

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลวังชัน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

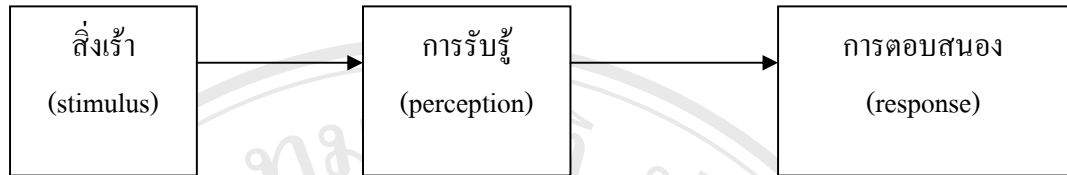
1. แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
5. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

2.1 แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้

การรับรู้ (perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน (latin) หรือ “percipere” ซึ่ง per หมายถึง “ผ่าน” และ capere หมายถึง “การนำ” (Bunting, 1988) ตามความหมายในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (The New American Webster Handy College Dictionary, 1981) คือการแสดงออกซึ่งความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในในบุคคล นักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังนี้

กันยา สุวรรณแสง (2542) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึง การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัส แล้วเกิดความรู้สึกระลึกความหมายว่าเป็นอะไร

สุชา จันทร์เอม (2533) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึงการตีความหมายจากการสัมผัสและในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นขบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า



วัชรวิ ทรัพย์มี (2533) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึงการตีความหมายของการสัมผัสกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความหมาย ซึ่งการตีความหมายนั้นต้องอาศัยประสบการณ์ หรือการเรียนรู้ ถ้าปราศจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ จะไม่มีการเรียนรู้ มีแต่การรับสัมผัสและการเรียนรู้เป็นสิ่งที่เลือกสรรในขณะใดขณะหนึ่ง ไม่ได้รับรู้หมดทุกอย่าง แต่เลือกรับรู้สิ่งเร้าเพียงบางอย่าง

ธีรนนท์ พุ่มหมอก (2543) กล่าวว่า การรับรู้ของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสินเหตุการณ์ หรือเหตุการณ์นั้นๆ การรับรู้ของบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกันก็ไม่มีบุคคลใดที่จะมีการรับรู้ที่เหมือนกับบุคคลอื่นทีเดียว เพราะบุคคลจะประมวลการรับรู้เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตนเอง ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลนั้นๆ ด้วย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา การฝึกอบรม หรือการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตและบทบาทหน้าที่

พศิน แดงจวง (2537) กล่าวว่า มนุษย์มีความต้องการรับรู้ตลอดเวลา โดยเฉพาะจะรับรู้ได้กับสิ่งที่เราใจและความหมาย การรับรู้เป็นต้นตอที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มนุษย์สามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้หลายวิธี เช่น โดยไม่ตั้งใจ (incident) จากการคุยกับเพื่อนร่วมงาน อ่านหนังสือพิมพ์ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ท่องเที่ยว หรือโดยวิธีตั้งใจ (intentional) อย่างมีระบบ (formal) และอย่างไม่มีระบบ (informal)

คิง (King, 1981) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสอย่างมีจุดมุ่งหมาย การรับรู้เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลและเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลซึ่งการรับรู้จะมีความหมายต่อประสบการณ์ การเป็นตัวแทนของความจริง และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น การรับรู้ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถหาข้อมูลได้โดยการสังเกตพฤติกรรมและการถามบุคคลนั้นว่าคิดและรู้สึกอย่างไร โดยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ไว้ดังนี้

1) การรับรู้เป็นเอกภาพ (universal) บุคคลทุกคน สามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม มนุษย์ทุกคนจะมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ ตั้งแต่เกิดจนตายโดยการจัดเรียงลำดับจากรูปธรรมและให้ความหมายต่อสิ่งนั้น เช่น ต้นไม้ ประกอบด้วยกิ่งก้าน รากและลำต้น เป็นต้น

2) การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (selective and subjective) ถึงแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่ไม่สามารถจะสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

3) การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (action oriented in the present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ

4) การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (transaction) บุคคลจะสามารถสังเกตถึงการรับรู้ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่าง คนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

จากความหมายของการรับรู้ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึงกระบวนการทางด้านความคิดที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลในการแปลความหมายสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อม จากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ โดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น ต้องอาศัยการรับรู้ถึงกระบวนการทางความคิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้รวมไปถึงการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้รับมาแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2.1.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

