร้า การที่บุคคลจะเลือกรับสิ่งใดก่อนหลัง มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นกับว่าสิ่งเร้าดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจมากน้อยเพียงใด ลักษณะของสิ่งเร้าที่ดึงดูดความสนใจ ได้แก่ ขนาดความเข้ม ความดัง ความสว่าง การกระทำซ้ำๆ และการเคลื่อนไหวของสิ่งเร้า

3.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behaviour) ต่อมาภายหลังได้ดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย (Illness behaviour) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role behaviour)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในครั้งแรก โดย Hochbaum (1958) ได้เริ่มจากแนวคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุผลนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อ ถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และ (4) การปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น

ซึ่งแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน มีรายละเอียด ดังนี้ (Rosenstock, cited by Becker, 1974)

3.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกัน และรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการร้ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น

เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีก จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน โรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

3.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิด โรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือ เสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วย แล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3.3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัติ นั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะจะทำให้หายหรือไม่เป็นโรค นั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสีย ของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าผลเสีย

3.3.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของ บุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการโรค และ พฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

4. การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การป้องกันและควบคุมโรค จะทำให้ประชาชนเกิดความเจ็บป่วยน้อยลงถ้าเกิดโรคนั้นจะ ลดความรุนแรงและไม่แพร่กระจายไปสู่คนอื่นโดยมีหลักการป้องกันและควบคุมโรคดังนี้

หลักการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สมศักดิ์ บุตรราช (2540) ได้กล่าวไว้ว่ามี 4 แนวทางดังนี้

1) การป้องกันระดับก่อนปฐมภูมิของโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การบรรจุเรื่องโรค ไข้เลือดออกเข้าในหลักสูตรการศึกษาระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับประถมศึกษา

2) การป้องกันระดับปฐมภูมิของโรคไข้เลือดออกเป็นการป้องกันมิให้คนได้รับเชื้อที่เป็นสาเหตุดำเนินการ ดังนี้

2.1) ให้เด็กนอนกลางวันในมุ้งหรือในห้องที่กันยุงได้เสมอ

2.2) ทำลายยุงลายที่นำเชื้อในชุมชนให้ลดลงจนเหลือน้อยที่สุด โดยวิธีการดังนี้

2.2.1) การกำจัดระยะตัวอ่อนของยุงลาย โดยอาศัยขุมพลังของชุมชน ดำเนินการต่อคือ ใช้น้ำมาลูกน้ำใส่ในแหล่งเพาะพันธุ์ เช่น ทรายอะเบท กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โคนวิธีทางกายภาพเช่น เทน้ำในตุ่มขังน้ำทุก 7 วัน และใช้ฝาปิดตุ่มน้ำไว้เสมอ ใช้ทางชีวภาพกำจัดลูกน้ำยุงลาย เช่น ใช้ปลากินลูกน้ำ

2.2.2) กำจัดยุงลายตัวเต็มวัยโดยสารเคมีด้วยการพ่นหมอกควัน พ่นฝอยละออง

2.2.3) ใช้สารเคมีหรือยาทาป้องกันแมลง ทาให้เด็ก

2.2.4) ให้สุศึกษาแก่ประชาชนให้มีความรู้มากพอที่จะป้องกันตนเองและผู้อื่นได้โดยเฉพาะการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง

3) การป้องกันระดับทุติยภูมิของโรคไข้เลือดออก เป็นการป้องกันโรคระยะที่เกิดโรคขึ้นแล้วดำเนินการดังนี้ ให้การรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและถูกต้อง เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย และป้องกันการแพร่โรคไปยังยุงลายที่ยังไม่ได้รับเชื้อ

4) การป้องกันระดับตติยภูมิของโรคไข้เลือดออก เป็นการป้องกันหลังจากเกิดโรคไข้เลือดออกคือ ปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ในชุมชนหรือโรงเรียน โดยอาศัยขุมพลังของชุมชนเช่น อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้านหรือนักเรียน เป็นต้น

พูนยศ เรี่ยวแรงบุญญา (2543) กล่าวว่าโรคไข้เลือดออกนั้นวิธีที่ดำเนินการต้องให้การดำเนินการดังนี้