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

2.1.1.1 ลักษณะของผู้รับ การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดเป็นอันดับแรกหรือหลังและรับรู้มากน้อยเพียงใดนั้น 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 ผิวนั่งชา ความชรา ถ้าผิดปกติหรือหย่อนสมรรถภาพ ก็ย่อมทำให้การรับสัมผัสนั้นผิดไป ด้อยสมรรถภาพในการรับรู้ลงไป ความสมบูรณ์ของอวัยวะรับสัมผัส จะทำให้การรับรู้ได้ดี การรับรู้จะมีคุณภาพดีขึ้นถ้าเราได้สัมผัสหลายทาง เช่น เห็นภาพและได้ยินเสียงในเวลาเดียวกัน ให้เราแปลความหมายของสิ่งเร้าได้ถูกต้อง

2) ด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของคน ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มีหลายประการดังนี้

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

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

ค) ความตั้งใจ สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรามีมากมาย ล้วนแต่มีโอกาสนอกให้เกิดการรับรู้ในตัวเองได้ แต่เราไม่ได้รับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างในสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเราพร้อมๆ กัน บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งเร้าเฉพาะที่ตั้งใจจะรับรู้

ง) แรงจูงใจ มีผลต่อการรับรู้ เพราะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความต้องการ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในสิ่งนั้นเป็นอย่างดี แรงจูงใจเป็นเหมือนตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำหรือมีพฤติกรรมต่างๆ อย่างมีเป้าหมาย

จ) ทักษะคิด ที่มีอยู่จะเป็นเครื่องมือที่เลือกรับสิ่งเร้า และเลือกแนวทางตามสิ่งเร้า

ฉ) ภาวะทางอารมณ์ บุคคลที่มีอารมณ์ดี มีความสบายใจ มักจะไม่พิจารณารายละเอียดของสิ่งเร้ามากนัก จะมองไม่เห็นข้อบกพร่อง มองเห็นสิ่งต่างๆ เหล่านั้นดีไปหมด แต่หากอยู่ในสภาพอารมณ์ที่ไม่ดี ก็มักจะมองเห็นสิ่งต่างๆ ไม่น่าชอบใจไปหมด ถ้าบุคคลมีอารมณ์เครียดมาก กล้ามเนื้อและประสาทจะมีความต้านทานต่อกระแสประสาทสูง ทำให้การรับรู้ไม่ดี

ช) เซาว์ปัญญา คนที่เฉลียวฉลาดจะรับรู้ได้ดี เร็วและถูกต้องกว่าผู้ที่มีสติปัญญาต่ำกว่า รวมทั้งแปลความหมายได้ดีมีเหตุผล

ซ) อิทธิพลของสังคม สภาพความเป็นอยู่ของสังคมและลักษณะของวัฒนธรรม จารีต ประเพณี ค่านิยม เป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของคน ทำให้คนแต่ละกลุ่มรับรู้สิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป

2.1.1.2 ลักษณะของสิ่งเร้า การที่บุคคลจะเลือกรับสิ่งใดก่อนหลัง มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นกับว่าสิ่งเร้าดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจมากน้อยเพียงใด ลักษณะของสิ่งเร้าที่ดึงดูดความสนใจ ได้แก่ ขนาดความเข้ม ความดัง ความสว่าง การกระทำซ้ำๆ และการเคลื่อนไหวของสิ่งเร้า (กันยา สุวรรณแสง, 2542)

2.1.2 องค์ประกอบของการรับรู้

ในการรับรู้ของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันไปขึ้นกับองค์ประกอบต่างๆ ดังมีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของการรับรู้ไว้ดังนี้

โยธิน ศันสนยุทธ และคณะ (2533) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับรู้ว่าประกอบด้วย ความสนใจ (interest) ความคาดหวัง (expectancy) ความต้องการ (need) การเห็นคุณค่า (value) การรับรู้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำไปสู่ความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และการเกิดพฤติกรรมของแต่ละบุคคล หากบุคคลมีการรับรู้ในสิ่งนั้นอย่างไร ก็จะปฏิบัติตามความคิดเห็นหรือตามการรับรู้ของตนเองในเรื่องนั้นๆ โดยใช้ความรู้และประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

วัชร ทรัพย์มี (2533) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะของสื่อและสิ่งเร้า โดยสื่อและสิ่งเร้า ทำจะทำให้เกิดการรับรู้ที่ตินั้น ต้องเป็นสิ่งที่มีความดึงดูดความสนใจของบุคคลได้ดี มีความชัดเจน ทำซ้ำบ่อยๆ เป็นสิ่งเร้าที่มีความแตกต่างจากสิ่งอื่น ส่วนปัจจัยทางด้านผู้รับ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ความต้องการ ความตั้งใจ ความสนใจ การเห็นคุณค่าของผู้รับ การแปลความหมาย และการตีความหมายของสิ่งเร้าที่สัมผัส โดยอาศัยความรู้เดิมและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้นๆ หากบุคคลใดมีความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้นมาก ก็จะแปลความหมายได้ถูกต้องมาก และเกิดการรับรู้ เกี่ยวกับสิ่งนั้นมากยิ่งขึ้น

2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้ดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (sick-role behavior)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในครั้งแรก โดย Hochbaum (1958) ได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุผลนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อ ถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

Rosenstock (1974a) ใช้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และ (4) การปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock (1976b) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่ม ปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

ซึ่งแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อค ประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้ (Rosenstock, cited by Becker, 1974)

2.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่งๆหรือเป็นความเชื่อในการยอมรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคของตนเอง เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคในผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป และเป็นการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคเรื้อรังหรือเป็นโรคอื่นๆ

ได้ ในผู้ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แน่นอนแล้ว ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่อสุขภาพว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงนั้น จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมป้องกันการโรคมกขึ้น จากการศึกษาของ ศิริพร ปาระมะ (2545) พบว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี วิเชียร ศรีวิชัย (2541) พบว่า บุคคลที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าบุคคลที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่ำ กฤตยา พันธุ์วิไล (2540) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจร นั่นคือถ้ามีการรับรู้ในระดับสูงจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

2.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เป็นความรู้สึกถึงอันตรายและผลเสียต่อชีวิตทั้งร่างกาย และจิตใจ เช่น เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกิดทุพพลภาพ หรือเกิดความเจ็บปวด เป็นต้น ความรู้สึกเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคที่ยังไม่เกิดขึ้นจริงนี้จะขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อโรคนั้นๆ การที่บุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่บุคคลจะต้องมีการรับรู้ด้วยว่า โรคที่คุกคามต่อตนเองนั้นมีความรุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ หรือกระทบกระเทือนต่อชีวิต ครอบครัว การงาน และสังคม จากการศึกษาของ ศิริพร ปาระมะ (2545) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีตามไปด้วย วิเชียร ศรีวิชัย (2541) พบว่า เกษตรกรที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าเกษตรกรที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่ำ

2.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน (perceived benefit and costs) เป็นความคิดของบุคคลที่มีอิทธิพลมาจากความเชื่อในประสิทธิภาพของพฤติกรรมในการลดภาวะคุกคามจากโรค หรือการป้องกันโรคของตนเอง และต้องเป็นพฤติกรรมที่บุคคลรู้ว่าตนเองสามารถทำได้และเกิดผลดีในการป้องกันโรคนั้นๆ เป็นการรับรู้ที่มีต่อการปฏิบัติตัวว่าสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อบุคคล ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา โดยปฏิบัติตาม คำแนะนำต่างๆ อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง ศิริพร ปาระมะ (2545) พบว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีด้วย วิเชียร ศรีวิชัย (2541) พบว่าเกษตรกรที่มีระดับการรับรู้ถึงประโยชน์จากการป้องกันตนเองสูงจึง

มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกำหนัดป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชดีกว่าเกษตรกรที่มีระดับการรับรู้ถึงประโยชน์จากการป้องกันตนเองต่ำ

2.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barrier) เป็นความคิดของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างคุณค่าของประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกับผลด้านลบในการปฏิบัตินั้นๆ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา จากการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งอาจได้แก่ การเสียค่าใช้จ่าย การเสียเวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความไม่สะดวกสบาย ความเครียดและความไม่สะดวกต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะนำมาประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ถ้าพบอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ อาจทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรืออาจทำให้บุคคลนั้น ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรม ศรีพร ปารมะ (2545) พบว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ว่าคุณค่าของการปฏิบัติตนน้อย จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีด้วย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ วิเชียร ศรีวิชัย (2541) พบว่า เกษตรกรที่มีระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกำหนัดป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชดีกว่าเกษตรกรที่มีระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันตนเองสูง

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรค

พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรค หมายถึง พฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอด 24 ชั่วโมง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527) สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรค คือ การปฏิบัติของบุคคลเพื่อไม่ให้โรคเกิดขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น และสอดคล้องกับความหมายพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคของ ลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2533) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคเป็นการดูแลตนเองในสภาวะปกติเป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง มี 2 ลักษณะ คือ (มัลลิกา มัตติโก, 2534)

2.3.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (health maintainance) คือ พฤติกรรมที่จะช่วยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่างๆ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2.3.2 การป้องกันโรค (disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ การป้องกันการเกิดโรค (primary prevention) การป้องกันการดำเนินของโรค (secondary prevention) และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (tertiary prevention)

ดังนั้นสรุปได้ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการกระทำใดๆ ของบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการดำเนินของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง

2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรค จะขึ้นกับปัจจัย 3 ประการคือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะทำ ดังนี้คือ (Becker, 1974)