1) การลดจำนวน/กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

1.1) การปกปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิด 2 ชั้น โดยเสริมด้วยผ้ามุ้ง, ผ้าพลาสติกปิด

1.2) การคว่ำภาชนะที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ เพื่อมิให้รองรับน้ำ

1.3) การเผา ฟัง ทำลาย หรือกลบทิ้งวัสดุ ที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้

1.4) การจัดระบบการใช้น้ำ การระบายน้ำและการดูแลถ่ายน้ำบ่อยๆ

2) การให้สุศึกษา

2.1) จัดประชุมฝึกอบรมสัมมนาแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงในทุกระดับชุมชน ครอบครัวและบุคคลทั่วไป

2.2) เผยแพร่ความรู้และประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ถูกต้องและตามสถานที่สำคัญๆ ติดป้ายประกาศโฆษณา เรียงความ ใบปลิว แผ่นพับ เสียงตามสาย ฯลฯ

3) การป้องกันส่วนบุคคล

3.1) นอนในมุ้งเพื่อป้องกันยุงกัด

3.2) จัดยุงกันยุงหรือการไล่อื่นๆ

3.3) ทาสารป้องกันยุงหรือสารไล่อื่นๆ

4) การควบคุมยุงโดยชีวภาพ/กายภาพ

4.1) คัดเลือกชนิดปลา เพื่อเลี้ยงไว้กินลูกน้ำในแหล่งเพาะพันธุ์หลักที่สำคัญ

4.2) ใช้ที่บีบฟอสฆ่าลูกน้ำ

4.3) การอนุรักษ์ศัตรูธรรมชาติของยุง

5) การควบคุมโดยใช้สารเคมี

5.1) การใช้สารเคมีกำจัดยุง

5.2) การใช้สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลาย

6) ชุมชน หน่วยงานและโรงเรียน ร่วมใจกันรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้กำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2545 มี 3 ประการคือ

1) การป้องกันโรคไข้เลือดออก

2) การควบคุมโรคไข้เลือดออก

3) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

ซึ่งเป็นแนวทางที่สถานีอนามัยทุกแห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ถือปฏิบัติอยู่เพื่อให้โรคไข้เลือดออกบรรเทาลง อันจะนำไปสู่ความมีสุขภาพดีของประชาชน ฉะนั้น จึงขอเสนอรายละเอียดของการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามลำดับ ดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2551)

การป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสำคัญเพราะเป็นมาตรการที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้กำหนดวิธีการดำเนินการ ปี พ.ศ. 2545 ดังนี้

1) มีการจัดตั้งศูนย์และคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบล

1.1) มีการรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์โรค ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อกำหนดพื้นที่เสี่ยงและวางแผนแก้ไขปัญหา

1.2) มีการจัดตั้งทีมหน่วยเคลื่อนที่เร็ว (Special Rapid Response Team) เพื่อสอบสวนและควบคุมการระบาดของโรค

1.3) มีการจัดทำ (Sport Map) แผนที่ระบาคเพื่อคูแนวนโน้ม ทิศทางและขอบเขตการเกิดโรค

2) มีการพัฒนาศูนย์ (Hot Line Emergency) ของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพโดย

2.1) มีการรายงาน โรคที่รวดเร็ว เมื่อพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก

2.2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ขอให้ชักประวัติการเจ็บป่วยและที่อยู่ขณะป่วยให้ชัดเจน เพื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะได้ควบคุมโรคในพื้นที่เกิดโรคได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที

3) ทุกสถานบริการต้องมีการรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายทุกบ่ายวันศุกร์ในหมู่บ้าน โรงเรียน และหน่วยงานอื่นๆ

4) ทุกสถานบริการจัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ชุมชนปราบลูกน้ำยุงลายป้องกันโรคไข้เลือดออกทุก 3 เดือน

5) สำรวจลูกน้ำยุงลายทุกเดือน

5.1) สถานบริการทุกแห่งสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พร้อมกำจัดลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์

5.2) หมู่บ้าน ชุมชน หรือหน่วยงานใดมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงกว่าเป้าหมายค่า HI คือ ค่าร้อยละของจำนวนครัวเรือนที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และค่า CI คือค่าร้อยละของจำนวนภาชนะที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยมีค่ามาตรฐานไม่เกิน 10 จะต้องรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายจนกว่าจะต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