2.4.1 การรับรู้ของบุคคล ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน

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

2.4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะทำ หรือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชน คำแนะนำ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง

วิเชียร ศรีวิชัย (2541) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปทุม คำวิเศษ (2535) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของชาวบ้านหมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุกับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนเพศ และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สมจิต เกียรติวัฒนเจริญ (2541) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ พบว่า มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี เพราะมารดาส่วนใหญ่มีการศึกษาคดีและส่วนใหญ่มีประสบการณ์บุตรป่วยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจึงให้ความสนใจดี

ศิริพร ปาระมะ (2545) ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัดลำพูน พบว่า อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

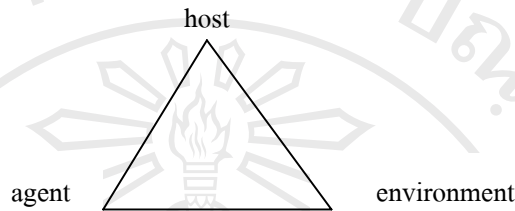
2.5 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกที่พบในประเทศไทยและประเทศใกล้เคียงในเอเชียอาคเนย์ เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกีว จึงเรียกว่า Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) ซึ่งนับว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ เพราะมีจำนวนผู้ป่วยปีละเป็นจำนวนมาก และผู้ป่วยไข้เลือดออกอาจเกิดภาวะช็อกซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง โรคนี้ นับได้ว่าเป็นโรคที่เกิดใหม่ (emerging disease) เมื่อประมาณ 40 ปี มานี้ โดยเริ่มระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อ พ.ศ. 2497 และระบาดในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2501 ส่วนใหญ่จะเป็นกับเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี ในผู้ใหญ่พบได้ประปราย (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2541)

2.5.1 ระบาดวิทยาของโรค

ทฤษฎีในทางระบาดวิทยาถือว่าการเกิดโรคและการกระจายของโรคใดๆ เกิดจากอิทธิพลขององค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ host (คน) agent (ตัวเชื้อโรคหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค) และ environment (สิ่งแวดล้อม) โดยให้ความสำคัญของ 3 องค์ประกอบเท่าๆ กัน ความไม่สมดุลระหว่าง

ปัจจัยองค์ประกอบทั้ง 3 อย่าง จะมีผลต่อการเพิ่มหรือลดลงในความถี่ของโรคได้ (พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2540)



แบบจำลองสามเหลี่ยมของระบาดวิทยา (the epidemiologic triangle model)

ปัจจัยด้าน host และสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดความไวต่อโรค และโอกาสในการสัมผัสโรค (susceptibility and exposure to agent) และตัวเชื้อโรค (agent) เป็นปัจจัยที่จะทำให้เกิดโรคโดยตรง

2.5.2 ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกจะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ บุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื้อไวรัสไข้เลือดออกเดงกีไวรัส (Dengue Virus) มี 4 สายพันธุ์ (serotypes) คือ DEN 1-4 และมียุงลาย (Aedes Aegypti) เป็นพาหะนำเชื้อไวรัสไข้เลือดออกมาสู่คน (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544)

การกระจายของโรคตามบุคคล : โรคไข้เลือดออกพบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และทุกกลุ่มอายุ แต่กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 5-14 ปี (ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทุกกลุ่ม) อายุที่พบน้อยที่สุดคือ 50 วันที่โรงพยาบาลเด็ก (สุจิตรา นิมนานิตย์, 2541)

การกระจายตามเวลา : โดยจะพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากในฤดูฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม เป็นต้นไป และสูงสุดประมาณเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม แต่ในปัจจุบันพบได้ตลอดทั้งปี

การกระจายของโรคตามสถานที่ : ในเขตเมืองที่มีประชากรอยู่หนาแน่น พบโรคนี้ได้ประปรายตลอดทั้งปี

2.5.3 เชื้อสาเหตุ : ไวรัสเดงกี

เชื้อไวรัสเดงกี เป็น RNA Virus จัดอยู่ใน Family Flaviviridae – (เดิม Group B Arbovirus) มี 4 ชนิด โดยทั้งหมดนี้มี Antigen ร่วมกัน บางชนิดทำให้มี cross reaction และมี cross protection ได้ในระยะสั้นๆ ถ้ามีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อชนิดนั้นไปตลอดชีวิต (permanent

immunity) แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆอีก 3 ชนิดได้ในช่วงสั้นๆ (partial immunity) ประมาณ 6-12 เดือนหลังจากนั้นจะมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆที่ต่างจากครั้งแรกได้ เป็นการติดเชื้อซ้ำ (secondary dengue infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกเดงกี

จากการศึกษาทางด้านไวรัสและระบาดวิทยา สรุปได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกเดงกี คือ มีไวรัสเดงกีชุกชุมมากกว่า 1 ชนิด (simultaneously endemic of multiple serotype) หรือมีการระบาดของเชื้อเดงกีต่างชนิดกันเป็นระยะๆ (sequential epidemic) ซึ่งในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นทำให้มีการติดเชื้อซ้ำได้บ่อย และการติดเชื้อซ้ำด้วย DEN-2 มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดเป็น DHF โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อครั้งที่ 2 ภายหลังการติดเชื้อครั้งแรกด้วย DEN-1

2.5.4 การแพร่กระจายของเชื้อโรค

โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลาย *Aedes Aegypti* เป็นพาหะที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะ เพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8-12 วัน การแพร่เชื้อบางครั้งอาจเกิดขึ้นทันทีหลังจากยุงกัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเข้าไป ขณะที่กำลังดูดเลือดถูกรบกวนก่อนที่จะดูดเลือดอิม ยุงจะไปกัดคนอื่นต่อ (Multiple Feeding) และปล่อยเชื้อไปยังผู้ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนผ่านระยะฟักตัวประมาณ 5-8 วัน (3-15 วัน) ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้

2.5.5 อาการทางคลินิก

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันไปได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี (DF) ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและถึงเสียชีวิตได้ โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลังดังนี้

- 1.) ไข้สูงลอย 2-7 วัน
- 2.) มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่พบที่ผิวหนัง
- 3.) มีตับโต กดเจ็บ
- 4.) มีระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว/ภาวะช็อก

ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้จะเป็นแบบ biphasic ได้ อาจพบมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น rubella

ได้ ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดลงผู้ป่วยอาจมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของชีพจร และความดันโลหิต ซึ่งเป็นจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากรั่วของพลาสมาออกไปแต่ไม่มากนักทำให้เกิดอาการช็อก ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษา ในช่วงระยะสั้นๆ ก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

2.5.6 การดูแลรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นแบบการรักษาตามอาการและปรับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะแรก แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะต้องมีการดูแลทางการพยาบาลที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤติประมาณ 24-48 ชั่วโมง ที่มีการรั่วของพลาสมา โดยทั่วไปมีหลักปฏิบัติดังนี้

- 1.) ในระยะไข้สูง ควรใช้ยาพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาพวกแอสไพริน เพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายเคืองกระเพาะอาหารทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญอาจทำให้เกิด Reye Syndrome ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น ควรใช้การเช็ดตัวช่วยลดไข้ด้วย
- 2.) ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรับน้ำไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร และอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือ สารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ ในรายที่อาเจียน ควรให้ดื่มครั้งละน้อยๆ และดื่มบ่อยๆ
- 3.) จะต้องติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลาช็อกซึ่งมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ควรแนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำของเด็ก ควรแนะนำให้รับส่งโรงพยาบาลทันที
- 4.) โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกที่ยังมีไข้ สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาไปรับประทานที่บ้าน และแนะนำให้ผู้ปกครองเฝ้าสังเกตอาการเป็นระยะๆ

2.5.7 ยุงลาย พาหะนำโรคไข้เลือดออก

ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกเป็นแมลงจำพวกหนึ่งจัดอยู่ใน Class Insecta (Hexapoda), Order Diptera, Family Culicidae, Tribe Culicini, Genus Aedes ที่สำคัญมีอยู่ 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน (Aedes Aegypti) เป็นพาหะหลัก และยุงลายสวน (Aedes Albopictus) เป็นพาหะรอง ยุงลายเป็นยุงที่มีขนาดปานกลาง มีวงจรชีวิตเป็นแบบ complete metamorphosis คือ มีระยะไข่ ระยะตัวอ่อน (ลูกน้ำ) ระยะดักแด้ (ตัวโม่ง) และระยะตัวเต็มวัย ทั้ง 4 ระยะมีความแตกต่างกันทั้งรูปร่าง ลักษณะและการดำรงชีวิต (สิวิกา แสงธราทิพย์, 2541)

โดยทั่วไปยุงลายจะออกหากินในเวลากลางวัน แต่ถ้าในช่วงเวลากลางวันยุงลายไม่ได้กินเลือดหรือกินเลือดไม่อิ่ม ยุงลายก็จะออกหากินเลือดในเวลาพลบค่ำด้วย หากในห้องนั้นหรือในบริเวณนั้นมีแสงสว่างเพียงพอ ช่วงเวลาที่ยุงลายออกหากินมากที่สุด คือ ระหว่าง 09.00-11.00 น. และ 13.00-14.00 น. (กระทรวงสาธารณสุข, 2536) จากการศึกษาพบว่ายุงลายบ้านชอบกัดคนในบ้านและยุงลายสวนชอบกัดคนนอกบ้าน มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ามากัดคนในบ้าน (สิวิกา แสงธราทิพย์, 2541) ยุงลายจัดเป็นยุงที่ไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงไม่หากินไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ โดยทั่วไป มักบินไม่เกิน 50 เมตร นอกจากนี้จะพบว่ายุงลายชุกชุมมากในฤดูฝน เพราะมีแหล่งน้ำขังมาก มีอุณหภูมิและความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์ ส่วนในฤดูอื่นๆ ความชุกชุมของยุงลายลดลง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544)

แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย (*Aedes Aegypti*) ในบ้านเรือนพบว่ายุงตัวเมียร้อยละ 90 ชอบเกาะพักตามสิ่งห้อยแขวนต่างๆ ในบ้าน มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่พบเกาะพักตามข้างฝาบ้าน จากการศึกษาแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายภายในบ้านเรือนที่จังหวัดระยอง (สมเกียรติ บุญญะบัญชาและบรรยง มาตย์คำ, 2529 อ้างใน สิวิกา แสงธราทิพย์, 2541) พบว่า ยุงลายเกาะพักตามเสื้อผ้าห้อยแขวน ร้อยละ 66.5 เกาะตามมุ้งและเชือกร้อยละ 15.7 สิ่งห้อยแขวนอื่นๆ ร้อยละ 15.3 และพบเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้นที่เกาะพักตามฝาบ้าน

2.5.8 แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำที่มีน้ำขังและใส น้ำนั้นจะสะอาดหรือไม่ก็ได้ น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้น แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้านจึงมักอยู่ตามโอ่งน้ำดื่ม และน้ำใช้ที่ไม่ปิดฝาทิ้งภายในและภายนอกบ้าน จากการศึกษาแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายชนิดนี้พบว่า ร้อยละ 64.52 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่ภายในบ้าน ร้อยละ 35.53 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่นอกบ้าน (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544) ยวดี ตาทิพย์ (2541) พบว่า อ่างซีเมนต์ในท้องน้ำพบลูกน้ำยุงลายมากที่สุด (ร้อยละ 13.1) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535) พบว่า พบลูกน้ำยุงลายในภาชนะต่างๆ คือ โอ่งน้ำในท้องน้ำทั้งในบ้านและนอกบ้าน ร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ งานรองขาตู้กับข้าว ร้อยละ 68.9 แจกันดอกไม้ที่มีน้ำขัง ร้อยละ 45.1 นอกจากโอ่งน้ำแล้วยังมีภาชนะอื่นๆ เช่น บ่อซีเมนต์ในท้องน้ำ งานรองขาตู้กับข้าวกันมด งานรองกระถางต้นไม้ แจกัน อ่างล้างเท้า ยางรถยนต์ ไห ภาชนะใส่น้ำเลี้ยงสัตว์ เศษภาชนะ เช่น โอ่งแตก เศษกระเบื้อง กะลา เป็นต้น ในขณะที่ยุงลายสวนชอบวางไข่ในบ้านตามกาบใบพืชจำพวกมะพร้าว กล้วย พลับพลึง ต้นบอน ถ้วยรองน้ำยาง โพรงไม้ กะลา กระบอง

ไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง เป็นต้น สำหรับแหล่งเพาะพันธุ์ส่วนใหญ่ใน โรงเรียนพบว่า เป็นบ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ และแจกันปลูกต้นพลูด่าง (ปทุม คำวิเศษ, 2535)

ระยะไข่ ไข่ของยุงลายมีขนาดเล็กมาก ทนต่อความแห้งแล้งและสารเคมี การกำจัดระยะไข่อย่างง่าย ๆ กระทำได้โดยการขัดล้างตามผิวภาชนะต่างๆ แต่มักไม่สะดวกในทางปฏิบัติ

ระยะลูกน้ำและตัวโม่ง การควบคุมกำจัดระยะลูกน้ำและตัวโม่งกระทำได้ง่ายและสะดวกที่สุด เนื่องจากลูกน้ำยุงลายและตัวโม่งอยู่ในภาชนะขังน้ำต่างๆ ทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกบ้านจึงเป็นเป้าหมาย ให้ความคุมกำจัดได้ผลดีกว่าระยะอื่นๆ วิธีที่ง่ายและสะดวกในการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายและตัวโม่ง คือ การลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ซึ่งมีอยู่หลายวิธี ได้แก่

1.) การปกปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิดให้มิดชิด บางครั้งปากภาชนะกับฝาปิดเข้ากันได้ไม่สนิท หรือมีรู มีช่องให้ยุงลายแทรกตัวเข้าไปวางไข่ได้ ก็ควรปิดปากภาชนะนั้นด้วยมุ้ง ฝ้ายาง หรือพลาสติกก่อนอีกชั้นหนึ่ง แล้วจึงปิดฝาชั้นนอก

2.) ภาชนะที่ปกปิดไม่ได้ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ ให้ใส่ทรายอะเบท (ทรีมีฟอส) เพื่อกำจัดลูกน้ำ (ในอัตรา 1 กรัม ต่อน้ำ 10 ลิตร) หรือหมั่นขัดล้าง เปลี่ยนถ่ายน้ำทุก 7 วัน หรือเลี้ยงปลาหางนกยูงจำนวนหนึ่ง 2-10 ตัวแล้วแต่ขนาดของบ่อ) เพื่อช่วยให้กินลูกน้ำ ในภาชนะที่บรรจุน้ำดื่มไม่นิยมใส่ทรายอะเบท ซึ่งประชาชนคิดว่าเป็นอันตรายต่อร่างกายและมีกลิ่นเหม็น ส่วนการปล่อยปลากินลูกน้ำ จะใส่ไว้ในภาชนะบรรจุน้ำใช้และภาชนะบรรจุน้ำในห้องน้ำและพบได้น้อย อาจเนื่องจากมีกลิ่นคาว และอาจมีปลาตาย ต้องหมั่นตรวจดูบ่อยๆ ถ้าหากไม่มีลูกน้ำให้ปลากินก็ต้องหาอาหารอื่นให้ปลาซึ่งประชาชนอาจเห็นว่าเป็นวิธีการที่ยุงยาก (ยุวดี ตาทิพย์, 2535)

3.) การคว่ำภาชนะที่ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์ เป็นการป้องกันไม่ให้มีที่รองรับน้ำและมีน้ำขัง

4.) การเผา ฝัง ทำลาย หรือกลบทิ้งเศษวัสดุที่อาจเก็บขังน้ำ และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ เช่น ไหมแตก กะลามะพร้าว ขากรถยนต์เก่า กระจบอง ขวด เป็นต้น

5.) ใส่เกลือแกง ½ ช้อนชา หรือน้ำส้มสายชู 2 ช้อนชา หรือผงซักฟอก ½ ช้อนชา ลงในจานรองขาตู้กันมด จะทำให้ยุงลายไม่วางไข่ (แต่วิธีนั้นจะต้องเปลี่ยนน้ำใหม่และใส่สารดังกล่าวใหม่ทุกเดือน มิฉะนั้นจะเกิดฝ้าทำให้มดเดินผ่านฝึ้นน้ำได้) หรือเทน้ำเดือดลงในจานรองขาตู้กันมดทุก 7 วัน เพื่อฆ่าลูกน้ำอาจเกิดขึ้น หรือใส่ชัน หรือเทจี๊ด้าแทนการใส่น้ำ เพราะชันและจี๊ด้าสามารถป้องกันไม่ให้มดขึ้นตู้กับข้าวได้

6.) จานรองกระถางต้นไม้ที่มีน้ำขังก็เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายได้ ให้ใส่ ทรายธรรมชาติ ลงในจานรองนั้นประมาณ 3 ใน 4 ของความลึกจาน เพื่อให้ทรายดูดซับน้ำส่วนเกินจากการรดน้ำต้นไม้ไว้

7.) หมั่นเปลี่ยนถ่ายน้ำในแจกันหรือภาชนะที่ปลูกพุ่มต่างทุก 7 วัน หรือใช้กระดาษนิ่มๆ อดปากแจกันไว้

ระยะยุงเต็มวัย การควบคุมกำจัดโดยใช้สารเคมี การใช้กับดัก และการป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด ดังนี้

1.) การพ่นละอองฝอย หรือการพ่นแบบ ultra low volume (ULV) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีจากเครื่องพ่น โดยใช้แรงอัดอากาศผ่านรูพ่นกระจายน้ำยาออกมาเป็นละอองฝอยที่มีขนาดเล็กมาก ละอองน้ำยาจะกระจายอยู่ในอากาศและสัมผัสกับตัวยุงที่บินอยู่ เครื่องพ่นน้ำยาประเภทนี้มีทั้งแบบสะพายหลังและแบบติดตั้งบนรถยนต์

2.) การพ่นหมอกควัน (thermal fogging) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีออกจากเครื่องพ่นโดยใช้ความร้อน พ่นเป็นหมอกควันให้น้ำยาฟุ้งกระจายในอากาศเพื่อสัมผัสกับตัวยุงเครื่องพ่นหมอกควันนี้มีทั้งแบบหิ้ว(สะพายไหล่)และแบบติดตั้งบนรถยนต์