5.3) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอสุ่มประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทุกสถานีอนามัย สถานีอนามัยละ 1 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 10 หลังคาเรือนและโรงเรียน 1 โรงเรียนให้เสร็จภายในวันที่ 14 ของทุกเดือน

5.4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มประเมินอำเภอละ 1 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 10 หลังคาเรือนและ 1 โรงเรียนให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 25 ของเดือน

6) ทุกสถานีอนามัยต้องเตรียมวัสดุอุปกรณ์และตรวจเช็คสภาพเครื่องพ่นให้พร้อมเพื่อใช้ดำเนินการได้ทันท่วงที

5. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

5.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert behavior) และภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึง การปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

พาแลงค์ (Palank, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพ แม้ไม่ได้กำหนดความหมายอย่างชัดเจนและคำจำกัดความก็ยังไม่ได้กำหนดอย่างเป็นถาวร เมื่อพิจารณาตามความหมายของ Gochman เมื่อปี ค.ศ. 1981 ได้กำหนดคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพซึ่งนำมาใช้ในการปฏิบัติได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมความรู้อื่นๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัยและรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ

นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพไว้อีกว่า เป็นกิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (Kasl and Cobb, 1966)

1) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคล ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองเป็นโรค

2) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือมีอาการผิดปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม

3) พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick - role behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ

5.2 องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

“พฤติกรรม” ของคนเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน การที่จะเข้าใจพฤติกรรมของคน จำเป็นจะต้องรู้จักและเข้าใจกฎเกณฑ์เบื้องต้นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมก่อน โดยสามารถสรุปเป็นกฎเกณฑ์ได้ดังต่อไปนี้

5.2.1 พฤติกรรมต้องมีสาเหตุ พฤติกรรมต่างๆ ล้วนต้องมีสาเหตุที่เป็นตัวการผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง สิ่งนี้เป็นแนวความคิดตามหลักวิทยาศาสตร์ที่ว่า ไม่มีปรากฏการณ์ใดที่จะเกิดขึ้นโดยปราศจากสาเหตุ เช่น การเดินไปรับประทานอาหาร สาเหตุที่ทำให้มีพฤติกรรมนั้นคือ ความหิว เป็นต้น

5.2.2 สาเหตุอย่างเดียวกันไม่จำเป็นต้องนำไปสู่พฤติกรรมเดียวกันก็ได้ นั่นคือ คนแต่ละคน ต่างจิตต่างใจกัน มีประสบการณ์ ทัศนคติ การเรียนรู้ การรับรู้ที่ต่างกัน เช่น คนสองคนไปดูภาพยนตร์เรื่องเดียวกันเวลาเดียวกัน คนหนึ่งพอใจว่าเป็นภาพยนตร์ที่ดีมากในขณะที่อีกคนหนึ่งกลับบอกว่าเป็นภาพยนตร์ที่ใช้ไม่ได้เลย เป็นต้น

5.2.3 พฤติกรรมที่ต่างกันอาจมาจากสาเหตุเดียวกันได้ เช่น การที่พยาบาลฉีควัคซีนให้เด็กนักเรียน บางคนอาจร้องไห้ด้วยความเจ็บ บางคนอาจยิ้มเวลาถูกเข็มแทง บางคนเบือนหน้าหนีไม่ยอมฉีดยา บางคนมองดูเข็มฉีดยาเฉย ๆ เป็นต้น

5.2.4 พฤติกรรมหนึ่งอาจมีหลายสาเหตุ อันแสดงให้เห็นถึงเกณฑ์ของพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่บอกให้ทราบว่าเราไม่อาจสรุปสิ่งหนึ่ง สิ่งใด ได้อย่างผิวเผิน

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปนั้นจะมีองค์ประกอบอยู่ 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ แต่การเกิดพฤติกรรมซึ่งเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมากได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบอีกหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ องค์ประกอบทางด้านการศึกษาและองค์ประกอบทางด้านการเมือง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534 : 171)

5.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรค จะเกิดขึ้นกับปัจจัย 3 ประการคือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นที่จะกระทำดังนี้ (Becker, et.al.,1977)