3.) การใช้กับดัก เป็นการล่อยุงให้บินเข้ามาติดกับดักเพื่อทำให้ตายต่อไป เช่น กับดักยุงแบบใช้แสงล่อ (แสงจากหลอด black light) กับดักยุงไฟฟ้าใช้แสงล่อยุงเข้ามา เมื่อยุงบินมากระทบถูกซี่กรงที่มีไฟฟ้าก็จะถูกไฟช็อตตายไป กับดักยุงแบบใช้คลื่นเสียง เป็นต้น

อำไพ ลาน้อย (2548) พบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล คิดว่าวิธีการที่ดีที่สุดของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน คือการพ่นหมอกควันให้ทุกหมู่บ้านในชุมชน (ร้อยละ 44.6) และวิธีการใช้สารเคมี คือการใส่ทรายอะเบท จะดีและสะดวก กว่าการคว่ำกะลาหรือภาชนะที่มีน้ำขัง

2.5.9 การป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด

1.) นอนในมุ้ง (แม้ว่าเป็นเวลาเช้า กลางวัน บ่าย หรือเย็น เนื่องจากยุงลายออกหากินในเวลา กลางวัน) จะใช้มุ้งธรรมดาหรือมุ้งชุบสารเคมีก็ได้ หรือจะนอนในห้องที่บุด้วยมุ้งลวดก็ได้แต่ต้องแน่ใจว่าในห้องนั้นไม่มียุงลายเล็ดลอดเข้าไปอาศัยอยู่

2.) ใช้ยาทากันยุงกัด ยาเหล่านี้มีทั้งชนิดน้ำ ชนิดผง และชนิดที่เป็นครีม ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติกันยุงไม่ให้เข้ามาใกล้ หรือการใช้เครื่องไล่ยุงไฟฟ้า แต่ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากแผ่นกระดาษชุบสารเคมีที่มีคุณสมบัติไล่ยุงนั้นอาจเป็นอันตรายต่อเด็ก อ่อนแอและทารกได้ อาจก่อให้เกิดการระคายเคืองเมื่อสัมผัสถูกผิวหนัง รวมทั้งไอระเหยอาจทำให้เคืองตาด้วย จึงควรศึกษาวิธีใช้ให้เข้าใจก่อนการใช้งาน

แม้ว่าการควบคุมยุงเต็มวัยโดยการใช้สารเคมีจะเป็นวิธีที่ได้ผลดี เห็นผลเร็ว แต่ให้ผลเพียงระยะสั้น สารเคมีส่วนใหญ่ราคาแพงมาก ต้องใช้อุปกรณ์/เครื่องพ่นเฉพาะ ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ควรมีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีและวิธีการใช้เครื่องพ่นเป็นอย่างดี สารเคมีบางชนิดมีพิษสูงต่อคนและสัตว์เลี้ยง จึงควรใช้สารเคมีเฉพาะเมื่อจำเป็น เช่น เพื่อตัดวงจรการแพร่โรค ในการควบคุมการระบาด เป็นต้น นอกจากนี้ การใช้สารเคมีอย่างไม่ถูกต้องอยู่เสมอๆ ทำให้ยุงบางส่วนไม่ได้สัมผัสกับละอองของสารเคมีโดยตรง หรือสัมผัสน้อย เมื่อยุงบางส่วนไม่ตายก็จะเป็นสาเหตุให้ยุงนั้นค่อยๆ พัฒนาความต้านทานต่อสารเคมีในไม่ช้ายุงจะติดต่อสารเคมีทำให้การควบคุมกำจัดด้วยสารเคมีนั้นๆ ไม่ได้ผลอีกต่อไป

2.5.10 การสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและดัชนีวัดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ลูกน้ำยุงลายที่เก็บมาจากภาชนะขังน้ำที่อยู่บริเวณบ้านพักอาศัยไม่ว่าจะเป็นภาชนะที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือภาชนะตามธรรมชาติ ส่วนใหญ่เป็นลูกน้ำยุงลาย ชนิด *Aedes Aegypti* (Tomn et al, 1969) อุปกรณ์ที่ใช้ในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ไฟฉาย เพราะแสงไฟฉายจะช่วยในการแยกลักษณะนิสัยของลูกน้ำยุงลายออกจากลูกน้ำยุงรำคาญ เนื่องจากลูกน้ำยุงลายเป็นลูกน้ำที่ไวต่อแสงมาก เมื่อถูกแสงหรือเงาไปกระทบก็จะว่ายหนีแสงไฟลงสู่ก้นภาชนะทันที ถ้าพบลูกน้ำยุงลายแม้เพียงตัวเดียวก็ถือว่าการสำรวจภาชนะนั้นพบลูกน้ำแล้ว

ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความจำเป็นต้องเข้าใจถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบทฤษฎีในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลวังจั่น อำเภอวังจั่น จังหวัดแพร่

2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดแนวทางในการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนี้