การรับรู้ของบุคคล ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน

ปัจจัยร่วม ซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ด้านจิตสังคม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ฐานะทางสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะทำ หรือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชน คำแนะนำ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญเลิศ สักดิ์ชัยนันท์ และจุลีย์ อุตสาหะ (2542) ได้ทำการศึกษาการให้ความรู้ในโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า แหล่งข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 75.4 รองลงมาเป็นเอกสารแผ่นพับ หรือจาก อสม. ร้อยละ 68.1 ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ (2544) ที่ได้ประเมินโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคล เฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ ปี พ.ศ. 2542 - 2543 ผลการประเมินพบว่า ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกมาถึง ร้อยละ 91.4 และมีพฤติกรรมกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยวิธีทางกายภาพมากกว่าทางชีวภาพและสารเคมี คือ การปิดฝาตุ่มน้ำตลอดเวลา ร้อยละ 78.1 มีการเปลี่ยนถ่ายน้ำในตุ่มน้ำใช้ ร้อยละ 61.1 การเปลี่ยนถ่ายน้ำในห้องน้ำทุก 7 วัน ร้อยละ 60.3 ซึ่งแตกต่างจากกองอำนวยการป้องกันและควบคุมโรค (2542) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2538-2540 พบว่า การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยใช้สารเคมีได้ผลถึง ร้อยละ 95 ส่วนการควบคุมชีวภาพและกายภาพได้ผลเพียง ร้อยละ 75 เท่านั้น

รัชณี พุดขุนทด (2544) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า เพศ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ของคนในครอบครัว สื่อและข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่อายุ การศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

บุญทรัพย์ ช่อจรัส (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของโรคไข้เลือดออก ตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หมู่บ้านความชุกของโรคสูงและหมู่บ้านความชุกของโรคต่ำมีการรับรู้การป้องกันและความคุมโรคไข้เลือดออกดี โดยมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองหมู่บ้านไม่แตกต่างกัน

สุนทร วิชิตอักษรพงษ์ (2542) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบชุมชนที่มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากกว่าชุมชนที่ไม่มีผู้ป่วย ในจังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับ

การป้องกันโรคและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงที่สุด ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 67 แต่ประชาชนในพื้นที่ที่ไม่พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 60.8 ทั้งสองพื้นที่มีความรู้ระดับปานกลางและไม่แตกต่างกัน การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนทางด้านกายภาพอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกัน สภาพแวดล้อมในครอบครัวในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงที่สุดมีความแออัดมากกว่าในพื้นที่ที่ไม่พบผู้ป่วย

ภิรมย์ จันทพันธ์ และคณะ (2545) ได้ศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติของชุมชนต่อการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติฯ ในเขต 3 อำเภอของหัวหนองคายพบว่า ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากกว่า ร้อยละ 90 ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายด้วยวิธีการต่างๆ ที่บ้านส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านวิธีการทางกายภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับที่สูง (มากกว่าร้อยละ 80) โดยการปิดฝาตุ่มน้ำดื่มตลอดเวลา ร้อยละ 89.2 ตุ่มน้ำใช้มีการเปลี่ยนถ่ายน้ำร้อยละ 83.2

สุวรรณ อดิศย์มนตรี (2547) ได้ทำการศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของครูอนามัยโรงเรียนในโรงเรียนดีเด่นปลอดลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงเขต 1 กรุงเทพฯ พบว่าครูอนามัยโรงเรียนยังมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกยังไม่ครอบคลุมทุกด้านได้แก่กลุ่มคนที่มีโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกทำไมเมื่อเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดจึงไม่ควรให้ยาแอสไพริน อาการที่ไม่ใช่ผู้ป่วยไข้เลือดออกวิธีการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุดและทรายที่บีฟอสกำจัดลูกน้ำจะออกฤทธิ์ได้นานเท่าไรภายหลังจากใส่ในน้ำแล้ว

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้ในเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือกันทั้งครัวเรือนและชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่การดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จประชาชนจะต้องมีการรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง ทั้งการรับรู้ด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติ และอุปสรรคของการปฏิบัติอันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนให้เกิดผลดีและยั่งยืน

7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ โดยอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock ซึ่งได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และเพิ่มเติมในการรับรู้ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่จะนำไปหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้งจำแนกการรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกตามอุบัติการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในระดับตำบล (ดังแสดงในแผนภาพที่ 2)



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษา