

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจะกล่าวถึง แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตลอดจนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมนั้นเป็นการกล่าวถึงประเด็นด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ ความหมาย รูปแบบ ขั้นตอน ลักษณะ และระดับการมีส่วนร่วม ตลอดจนแนวคิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การศึกษาการมีส่วนร่วมมีผู้ศึกษาวิจัยและให้ความหมายไว้ดังนี้

Anderson (1953 อ้างถึงใน ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, 2542: 11) ได้ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมคือ การที่บุคคลร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่นในสมาคมอาสาสมัครโดยตรง และการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมก็เป็นไปด้วยความสมัครใจ

Reeder (1974 อ้างถึงใน อำไพ เล็มเสน, 2539: 5) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การมีส่วนร่วมในการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

ยูวัฒน์ วุฒิเมธี (2526: 20) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ

และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทเพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญาการพัฒนาชุมชน คือ มนุษย์ทุกคนต่างมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นและพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชน ขณะเดียวกันต้องยอมรับความจริงที่ว่ามนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2541: 48) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาเข้าร่วมโครงการตั้งแต่เริ่มโครงการดำเนินการ ประเมินจนเสร็จสิ้นโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ชาวบ้านได้เรียนรู้ทั้งเรื่องที่ทำและการทำงานร่วมกันในฐานะเป็นผู้จัดการพัฒนาเอง ไม่ใช่เป็นผู้รับการพัฒนาหรือผู้ถูกกระทำอีกต่อไป

ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2542: 13) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง ความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกันร่วมรับผิดชอบหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เพื่อพัฒนาและแลกเปลี่ยนให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ โดยการกระทำของกลุ่มหรือองค์กร

จากความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น พอจะสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การให้ความร่วมมือและสนับสนุนของประชาชนในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง โดยเป็นการร่วมมือในลักษณะบุคคลหรือกลุ่มบุคคลก็ตาม เป็นไปโดยมีทิศทางที่แน่นอนร่วมกันหรือมีวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายร่วมกัน โดยจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุก ๆ ขั้นตอน ทั้งในการคิด วางแผน ดำเนินกิจกรรม รวมถึงประเมินผลในกิจกรรมนั้น ๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้สิทธิเสรีภาพ อิสรภาพ ภารดรภาพ และความเสมอภาคที่เท่าเทียมกัน

2.1.2 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

การศึกษา รูปแบบของการมีส่วนร่วมมีผู้ศึกษาวิจัยและให้ความหมายไว้ดังนี้

Cohen and Uphoff (1980 อ้างถึงใน อานัญญ์ นรากร, 2541: 15) ได้ทำการแบ่งชนิดของการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วยการริเริ่มในการตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนในด้านทรัพยากร การประสานความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ทางสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

กรณีศึกษา ชมดี (2524 : 13) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมออกเป็น 10 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการประชุม (Attendance at Meeting)
2. การมีส่วนร่วมออกเงิน (Financial Contribution)
3. การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ (Membership in Committees)
4. การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ (Position of Leadership)
5. การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ (Interviewer)
6. การมีส่วนร่วมชักชวน (Soliciter)
7. การมีส่วนร่วมบริโภค (Customers)
8. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม (Entrepreneurs)
9. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน (Employers)
10. การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์ (Material Contribution)

ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2542: 21) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาชุมชนต่างๆ ออกเป็น 7 ลักษณะ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในโครงการการศึกษา หรือฝึกอบรมเพื่อวินิจฉัยปัญหาของชุมชน และหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในโครงการการศึกษา หรือฝึกอบรมด้านเทคนิคและทักษะเฉพาะอย่าง
3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือลงมติ
4. การมีส่วนร่วมในการบริจาคเงิน
5. การมีส่วนร่วมในการบริจาควัสดุ
6. การมีส่วนร่วมในการออกแรงงาน
7. การมีส่วนร่วมในการแบ่งสรรผลประโยชน์

จากการทบทวนรูปแบบการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า รูปแบบการมีส่วนร่วม จำแนกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่มีส่วนร่วมทางตรง ได้แก่ การร่วมคิด ร่วมทำ และรูปแบบการมีส่วนร่วม โดยการสนับสนุน ได้แก่ การร่วมบริจาค การลงคะแนน

2.1.3 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

การศึกษาขั้นตอนการมีส่วนร่วมมีผู้ศึกษาวิจัยและให้ความหมายไว้ดังนี้

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527: 272-273) ได้อธิบายถึงขั้นตอนที่ควรเข้าไปมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติกิจกรรม
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527: 6-7) ได้กล่าวถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ คือ

1. ร่วมทำการศึกษาค้นหาว่าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ตลอดจนความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน เพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางนโยบาย หรือแผนงาน หรือ โครงการ หรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง และของหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

คูลีพร ชาวสวนศรีเจริญ (2543: 115) ได้จำแนกขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ดังนี้

1. ร่วมค้นหาสาเหตุ
2. ร่วมวางแผนงานและโครงการ
3. ร่วมปฏิบัติตามแผนงานและโครงการ
4. ร่วมรับผลประโยชน์หรือความสำเร็จ
5. ร่วมติดตามประเมินผลงานที่ได้ปฏิบัติ

จากการทบทวนขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สรุปได้ว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชน แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ คือ ขั้นการร่วมคิดค้น ค้นหา หรือริเริ่มกิจกรรม ขั้นการร่วมวางแผนวิธีการดำเนินกิจกรรม ขั้นการร่วมในการปฏิบัติตามกิจกรรม ขั้นการร่วมควบคุมประเมินกิจกรรม และขั้นการร่วมรับผลประโยชน์ในกิจกรรมเหล่านั้น

2.1.4 ลักษณะของการมีส่วนร่วม

การศึกษาลักษณะของการมีส่วนร่วมมีผู้ศึกษาวิจัยและให้ความหมายไว้ดังนี้

Agbayani (1970 อ้างถึงใน ชัยยุทธ โยธามาตย์, 2539: 7-8) จัดลักษณะการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. ร่วมประชุม
2. การออกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
3. การตีปัญหาให้กระจ่าง
4. การออกเสียงสนับสนุนหรือคัดค้านปัญหา
5. การออกเสียงเลือกตั้ง
6. การบริจาคเงิน
7. การบริจาควัตถุ
8. การช่วยเหลือด้านแรงงาน
9. การใช้โครงการที่เป็นประโยชน์ให้ถูกต้อง
10. การช่วยเหลือในการรักษาโครงการ

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527: 189) ได้กล่าวว่า ลักษณะของการมีส่วนร่วมมีดังนี้

1. เป็นสมาชิก
2. เป็นสมาชิกที่เข้าร่วมการประชุม
3. เป็นสมาชิกที่บริจาคเงินช่วยเหลือ
4. เป็นกรรมการ
5. เป็นประธานกรรมการ
6. สมาชิกผู้นั้นทำอะไรระหว่างประชุม
7. สมาชิกผู้นั้นเล่นบทบาทอะไรในที่ประชุม

ชินรัตน์ สมสืบ (2539 อ้างถึงใน สุทธิพร ชาวสวนศรีเจริญ, 2543: 112-115) ได้แบ่งลักษณะของการมีส่วนร่วมออกเป็น 9 ลักษณะ ดังนี้

1. บังคับร่วม (Join or Else) คือ การเข้าร่วมในการพัฒนา เพราะการขู่เชิญ หรือ บังคับ จากภายนอก ในหลากหลายรูปแบบ และเกิดจากการดำเนินงาน หรือจากผลของงาน
2. การมีส่วนร่วมโดยมีการผลักดัน (Push Cart Participation) คือ การถูกผลักดันจากอำนาจของผู้มีส่วนได้เสีย และผลประโยชน์จากโครงการ อำนาจนั้นอาจเป็นการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน โดยได้รางวัลในรูปการแต่งตั้งในตำแหน่งที่สูงขึ้น เพื่อความสำเร็จของโครงการ
3. กลอุบาย หรือการมีส่วนร่วมโดยมีเงื่อนไข (Trick or Participation by Gimmickry) คือ การถูกจ้างให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นที่ไม่ได้แก้ปัญหของตน และการเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่เรื่องอื่น เป็นการสร้างความสบายใจให้แบบชั่วคราวจากปัญหาที่แท้จริง จึงเป็นเพียงลักษณะการมีส่วนร่วมในนาม
4. การพูดข้างเดียว (Monologue) คือ การสื่อสารแบบทางเดียว เป็นการป้อนข้อมูลแก่ผู้รับฝ่ายเดียว วิธีนี้ไม่มีกลไกการรับฟังข้อมูลย้อนกลับ และไม่มีการเจรจาต่อรอง โดยดำเนินการผ่านสื่อมวลชน ซึ่งการมีส่วนร่วมลักษณะนี้จะมีน้อย
5. ถามเอง ตัดสินใจเอง (I Ask I Decide) คือ การถามถึงความคิดและข้อเสนอแนะต่าง ๆ แต่ไม่ได้มีการยืนยันหรือประกันว่า ความคิดเห็นจะได้รับการพิจารณาในการกำหนดวางแผน และดำเนินโครงการ มักทำโดยการประชุม การสำรวจ การสอบถาม แต่ในความชัดเจนแล้ว การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ จะมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
6. การนำไปสู่ความสงบ (Peace Pipe) คือ ความคิด ความเห็น และข้อเสนอแนะ ถูกร้องขอให้มีส่วนในการวางแผนและการบริหาร แต่การตัดสินใจเรื่องความสมเหตุสมผล

และความคงอยู่ ยังเป็นสิทธิของผู้กำหนดโครงการ การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ จึงมีในระดับต่ำกว่าระดับที่เหมาะสม

7. การจับมือกัน (Handclasp) คือ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่การกำหนดโครงการ จนดำเนินการโครงการ การตัดสินใจจะร่วมกันระหว่างประชาชน และผู้ออกแบบโครงการ ปัญหา และประเด็นต่าง ๆ จะถูกแก้ไขโดยการเจรจาต่อรอง และการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างเสรี มีการร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรม ระหว่างผู้ได้รับประโยชน์และผู้มอบโครงการ การมีส่วนร่วมลักษณะนี้จะสูงกว่าระดับที่เหมาะสม

8. เสียงประชาชน (Vox Populi) คือ เสียงของประชาชนจะได้รับการรับฟัง และพิจารณา ความคิด ความเห็น ข้อเสนอแนะ และความรู้สึกร่วมของประชาชนจะมีน้ำหนักในกระบวนการตัดสินใจ ประชาชนจะมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการตัดสินใจการกำหนด จนถึง การประเมินผล ถ้ามีความคิดเห็น หรือปัญหาระหว่างโครงการเกิดขึ้น ก็ต้องฟังเสียงประชาชน ว่ามีความประสงค์อย่างไร การมีส่วนร่วมลักษณะนี้จะสูงมาก

9. เสียงประชาชน คือ กฎหมาย (Vox Populi Est Lex) คือ การที่ความต้องการของประชาชนมีความเข้มแข็งสูงสุด ประชาชนจะตัดสินใจในโครงการด้วยตนเอง ตั้งแต่ชนิด และทิศทางของโครงการ ทรัพยากรที่จะใช้ แหล่งที่มาของทรัพยากร ผู้ใช้ และช่วงเวลาที่ใช้ อาจดำเนินงานในภาวะที่นโยบายและโครงการอาจถูกเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมจากท้องถิ่น จากกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ เป็นตัวอย่างที่ดีของการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ จึงเป็นอุดมคติ

จากการทบทวนลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สรุปได้ว่า ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมทางตรง เช่น ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับความสำเร็จ ร่วมเป็นเจ้าของกิจกรรม เป็นต้น และการมีส่วนร่วมทางอ้อม เช่น ร่วมสนับสนุน ทรัพยากร ร่วมรับรู้ ร่วมบอกกล่าว เป็นต้น

2.1.5 ระดับของการมีส่วนร่วม

การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมมีผู้ศึกษาวิจัยและให้ความหมายไว้ดังนี้

Arnstein (1971 อ้างถึงใน สุมล เลี่ยมทอง, 2542: 13-14) ได้แบ่งระดับของการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับใหญ่ ๆ และแบ่งย่อยออกเป็น 8 ระดับ ดังนี้

1. ระดับที่ไม่มีส่วนร่วม (Non-participation) แบ่งย่อยได้ 2 ระดับ ดังนี้
 - 1.1 ประชาชนเป็นผู้รับคำสั่ง (Manipulation) คือ ประชาชนถูกเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรม
 - 1.2 ประชาชนเป็นผู้รับบริการ (Therapy) คือ ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่มเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 2. ระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมปานกลาง (Degree of Tokenism) มีดังนี้
 - 2.1 ประชาชนได้รับการบอกเล่า (Informing) คือ ประชาชนได้รับการบอกเล่ากล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงโดยเป็นการติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว
 - 2.2 ประชาชนได้รับการปรึกษาหารือ (Consultation) คือ ประชาชนได้รับการถามความคิดเห็น แต่ไม่มีหลักประกันว่า ความคิดเห็นของประชาชนจะถูกนำไปปฏิบัติ
 - 2.3 ประชาชนได้เข้าร่วมโครงการ (Placation) คือ ประชาชนส่วนหนึ่งมีอำนาจหรือสิทธิในการออกเสียง แต่เป็นเพียงส่วนน้อยในกรรมการ
 3. ระดับที่อำนาจอยู่ที่ประชาชน (Degree of Citizen Power) ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจเป็นส่วนใหญ่
 - 3.1 ประชาชนและรัฐมีส่วนร่วมเท่า ๆ กัน (Partnership) คือ มีการใช้อำนาจร่วมกันระหว่างรัฐบาลและประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน
 - 3.2 ประชาชนมีส่วนควบคุมบางส่วน (Delegated Power) คือ ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจเป็นส่วนใหญ่
 - 3.3 ประชาชนควบคุมเองทั้งหมด (Citizen Control) คือ การที่ประชาชนมีอำนาจในการควบคุมโครงการต่าง ๆ โดยสมบูรณ์
- สุพรรณิ ไชยอำพร และสนธิ สมัครการ (2535: 37) ได้แบ่งระดับของการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ระดับ คือ
1. ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ได้แก่ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ ถ้าหากไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจก็ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การมีส่วนร่วมที่แท้จริงจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ
 2. ระดับการมีส่วนร่วมไม่แท้จริง ได้แก่ การร่วมลงแขก ร่วมลงแรงในการดำเนินกิจกรรม ร่วมบริจาคสิ่งของเป็นบางส่วน หรือร่วมบำรุงรักษา ทั้งนี้โดยไม่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในกิจกรรมหรือโครงการนั้น ๆ

จากการทบทวนระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สรุปได้ว่าระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนนั้นได้แสดงออกในระดับการมีส่วนร่วม 3 ระดับ ดังต่อไปนี้ คือ ระดับการไม่มีส่วนร่วม ระดับการมีส่วนร่วมในบางส่วนของกิจกรรม และระดับการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในทุกกิจกรรม

2.1.6 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคนอื่น ๆ (2543: 152-153) ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนามี 4 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านกลไกของรัฐ โดยรัฐต้อง
 - 1.1 กำหนดนโยบาย
 - 1.2 สนับสนุนกิจกรรม
 - 1.3 การสร้างช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วม
 - 1.4 การติดตามประเมินผล
2. ปัจจัยด้านประชาชน โดยประชาชนในชุมชนจะต้อง
 - 2.1 มีความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์
 - 2.2 เป็นฝ่ายตัดสินใจ ริเริ่มกิจกรรมและรับผลประโยชน์
 - 2.3 เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม หรือเป็นผู้นำ
 - 2.4 มีการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้นำท้องถิ่น
 - 2.5 ได้รับความฝึกอบรม การศึกษาดูงานและรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง
3. ปัจจัยด้านนักพัฒนา โดยนักพัฒนาต้อง
 - 3.1 ศึกษาชุมชน
 - 3.2 มีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาของกระบวนการมีส่วนร่วม
 - 3.3 ค้นหาผู้นำที่มีศักยภาพ
 - 3.4 รวมกลุ่มชาวบ้านเพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหา
 - 3.5 เป็นผู้สนับสนุนในทุก ๆ ด้าน
 - 3.6 มีความจริงใจและมีความผูกพันกับท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนเชื่อถือศรัทธา
 - 3.7 ดำเนินงานพัฒนาที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น

4. ปัจจัยจูงใจ

- 4.1 การได้รับผลประโยชน์จากการได้เข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา
- 4.2 โครงการพัฒนาต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

ชินรัตน์ สมสืบ (2539 อ้างถึงใน สุทธิพร ชาวสวนศรีเจริญ, 2543: 117-119) กล่าวว่า ยุทธวิธีและการกระทำที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในงานพัฒนา แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ยุทธวิธีทางตรง (Direct Action Tactics) เป็นการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่เข้าไปกระทำหรือติดต่อโดยตรงกับประชาชนในลักษณะต่อไปนี้

- 1.1 การพูดคุยสนทนาตัวต่อตัว
- 1.2 การรณรงค์ในกลุ่มเพื่อนบ้าน
- 1.3 การอภิปรายกลุ่ม
- 1.4 การรวมกลุ่มขององค์กรและสถาบันต่าง ๆ
- 1.5 การประชุมแบบเป็นทางการกับกลุ่มผลประโยชน์ที่มีขนาดใหญ่
- 1.6 กลวิธีการเจรจาต่อรอง
- 1.7 การแนะนำชักชวน ประชาชนร้องขอ ถวายฎีกาหรือยื่นคำร้องในรูปแบบต่าง ๆ

2. ยุทธวิธีทางอ้อม (Indirect Action Tactics) เป็นวิธีการที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้พบปะติดต่อโดยตรงกับประชาชน วิธีการเหล่านี้ได้แก่

- 2.1 การโฆษณาหรือโฆษณาชวนเชื่อ
- 2.2 การส่งข่าวผ่านสื่อทันสมัยทุกชนิด
- 2.3 การส่งข่าวผ่านสื่อในชุมชน
- 2.4 ค่านิยม ประเพณี วิถีประเพณีและจารีตเป็นเครื่องมือเพื่อทำให้เกิดการมีส่วนร่วม
- 2.5 การสาธิตภาคสนาม
- 2.6 การทัศนศึกษา
- 2.7 ใช้ทรัพยากรบุคคล ผู้นำที่ประชาชนเชื่อถือ
- 2.8 ใช้ศูนย์เรียนรู้หรือศูนย์ท้องถิ่น
- 2.9 ใช้การรวบรวมประชาชนตามปกติหรือตามประเพณี
- 2.10 การแสดงบทบาทสมมุติ ละคร และกิจกรรมทางวัฒนธรรม

3. ยุทธวิธีการแทรกแซง (Intervention Tactics) กล่าวคือ ไม่ได้มุ่งที่บุคคลหรือกลุ่ม แต่มุ่งพิจารณาที่กระบวนการและโครงสร้างพื้นฐานที่เป้าหมาย โดยมุ่งตัดแปลงหรือแทนที่กระบวนการและโครงสร้างที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันดังนี้

- 3.1 การพัฒนาองค์กรให้เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน
- 3.2 กิจกรรมการศึกษาอบรมและการฝึกอบรม เพื่อเสริมทักษะความสามารถของประชาชนในการมีส่วนร่วม
- 3.3 การวางแผนจากล่างขึ้นบน
- 3.4 การใช้เทคโนโลยีในท้องถิ่น

จากการทบทวนประเด็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น พอจะสรุปได้ว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน จะต้องประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยสำคัญ ดังต่อไปนี้ คือ ปัจจัยในตัวบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ อาชีพ การเป็นสมาชิกกลุ่ม เป็นต้น ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น กลไกต่าง ๆ ของรัฐบาล งบประมาณที่ได้รับ สภาพสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น และปัจจัยแทรกซ้อน เช่น การสื่อสาร การให้รางวัล การใช้เทคโนโลยี การมีผู้นำกิจกรรม เป็นต้น

2.1.7 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

การศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

1) ทฤษฎีการกระทำทางสังคม (The Theory of Social Action) ได้มีผู้กล่าวถึงไว้มากมายดังนี้

Parsons (1951 อ้างถึงใน ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, 2542: 14) ได้สร้างทฤษฎีการกระทำทางสังคมโดยอธิบายถึงการกระทำของมนุษย์ (Action of Human) ในลักษณะที่สามารถนำไปปรับใช้ทางสังคมทั่วไป (General Theory of Action) กล่าวคือการกระทำใด ๆ ของมนุษย์จะขึ้นอยู่กับ

1. บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (Personality)
2. ระดับสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ (Social System)
3. วัฒนธรรม (Culture) ในสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่และวัฒนธรรมนี้

จะเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ (Idea of Believes) ความสนใจ (Primary of Interest) และระบบค่านิยมของบุคคล (System of Value Orientation)

Reeder (1971 อ้างถึงใน สุมล เลี่ยมทอง, 2542: 16-17) ได้กล่าวว่า สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของมนุษย์นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยดึง (Pull Factors) ได้แก่

1.1 เป้าประสงค์ (Goals) คือ ในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น ผู้กระทำ จะกำหนดเป้าหมายหรือจุดประสงค์ไว้ก่อนล่วงหน้าและจะพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้บรรลุ เป้าประสงค์นั้น

1.2 ความเชื่อ (Belief Orientation) ความเชื่อเป็นผลมาจากการที่บุคคลได้รับรู้ ไม่ว่าน่าจะเป็นแนวคิดหรือความรู้ และบุคคลจะเลือกรูปแบบพฤติกรรมบนพื้นฐานของความเชื่อ ที่ตนยึดมั่นอยู่

1.3 ค่านิยม (Value Standards) เป็นสิ่งที่บุคคลยึดถือเป็นเครื่องช่วยในการ ตัดสินใจและกำหนดการกระทำของตน ซึ่งบุคคลจะเลือกกระทำการในสิ่งที่สอดคล้องกับ ค่านิยม ที่ตนยึดมั่นอยู่

1.4 นิสัยและขนบธรรมเนียม (Habits and Customs) คือ แบบอย่าง พฤติกรรมที่คนกำหนดสืบต่อกันมา ถ้าละเมิดก็จะถูกบังคับด้วยการที่สังคมไม่เห็นชอบด้วย ดังนั้น ในการกระทำของบุคคลส่วนหนึ่งจึงสืบเนื่องมาจากแบบอย่างพฤติกรรมที่กำหนดมาแต่เดิม

2. ปัจจัยผลัก (Push Factors) ได้แก่

2.1 ความคาดหวัง (Expectation) ในการเลือกพฤติกรรมของบุคคลส่วนหนึ่ง ขึ้นอยู่กับความคาดหวังของบุคคลอื่นที่อยู่กับความคาดหวังและท่าทีของบุคคลที่อยู่รอบข้างด้วย

2.2 ข้อผูกพัน (Commitment) การกระทำต่าง ๆ ของบุคคลบางครั้งส่วนหนึ่ง เกิดจากการที่เชื่อว่าเขาถูกผูกมัดหรือมีข้อผูกพันที่จะต้องกระทำ

2.3 การบังคับ (Force) บางครั้งบุคคลนั้นเกิดความไม่แน่ใจว่าจะกระทำ พฤติกรรมนั้นดีหรือไม่ แต่เมื่อมีการบังคับก็จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นเร็วขึ้น

3. ปัจจัยเรื่องความสามารถ (Able Factors) ได้แก่

3.1 โอกาส (Opportunity) เป็นความคิดของผู้กระทำที่เชื่อว่าสถานการณ์ ที่เป็นอยู่ขณะนั้นช่วยให้มีโอกาสที่จะกระทำ

3.2 ความสามารถ (Ability) คือ การที่บุคคลเชื่อว่าความสามารถ ของตนเองจะกระทำในเรื่องนั้น ๆ ได้สำเร็จ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใด ๆ บุคคลนั้นจะพิจารณาความสามารถของตนเองก่อนทุกครั้ง

3.3 การสนับสนุน (Support) คือ สิ่งที่ผู้กระทำรู้ว่าหรือเชื่อว่าจะได้รับ สิ่งนั้น ๆ จากการแสดงพฤติกรรมออกมา

จากการทบทวนทฤษฎีการกระทำทางสังคมดังกล่าวมาข้างต้นนั้น สรุปได้ว่า ปัจจัยจากการกระทำทางสังคมที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม แบ่งได้เป็น 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยดึงดูด เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ เจตคติ เป็นต้น ปัจจัยผลักดัน เช่น ข้อผูกพัน การบังคับ ความคาดหวัง เป็นต้น และปัจจัยสนับสนุน เช่น โอกาส ระยะเวลา การคัดเลือก เป็นต้น

2) ทฤษฎีแรงจูงใจ

Maslow (1954 อ้างถึงใน สุมล เลี่ยมทอง, 2542: 17-18) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจ (Motivation) ของการกระทำของมนุษย์ และได้อธิบายว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจ ความต้องการเหล่านั้นถูกจัดลำดับขึ้นจากน้อยไปหามาก เมื่อความต้องการเกิดแล้วไม่ได้รับการบำบัดเพียงพอ ความต้องการเหล่านั้นก็ยังคงอยู่ และจะเป็นแรงขับที่มีพลังผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมโน้มไปทางที่จะบำบัดความต้องการเหล่านั้นอยู่เสมอ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

(1) ความต้องการทางร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นความต้องการเกี่ยวกับปัจจัยในการดำเนินชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย น้ำ อาหาร อากาศ เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค

(2) ความรู้สึกเกี่ยวกับความปลอดภัย (Safety Needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการบำบัดแล้ว ความต้องการของคนไม่ได้หยุดเพียงเท่านั้นยังมีความต้องการความปลอดภัยจากภัยอันตราย ความมั่นคงในอาชีพ สุขภาพร่างกายที่ดี หน้าที่การงาน เหล่านี้เป็นความต้องการถัดจากความต้องการทางกาย

(3) ความต้องการทางสังคม (Social Needs) คือ ความต้องการที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่น รวมทั้งมีสถานภาพทางสังคมสูงขึ้น

(4) ความต้องการมีเกียรติ ชื่อเสียงและการยกย่องนับถือ (Esteem Needs) เป็นความต้องการที่让别人ยอมรับตนเองว่าเป็นคนสำคัญและเป็นคนที่มียศ

(5) ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต (Self Actualization Needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการขั้นต่ำได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว

3) ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร

การศึกษาทฤษฎีการติดต่อสื่อสารมีผู้ศึกษาวิจัยและให้ความหมายไว้ดังนี้

Rogers and Shoemaker (1971 อ้างถึงใน นวลจันทร์ จารุปริชาชาญ, 2542: 23-24) ได้สรุปขั้นตอนของการรับวิทยาการสมัยใหม่ 5 ขั้นตอน คือ

- (1) ขั้นการรับรู้ (Awareness Stage) คือ บุคคลได้กระทบกับวิทยาการสมัยใหม่เป็นครั้งแรก แต่ยังคงขาดความรู้อย่างแจ่มแจ้งในวิทยาการใหม่นั้น ยังขาดข่าวสารเพิ่มเติม
- (2) ขั้นความสนใจ (Interest Stage) คือ บุคคลเริ่มสนใจในความรู้ใหม่และพยายามแสวงหาความรู้เพิ่มเติม
- (3) ขั้นการชั่งใจ (Evaluation Stage) คือ บุคคลคิดทบทวนไตร่ตรองถึงผลดีผลเสียของความรู้ใหม่อยู่ในใจ
- (4) ขั้นการทดลอง (Trial Stage) คือ บุคคลนำความรู้ใหม่ไปทดลองปฏิบัติ โดยเริ่มจากขนาดเล็ก ๆ เพื่อดูผลก่อนการตัดสินใจยอมรับ
- (5) ขั้นการยอมรับ (Adoption Stage) เป็นขั้นการตกลงใจที่จะนำวิทยาการใหม่ไปปฏิบัติต่อไปอย่างเต็มที่

นอกจากขั้นตอนการยอมรับวิทยาการใหม่แล้ว Rogers and Shoemaker ยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับการยอมรับดังนี้

1. แบบของการตัดสินใจยอมรับวิทยาการใหม่ (The Type of Innovation Decision)
2. ช่องทางของการสื่อความที่ใช้เป็นตัวแพร่กระจายวิทยาการใหม่ (The Nature of Communication Channels)
3. ลักษณะธรรมชาติของระบบสังคม
4. ความเพียรพยายามของผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงในการแพร่กระจายวิทยาการใหม่ที่มีผลต่ออัตราการยอมรับ (The Extent of Change Agents Promotion Efforts)

สำหรับกระบวนการสื่อความรู้ Rogers and Shoemaker ได้กล่าวว่า ประกอบด้วยข่าวสาร ผู้ส่งสาร ส่วนช่องทางการสื่อสารมี 2 ลักษณะ คือ

1. ช่องทางสื่อสารมวลชน (Mass Media Channel) เป็นวิธีการถ่ายทอดข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น

2. ช่องทางสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Channel) เป็นการติดต่อระหว่างบุคคล

จากการทบทวนทฤษฎีการติดต่อสื่อสารดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สรุปได้ว่า ขั้นตอนการติดต่อสื่อสารที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม แบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นการรับรู้ ขั้นการยอมรับ และขั้นการตัดสินใจ โดยจำเป็นต้องอาศัยช่องทางในการสื่อสารจากผู้ส่งสารถึงผู้รับสาร โดยผ่านสื่อ เช่น สื่อสารมวลชน สื่อบุคคล เป็นต้น

จากการที่ได้ทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ได้นำเสนอมาทั้งหมดนั้น สามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นเป็นการให้ความร่วมมือและสนับสนุนของประชาชนในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง โดยมีรูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นไปโดยมีทิศทางที่แน่นอนร่วมกันหรือมีวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายร่วมกัน โดยขั้นตอนการมีส่วนร่วมนั้นจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุก ๆ ขั้นตอน ในลักษณะของการมีส่วนร่วมที่เริ่มต้นจากการใช้ความคิด การวางแผน การดำเนินกิจกรรม รวมถึงการประเมินผลในกิจกรรมนั้น ๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้สิทธิเสรีภาพ อิสรภาพ ภราดรภาพ และความเสมอภาคที่เท่าเทียมกัน ตลอดจนการมีระดับการมีส่วนร่วมทั้งที่เป็นแบบมีส่วนร่วมโดยแท้จริง และบางส่วนของกิจกรรม

ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ประกอบไปด้วย ความรู้ ทัศนคติ และสิ่งส่งเสริมการกระทำเช่น การได้รับข่าวสาร ช่องทางการได้รับสื่อ และสิ่งที่แสดงถึงสถานภาพในสังคม เช่น รายได้ ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกกลุ่มองค์กรของสังคม ต่างก็มีความเกี่ยวข้องกับการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน

2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น เป็นการกล่าวถึงประเด็นสำคัญด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ เชื้อก่อโรค สาเหตุและการติดต่อ การติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค และการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก ตลอดจนยุ่งลยพาหะนำโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมยุ่งลย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.1 เชื้อก่อโรคไข้เลือดออก

สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2545: 7-8 ได้ศึกษาเชื้อก่อโรคไข้เลือดออกไว้ดังนี้

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นตัวนำโรค มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue Virus) มี 4 สายพันธุ์ ได้แก่ ชนิดที่ 1, 2, 3 และ 4 (4 Serotypes: DEN1, DEN2, DEN3 and DEN4) (ชุตินา โคมปราง, 2540: 221) ซึ่งมีแอนติเจนของกลุ่มบางชนิดร่วมกัน ทำให้เมื่อมีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชนิดนั้นอย่างถาวรตลอดชีวิต แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีอีก 3 ชนิด ในช่วงระยะสั้น ๆ (Partial Immunity) ประมาณ 6-12 เดือน หรือสั้นกว่านี้ หลังจากนั้นแล้วจะมีการติดเชื้อชนิดอื่นที่ต่างจากครั้งแรกได้ เรียกว่า เป็นการติดเชื้อซ้ำ (Secondary Dengue Infection) การติดเชื้อซ้ำนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง สาเหตุที่ทำให้โรคไข้เลือดออกมีลักษณะเฉพาะและมีอาการรุนแรงได้เพราะมีการรั่วของพลาสมา (Plasma) ที่ทำให้เกิดภาวะช็อก ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ

เชื้อที่แยกได้จากผู้ป่วยทั้ง 4 ชนิด โดยชนิดที่ 2 พบได้ตลอดเวลา ส่วนชนิดที่ 1, 2 และ 4 อาจหายเป็นช่วง ๆ สัดส่วนของเชื้อไวรัสเดงกีแต่ละชนิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละปี จากการศึกษาทางด้านไวรัสและระบาดวิทยา สรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกเดงกี คือมีไวรัสมากกว่า 1 ชนิด หรือมีการระบาดของต่างชนิดเป็นระยะ ๆ ซึ่งในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น ทำให้มีการติดเชื้อซ้ำได้บ่อย และการติดเชื้อซ้ำด้วยเชื้อชนิดที่ 2 มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะทำให้กลายเป็นโรคไข้เลือดออก (Dengue Haemorrhagic Fever หรือ DHF) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อครั้งที่ 2 ภายหลังการติดเชื้อครั้งแรกด้วย เชื้อชนิดที่ 1

ในระยะแรกของการระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย นอกจากเชื้อไวรัสเดงกีแล้ว ยังแยกเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (Chikungunya) จากผู้ป่วย ทำให้เข้าใจว่าเชื้อไวรัสชนิดนี้สามารถทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกได้ด้วยจึงมีชื่อว่า Chikungunya Haemorrhagic Fever ต่อมาจากการศึกษาอาการทางคลินิกอย่างละเอียด สามารถบอกได้ว่าเชื้อชิคุนกุนยาไม่ใช่สาเหตุของโรคไข้เลือดออก อยากรู้ดี เชื้อไวรัสทั้ง 2 ชนิดนี้ซึ่งมีพาหะนำโดยยุงลาย (*Aedes aegypti*) เช่นเดียวกัน ในที่นี้จึงเรียกชื่อว่า โรคไข้เลือดออก (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และคนอื่น ๆ, 2547: 42)

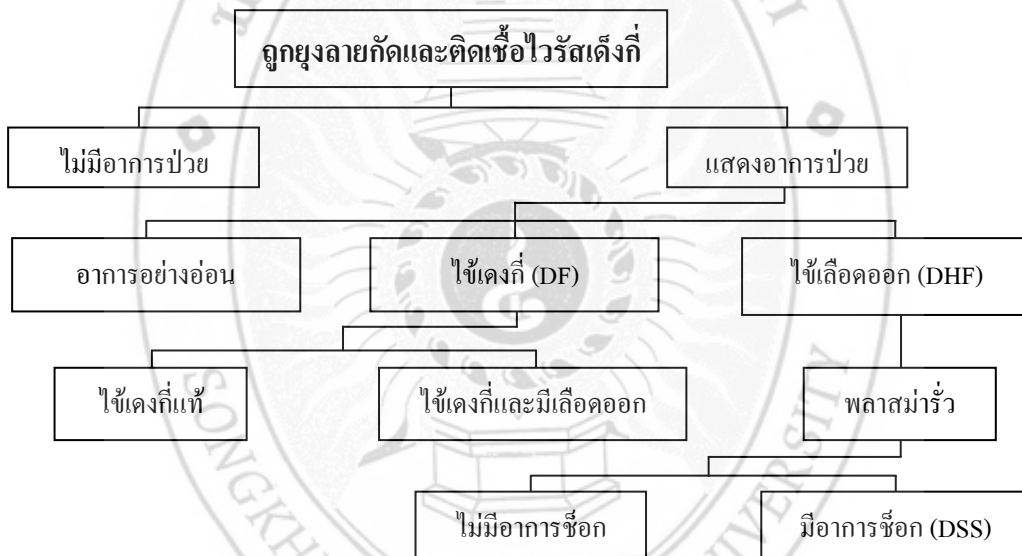
2.2.2 สาเหตุและการติดต่อ

โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูง

เป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง อยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะ เพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ จะถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8-12 วัน เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนอื่นอีก ก็จะปล่อยเชื้อไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่าน ระยะฟักตัวนานประมาณ 5-8 วัน สั้นที่สุด 3 วัน และนานที่สุด 15 วัน ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้ (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2545: 8)

2.2.3 การติดเชื้อ

การติดเชื้อส่วนมากมักไม่มีอาการ โดยเฉพาะในเด็กเล็กเมื่อติดเชื้อครั้งแรกมักจะไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง องค์การอนามัยโลกได้จำแนกกลุ่มอาการที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีไว้ดังนี้



ภาพที่ 2 การติดเชื้อไวรัสเดงกี

ที่มา: WHO 1997 อ้างถึงใน สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2545: 9

ในประเทศที่มีโรคไข้เลือดออก (Dengue Haemorrhagic Fever หรือ DHF) มักจะมีโรคไข้เดงกี (Dengue Fever หรือ DF) อยู่ด้วยแต่สัดส่วนของไข้เลือดออกและไข้เดงกี จะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ ภาวะภูมิคุ้มกันด้านทานของผู้ป่วย และชนิดของไวรัสเดงกีในขณะนั้น จึงทำให้การแยกโรกระหว่างไข้เลือดออกและไข้เดงกี ยังคงเป็นปัญหา ลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อไวรัสเดงกีที่แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบตามความรุนแรงของโรค มีดังนี้ (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2545: 9-10)

1) Undifferentiated Fever (UF) หรือ Viral Syndrome มักพบในทารกหรือในเด็กเล็ก ซึ่งจะปรากฏเพียงอาการไข้ และบางครั้งมีผื่นแบบ Muculopapular Rash

2) ไข้แดงกึ่ง (DF) มักเกิดกับเด็กโต หรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง คือ มีอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ หรือ อาจเกิดอาการแบบ Classical DF คือ มีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง มีผลทดสอบทูนิเกตต์ เป็นบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางรายอาจมีเกล็ดเลือดต่ำได้ ในผู้ใหญ่ เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน

3) ไข้เลือดออกแดงกึ่ง (DHF) มีอาการคล้ายกับไข้แดงกึ่ง ในระยะมีไข้ แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือ มีเกล็ดเลือดต่ำ และมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้ามีการรั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อก เกิดขึ้นที่เรียกว่า Dengue Shock Syndrome (DSS) สามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับฮีมาโตคริตสูงขึ้น มีน้ำในเยื่อหุ้มช่องปอดและช่องท้อง

2.2.4 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค

ทางด้านระบาดวิทยาต้องพิจารณาผู้ป่วย (Host) ไรรัศ และพาหะนำโรค (Vector) ร่วมกัน ดังต่อไปนี้ (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2537: 17-18)

1) ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย (Host)

(1) เด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค DHF มากกว่าผู้ใหญ่ ในกรณีที่มีการติดเชื้อซ้ำเหมือนกัน แต่เด็กจะมีความเสี่ยงสูงกว่า

(2) ภาวะโภชนาการ ผู้ป่วย DHF ส่วนใหญ่มีภาวะที่ดีและดีกว่าเด็กที่ติดเชื้ออื่น ๆ

(3) เชื้อชาติและพันธุกรรม พบว่านิโกรเป็นโรค DHF และ DSS น้อยกว่าชนผิวขาว ในประเทศไทยนั้นพบว่า Class I LLA-A2 Haplotype มีความสัมพันธ์กับการเกิด DHF ซึ่งต้องศึกษาต่อไปในวงกว้างกว่านี้

(4) เพศ พบว่า ในรายที่เป็น DSS และรายที่ตายจะพบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

2) ปัจจัยเสี่ยงด้านไรรัศและภูมิคุ้มกัน

(1) พื้นที่ที่มีไรรัศแดงกึ่งหลาย ๆ Serotype และมีภาวะ Hyperendemicity หรือมีเชื้อไรรัศหลาย Serotype เป็นเชื้อประจำถิ่นในช่วงเวลาเดียวกัน (Simultaneously Endemic of Multiple Serotype) ทำให้มีโอกาสติดเชื้อซ้ำสูง

(2) มีการระบาดของไวรัสเดงกีต่อเนื่องกัน (Sequentially Epidemic) พบว่า การติดเชื้อซ้ำด้วย ชนิดที่ 2 และชนิดที่ 3 มีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเกิด DHF

(3) การติดเชื้อทุติยภูมิ (Secondary Infection) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด DHF มากกว่า การติดเชื้อครั้งแรกประมาณ 160 เท่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วย DHF ที่เป็นการติดเชื้อครั้งแรกเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ทุกรายมีแอนติบอดีต่อเชื้อเดงกีจากแม่

(4) ความรุนแรงในการก่อโรค (Virulence) ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการตรวจหาความรุนแรงในการก่อโรคของเชื้อไวรัสเดงกีได้โดยตรง แต่จากความก้าวหน้าด้านไวรัสวิทยาโมเลกุล (Molecular Virology) ที่ได้ศึกษา เชื้อเดงกีชนิดที่ 2 ที่แยกได้จากผู้ป่วยในที่ต่าง ๆ พบว่า DEN-2 Subtype จากเอเชียอาคเนย์เป็นไวรัสที่มีความรุนแรงในการก่อโรค หรือมีความสามารถทำให้เกิด DHF หรือ DSS ได้สูง

3) ปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรค (Vector)

ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ถ้ายุงลายเหล่านี้มีปริมาณเพียงพอ ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากก็จะทำให้ระบาดได้ สำหรับยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ก็สามารถแพร่เชื้อได้แต่ไม่ดีเท่ายุงลายบ้าน ยุงลายสวนเพาะพันธุ์ตามแหล่งน้ำขังตามโพรงต้นไม้ ส่วนยุงลายบ้านเพาะพันธุ์ในภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น ถ้าอุณหภูมิและความชื้นเหมาะสม โดยเฉพาะในฤดูฝน ยุงลายเพียง 2-3 ตัว อาจแพร่เชื้อให้สมาชิกทั้งครอบครัวได้ ปัจจัยส่งเสริมให้มีผู้ป่วยมากขึ้นในฤดูฝนอีกประการหนึ่ง คือ ในช่วงที่ฝนตกทั้งเด็กและยุงจะอยู่ในบ้านหรือในอาคาร เด็กจึงมีความเสี่ยงที่จะถูกยุงกัดมากขึ้น

ในปัจจุบันยังไม่มี การทราบถึงระดับความชุกของยุงที่จะทำให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ แต่ความชุกของยุงลายในประเทศไทย พบว่า ไม่ว่าจะใช้ตัวชี้วัดใดมาใช้ ก็จะสูงมากกว่าประเทศอื่น ๆ ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้จะต้องมีส่วนร่วมกันในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกขึ้น และการเพิ่มของประชากร โดยเฉพาะในชุมชนเมือง จะทำให้การกระจายของครกไปได้ในระยยะที่ไกลขึ้น เพราะโดยปกติยุงลายจะบินได้เพียง 50-100 เมตรเท่านั้น การกระจายจึงไปกับคนในช่วงที่มี Viremia ก่อนเริ่มมีอาการของโรค ความเจริญก้าวหน้าทางคมนาคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการแพร่กระจายของโรคไปอย่างกว้างขวาง

2.2.5 อาการและอาการแสดง

อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกจะแสดงหลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี

ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและเสียชีวิตได้ โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญและเป็นรูปแบบที่ค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการเรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลัง ดังนี้ (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2540: 55-57)

1) **อาการไข้** ผู้ป่วยทุกรายจะมีอาการไข้สูงเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ส่วนใหญ่สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีชักเกิดขึ้น โดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (Flushed Face) และตรวจคอกก็อาจพบมี Injected Pharynx ได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคหัดในระยะแรก และโรคระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา

ในระยะไข้นี้ อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดทั่วๆ ไป และอาจปวดที่ชายโครงด้านขวาในระยะที่มีตับโต ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน บางรายอาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และอาจมีไข้แบบ Biphasic ได้ อาจพบมีผื่นขึ้นแบบที่มีลักษณะคล้ายผื่นหัดเยอรมันได้ (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2537: 12)

2) **อาการเลือดออก** พบบ่อยที่สุดคือผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะ แตกง่าย โดยการทำ Tourniquet Test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายตามแขน ขา และลำตัว อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งมักจะเป็นสีดำ (Melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกในรายที่มีภาวะช็อกอยู่นาน

3) **ตับโต** ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

4) **ภาวะช็อก** ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น เนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องท้องและช่องปอดมาก เกิด Hypovolemic Shock ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง โดยมี Pulse Pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท (ปกติ 30-40 มิลลิเมตรปรอท) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีความรู้สึก หูอื้อเรื่อง อาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกระทันหันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะทางศัลยกรรม ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงรอบปากเขียว ผิวสีม่วงตัวเย็นซีด จับชีพจรและวัดความดันไม่ได้ (Profound

Shock) ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง และอาจเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีภาวะช็อก หากว่าได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึงและถูกต้อง ส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2537: 13)

ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดลงผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปแต่ไม่มากจนทำให้เกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงสั้น ๆ ก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

2.2.6 การวินิจฉัยโรค

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

1) อาการแสดงทางคลินิก

- (1) ไข้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและสูงลอยประมาณ 2-7 วัน
- (2) มีอาการเลือดออก อย่างน้อยมีการทดสอบทูนิเกตต์ให้เป็นผลบวกร่วมกับอาการเลือดออกอื่น ๆ
- (3) ตับโต
- (4) ภาวะช็อก

2) การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ

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

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

(3) ระดับความเข้มข้นของเลือด จะเพิ่มขึ้น (Hemoconcentration) ซึ่งเป็นผลจากการเสียพลาสมา ระดับ HCT ที่สูงขึ้นกว่าปกติ เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ถือเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการรั่วของ

พลาสมา ส่วนใหญ่ HCT จะเพิ่มขึ้นพร้อมกับเกล็ดเลือดลดลง หรือภายหลังเกล็ดเลือดลดลง การเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้จะเกิดขึ้นก่อนไข้ลดและก่อนภาวะช็อก จึงมีความสำคัญ ในการวินิจฉัยโรค

(4) การตรวจ Chest X-Ray จะพบน้ำในเยื่อหุ้มปอดได้เสมอ ส่วนใหญ่จะพบ ทางด้านขวา ในรายที่รุนแรงมีภาวะช็อกอาจพบได้ทั้งสองข้าง

ส่วนในการเกิดภาวะช็อกเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2545: 15)

1) มีการรั่วของพลาสมาซึ่งนำไปสู่ภาวะ Hypovolemic Shock ซึ่งมีข้อบ่งชี้ดังนี้

(1) ระดับ Hemotocrit อาจมีการเพิ่มขึ้นทันทีก่อนเกิดภาวะช็อก และยังคงอยู่ในระดับสูง ในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาและระยะช็อก

(2) มีน้ำในช่องปอดและช่องท้อง การวัด Pleural Effusion Index พบว่ามีความสัมพันธ์ กับระดับความรุนแรงของโรค

(3) ระดับโปรตีนและระดับอัลบูมินในเลือดลดต่ำลงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา

(4) Central Venous Pressure ต่ำ

(5) มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการใช้สารน้ำเกลือแร่และสาร Colloid ชดเชย

2) ระดับ Peripheral resistance เพิ่มขึ้น สามารถเห็นได้จากระดับ Pulse Pressure แดบ โดยมีระดับ Diastolic Pressure สูงขึ้นในระยะที่มีการช็อก

การจัดระดับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (DHF) นั้นแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (Grade) คือ (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, 2547: 21)

1. ระดับที่ 1 (Grade 1) ในรายที่ไม่มีอาการช็อก

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

3. ระดับที่ 3 (Grade 3) ในรายที่มีภาวะช็อก

4. ระดับที่ 4 (Grade 4) ในรายที่มีภาวะช็อก และมี Profound Shock วัดความดันเลือด และชีพจรไม่ได้

ในประเด็นของการวินิจฉัยทางไวรัสและทางน้ำเหลืองนั้น ใช้ตรวจวัดในระยะที่มีไข้สูง เนื่องจากมีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด จึงสามารถแยกเชื้อไวรัสแดงก็จากเลือดได้ หลังจากไข้ลดลงแล้ว ไวรัสก็จะหมดไปจากกระแสเลือด และเป็นการตรวจดูระดับการเปลี่ยนแปลงของ IgM และ IgG

Antibody ต่อเชื้อเด็งกี ซึ่งใช้วินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อครั้งแรกหรือเป็นการติดเชื้อซ้ำ ปัจจุบันนิยมใช้วิธี ELISA โดยการติดเชื้อครั้งแรกจะพบว่ามีระดับ IgM ต่อ IgG จะมากกว่า 1.8 และ วิธี HAI จะต้องเจาะเลือด 2 ครั้งห่างกัน 1-4 สัปดาห์ และนี่ยังมีวิธีที่เรียกว่า PCR และ Rapid Diagnosis เพื่อดูระดับของ IgM และ IgG นั่นคือ การวินิจฉัยทางไวรัสและทางน้ำเหลืองจะช่วยยืนยันว่ามีการติดเชื้อเด็งกี แต่การวินิจฉัยแยกโรกระหว่าง DHF และ DF นั้นจะต้องใช้อาการทางคลินิกเป็นหลัก ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและการรั่วของพลาสมา

2.2.7 การดูแลรักษา

ปัจจุบันยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะต้องมีการมี Nursing Care ที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤตประมาณ 24-48 ชั่วโมงที่มีการรั่วของพลาสมา โดยการดูแลรักษาผู้ป่วยมีหลักปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, 2541: 62-79)

1) ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีอาการชักหากไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชักหรืออายุน้อยกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรใช้พาราเซตามอล ห้ามใช้ยาจำพวกแอสไพริน เพราะจะทำให้เกล็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น และอาจทำให้เกิด Reye Syndrome ควรใช้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น เพื่อให้ไข้ลดลงน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส การใช้ยาลดไข้มากเกินไปอาจเป็นพิษต่อตับได้ ควรใช้การเช็ดตัวลดไข้ร่วมด้วย

2) ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำชดเชย เพราะการมีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ดื่มน้ำผลไม้และสารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) ในรายที่อาเจียน ควรให้ดื่มน้ำครั้งละน้อย ๆ และดื่มนบ่อย ๆ

3) จะต้องติดตามดูแลอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วย ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาการเป็นไข้ ถ้ามีไข้ถึง 7 วัน ก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้ ควรแนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำของช็อกซึ่งอาจมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือถ่ายปัสสาวะน้อยลง ปวดท้องกระตั้นหัน กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ควรแนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

4) เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ แพทย์จะตรวจเลือดดูปริมาณเกล็ดเลือด และฮีมาโตคริต อาจนัดมาตรวจดูการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ เพราะถ้าเกล็ดเลือดเริ่มลดลง

และฮีมาโตคริต เริ่มสูงขึ้น เป็นเครื่องบ่งชี้ว่าน้ำเลือดรั่วออกจากเส้นเลือด และอาจช็อกได้ จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย

5) โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรักษาไว้ในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะในรายที่ยังมีไข้ สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาไปรับประทาน และแนะนำให้ผู้ป่วยคอยเฝ้าสังเกตอาการ หรือแพทย์นัดให้มาตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ถ้าผู้ป่วยแสดงอาการช็อกให้รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลและถือเป็นเรื่องรีบด่วนในการรักษา

ในรายที่มีไข้ มีระดับฮีมาโตคริตมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 แต่ไม่มีภาวะช็อก อาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้ 5% D ½ NSS หรือ 5% D Ringer Acetate ประมาณเท่ากับ Maintenance บวกด้วย 5% Deficit โดยจัดปริมาณและความเร็วตามการรั่วของพลาสมา ซึ่งดูจาก HCT, Viral Signs และ Urine Output และจะต้องมีการปรับลดปริมาณและความเร็วตาม HCT ตลอดเวลา 24-48 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป ในรายที่ระดับ HCT ยังสูงอยู่หลัง 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยที่มีเลือดออก แม้ไม่มากควรรับเป็นผู้ป่วยใน (อุษา ทิสยากร, 2544:7)

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก หรือเลือดออก แพทย์จะต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขสถานะดังกล่าวด้วยสารน้ำ พลาสมา หรือสาร Colloid เพื่อช่วยชีวิตและป้องกันโรคแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การให้การรักษาต้องถือเป็น Medical Emergency และให้การรักษาดังต่อไปนี้ (สุจิตรา นิมนานนิตย์, 2545: 19)

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

2) เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนจากการ Resuscitate แม้จะเป็นเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ควรลดอัตราการและปรับอัตราของ IV Fluid ตามอัตราการรั่วของพลาสมา หลักการที่สำคัญคือให้ IV Fluid ในปริมาณที่พอดีสำหรับการรักษาระดับการไหลเวียนในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาเท่านั้น

3) แก้ไขภาวะ Metabolic และ Electrolyte Disturbance ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะ Acidosis

4) ถ้าผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นต้องนึกถึงภาวะเลือดออกซึ่งอาจเป็น Concealed Bleeding ผู้ป่วยที่ยังมีภาวะช็อกอยู่ (Refractory Shock) ภายหลังจากให้ Crystalloid และ Colloidal และ HCT ลดลงแล้ว ต้องนึกถึงภาวะเลือดออก และต้องให้เลือดซึ่งควรจะเป็น Fresh Whole Blood

สาเหตุการตายที่สำคัญคือผู้ป่วยมี Profound Shock มี Internal Bleeding ซึ่งถ้าไม่ได้รับเลือดทดแทนจะมี Prolonged Shock การให้ Fluid มากเกินไปโดยไม่ให้เลือดทดแทนจะทำให้มี Fluid Overload ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญได้เช่นกัน ในรายที่มีภาวะตัววายให้รักษาแบบเดียวกับผู้ป่วยตัววายจากโรคตับอักเสบ ถึงแม้จะพบภาวะตัววายได้น้อยแต่เมื่อพบจะมีอัตราตายสูงมาก

2.2.8 ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก

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

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

(1) ระยะไข่ ไข่ยุงลายมีลักษณะรีคล้ายกระสวย เมื่อวางออกมาใหม่ ๆ จะมีสีขาวนวล ต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล และดำสนิทภายใน 24 ชั่วโมง

(2) ระยะลูกน้ำ ไม่มีขา ส่วนนอกมีขนาดใหญ่กว่าส่วนหัว ส่วนท้องยาวเรียวยาวประกอบด้วยปล้อง 10 ปล้อง มีท่อหายใจบนปล้องที่ 8 ใช้ในการหายใจ ท่อหายใจของยุงลายสั้นกว่าท่อหายใจของยุงรำคาญ และมีกลุ่มขน 1 กลุ่มอยู่บนท่อหายใจนั้น

(3) ระยะตัวโม่ง ไม่มีขา รูปร่างคล้ายเครื่องหมายจุลภาค มีอวัยวะใช้ในการหายใจ 1 คู่อยู่บนส่วน Cephalothorax (ส่วนหัวรวมกับส่วนอก)

(4) ระยะตัวเต็มวัย

ก. ร่างกายอ่อนนุ่ม เปราะบาง แบ่งเป็น 3 ส่วน แยกออกจากกันเห็นได้ชัดเจน คือ ส่วนหัว ส่วนอก และส่วนท้อง ลำตัวยาวประมาณ 4-6 มิลลิเมตร มีเกล็ดสีดำสลับขาวตามลำตัวรวมทั้งส่วนหัวและส่วนอกด้วย

ข. มีขา 3 คู่ (6 ขา) อยู่ที่ส่วนอก ขามีสีดำสลับขาวเป็นปล้อง ๆ ที่ขาหลังบริเวณปลายปล้องสุดท้ายมีสีขาวยืดตลอด

ค. มีปีกที่เห็นได้ชัดเจน 1 คู่ อยู่บริเวณส่วนอก ลักษณะของปีกบางใส มีเกล็ดเล็ก ๆ บนเส้นปีก ลักษณะของเกล็ดแคบและยาว บนขอบหลังของปีกมีเกล็ดเล็ก ๆ เป็นชายคရွย นอกจากนี้ยังมีอวัยวะที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัวเรียกว่า Halter 1 คู่ อยู่ใกล้กับปีก

ง. มีปากยาวมาก ลักษณะปากเป็นแบบแทงดูด

จ. เส้นหมวด ประกอบด้วยปล้องสั้น ๆ 14-15 ปล้อง ที่รอยต่อระหว่างปล้องมีขนขึ้นอยู่ โดยรอบ ในยุงตัวผู้เส้นขนเหล่านี้จะยาวมาก เพื่อใช้รับคลื่นเสียงที่เกิดจากการขยับปีกของยุงตัวเมีย ซึ่งมองคล้ายฟุ้งขนนก ส่วนใหญ่ในยุงตัวเมียเส้นขนที่รอยต่อระหว่างปล้องจะสั้นกว่า และมีจำนวนน้อยกว่า เรียกว่า หมวดแบบเส้นด้าย ลักษณะของหมวดยุงจึงใช้ในการจำแนกเพศของยุงได้ง่าย

การจำแนกยุงลายบ้าน และยุงลายสวนมีรูปร่างลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้ (สืวิกา แสงธราทิพย์, 2545: 31)

1. ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*)

1.1 ตัวเต็มวัย บริเวณระยางค์ปากปกคลุมด้วยเกล็ดเลือดสีขาว ที่ส่วนอกบริเวณกึ่งกลางหลังจะมีขนแข็ง และมีเกล็ดสีขาวเรียงตัวกันเห็นเป็นลวดลายคล้ายพิณฝรั่ง

1.2 ลูกน้ำ บริเวณปล้องที่ 8 จะมีเกล็ดอยู่หนึ่งแถวประมาณ 8-12 อัน บริเวณขอบตรงส่วนปลายของเกล็ดจะแยกเป็นแฉก และบริเวณอกมีหนามแหลม

2. ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*)

2.1 ตัวเต็มวัย มีเกล็ดสีดำที่ระยางค์ปาก ด้านหลังของส่วนอกมีแถบสีขาวอยู่ตรงกลาง

2.2 ลูกน้ำ บริเวณปล้องที่ 8 มีเกล็ดอยู่หนึ่งแถวประมาณ 8-12 อัน ส่วนปลายของเกล็ดที่บริเวณขอบไม่แยกเป็นแฉก ส่วนอกไม่มีหนามแหลม

2) ชีวนิสัยของยุงลาย (สืวิกา แสงธราทิพย์, 2545: 31-32) ยุงลายมักวางไข่ตามผิวภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย โดยวางไข่ฟองเดี่ยว ๆ อยู่รวมกันเป็นกลุ่มตัวเมียวางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง วางไข่มากน้อยเป็นจังหวะใน 24 ชั่วโมง โดยอาศัยจังหวะที่แสงแดดน้อยลงในเวลาเย็น พบมากที่สุดก่อนพระอาทิตย์ตกดิน โดยปัจจัยที่ควบคุมให้เกิดกิจกรรมนี้ คือ การเริ่มมืด ตัวอ่อนที่อยู่ภายในไข่จะเจริญเติบโตพร้อมที่จะฟักตัวออกเป็นลูกน้ำภายใน 2 วัน แต่หากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ไข่ที่มีตัวอ่อนภายในเจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะทนต่อความแห้งแล้งในสภาพนั้นได้นานหลายเดือน เมื่อไข่ได้รับความชื้น หรือมีน้ำท่วมไข่ ก็จะฟักออกได้ในเวลาอันรวดเร็วตั้งแต่ 20-60 นาที แต่อัตราการรอดจะลดลงตามระยะเวลาที่นานขึ้น

ตัวอ่อนของยุงลายเรียกว่าลูกน้ำ ระยะนี้กินเวลานานประมาณ 6-8 วัน ขึ้นกับอุณหภูมิอาหารและความหนาแน่นของลูกน้ำในภาชนะนั้น ๆ ลูกน้ำลอกคราบ 4 ครั้ง จากระยะที่ 1 เข้าสู่ระยะที่ 2, 3 และ 4 ลูกน้ำยุงลายจะใช้ท่อหายใจทำมุมกับผิวน้ำโดยลำตัวตั้งเกือบตรงกับผิวน้ำ เคลื่อนไหวอย่างว่องไว ว่ายน้ำคล้ายงูเลื้อย ไม่ชอบแสงสว่าง กินอินทรียสาร และอาหารอื่น ๆ ที่มีอยู่ในภาชนะนั้น ๆ เช่น ตะไคร่น้ำ เศษอาหารที่หล่นลงไป แบคทีเรีย และพวกสัตว์เซลล์เดียว

ลูกน้ำระยะที่ 4 ลอกคราบครั้งสุดท้ายก็จะกลายเป็นตัวกลางวัยหรือดักแด้หรือที่เรียกว่า ตัวโม่่ง เคลื่อนไหวช้าลงหรือไม่เคลื่อนไหวเลยและเป็นระยะที่ไม่กินอาหาร แต่จะมีการเปลี่ยนแปลง แต่ละท้องที่สั้นยาวไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณอาหาร อุณหภูมิ ความชื้น และความสั้นยาว ของกลางวันและกลางคืน ยุงตัวผู้มีอายุขัยสั้นประมาณ 6-7 วันเท่านั้น ส่วนยุงตัวเมียมีอายุขัย นานกว่าอาจอยู่ได้นานประมาณ 30-45 วัน

เมื่อออกจากคราบตัวโม่่งใหม่ ๆ จะไม่สามารถบินได้ทันที ต้องเกาะนั่งอยู่บนผิวน้ำ รอเวลาระยะหนึ่งเพื่อให้ร่างกายต่าง ๆ บนส่วนหัวยืดอกออกและเพื่อให้เลือดฉีดเข้าเส้นปีกให้แข็ง ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง และพร้อมที่จะหาอาหารและผสมพันธุ์ ในตัวโม่่งรุ่นเดียวกันปกติตัวผู้ จะลอกคราบออกก่อนตัวเมีย 1-2 วัน เนื่องจากต้องใช้เวลาประมาณ 24 ชั่วโมงเพื่อให้อวัยวะ สืบพันธุ์หมุนตัวไปครบ 180 องศา ยุงตัวเมียจะผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวและสามารถวางไข่ได้ ตลอดชีวิต หลังจากผสมพันธุ์แล้วตัวเมียจะหากินเลือด ปกติภายใน 24 ชั่วโมง อาหารของตัวเมีย และตัวผู้ คือ น้ำหวานจากเกสรดอกไม้หรือน้ำจากผลไม้ โดยใช้เป็นแหล่งพลังงานสำหรับการบิน ส่วนยุงลายตัวเมียต้องกินเลือดคนหรือสัตว์เลือดอุ่น เพื่อนำโปรตีนในเลือดไปพัฒนาให้ไข่ เจริญเติบโต ตามปกติยุงลายชอบกินเลือดคนมากกว่าสัตว์ หลังจากกินเลือดแล้ว 2-3 วัน ยุงลาย ตัวเมียก็จะหาที่วางไข่

โดยทั่วไปยุงลายออกหากินในเวลากลางวัน แต่ถ้าหากยังไม่ได้กินเลือดหรือกินไม่อิ่ม ก็อาจจะออกหากินเลือดในเวลาพลบค่ำด้วยหากในท้องหรือบริเวณนั้นมีแสงสว่างเพียงพอ ช่วงเวลา ที่พบได้มากที่สุดมี 2 ช่วง คือ ในเวลาเช้าและในเวลาบ่ายถึงเย็น ช่วงเวลาที่ออกหากินมากที่สุด คือ 09.00-11.00 น. และ 13.00-14.00 น. พบว่ายุงลายบ้านชอบกัดคนในบ้าน และยุงลายสวนชอบกัดคน นอกบ้าน ไม่ชอบแสงแดดและลมแรง จึงออกหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ โดยทั่วไปมักบินไป ครั้งละไม่เกิน 50 เมตร นอกจากนี้ยังพบว่ามีชุกชุมมากในช่วงฤดูฝน ช่วงหลังฝนตกชุกเพราะอุณหภูมิ และความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์ แหล่งเกาะพักของยุงลายในบ้านเรือน พบว่ายุงตัวเมียเกือบทั้งหมด ชอบเกาะพักตามสิ่งที่ห้อยแขวน มีเพียงส่วนน้อยที่เกาะตามผนังหรือฝ้าบ้าน โดยส่วนใหญ่เป็นเสื้อผ้า ที่ห้อยแขวนไว้

3) แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (สิวิกา แสงธราทิพย์, 2545: 33) ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำ ที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำนั้นอาจจะสะอาดหรือไม่ก็ได้ โดยชอบน้ำฝนมากที่สุด ดังนั้นแหล่งเพาะพันธุ์ ของยุงลายบ้านส่วนใหญ่จะเป็นภาชนะขังน้ำที่มนุษย์สร้างขึ้น (Man-made Container) มักอยู่ตามโถง น้ำดื่มและน้ำใช้ที่ไม่ปิดฝาทั้งภายในและภายนอกบ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้าน พบว่าส่วนใหญ่เป็นภาชนะขังน้ำภายในบ้าน นอกจากนี้ยังมีภาชนะอื่น ๆ เช่น บ่อซิเมนต์ในโถงน้ำ

จานรองขาตู้ จานรองกระถางต้นไม้ แจกัน ขางรถยนต์ ไห เป็นต้น เศษภาชนะ เช่น โอ่งแตก เศษกระป๋อง กะลา เป็นต้น ในยุคลายสวนส่วนใหญ่มักเพาะพันธุ์อยู่ในแหล่งเพาะพันธุ์ธรรมชาติ (Natural Container) จึงขอบวางไข่นอกบ้านตามกาบของใบพืชจำพวก มะพร้าว กกล้วย ปลับพลึง บอน ถ้วยรองน้ำยาง โปรงไม้ กะลา กระบอกไม้ไผ่ เป็นต้น สำหรับแหล่งเพาะพันธุ์ส่วนใหญ่ ในโรงเรียนพบว่า เป็นบ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ และแจกันปลูกต้นไม้ต่าง และบางการศึกษาพบว่า ยุคลาย สามารถวางไข่ได้ในท่อระบายน้ำโสโครก และมีการเจริญเติบโตได้ตามปกติเช่นเดียวกับในน้ำสะอาด (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544: 40)

4) การแพร่กระจายของยุงลายในประเทศไทย (สิวิกา แสงธราทิพย์, 2545: 33-34) เนื่องจาก มีความเชื่อว่ายุงลายบ้านมีถิ่นกำเนิดเดิมอยู่ในทวีปแอฟริกา ต่อมาได้แพร่ไปยังประเทศต่าง ๆ โดยติดไปกับพาหนะที่ใช้ในการคมนาคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางเรือ สำหรับในประเทศไทย ไม่มีการยืนยันที่แน่นอนว่าได้เข้ามาแพร่พันธุ์ตั้งแต่เมื่อใด แต่มีปรากฏในวารสารวิทยาศาสตร์ เกี่ยวกับการพบยุงลายในประเทศไทยเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2450 โดยเข้าใจว่าในระยะแรก อยู่ในเฉพาะเขตเมืองใหญ่ ต่อมาในปี พ.ศ. 2508 รายงานระบุว่าพบยุงลายอยู่ทั่วไปทุกเมืองรวมทั้ง ในชนบท ตามภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย ยกเว้นแต่ในชนบทที่แยกตัวออกจากเส้นทางคมนาคม เท่านั้น และพบว่าจะถูกจำกัดด้วยความสูงของพื้นที่ คือ จะไม่พบยุงลายบ้านที่ความสูงเกิน 1,000 ฟุต และยุงลายสวนที่ความสูงเกิน 6,000 ฟุต แต่ก็อาจขึ้นอยู่กับอุณหภูมิของแต่ละภูมิภาคว่าจะเอื้ออำนวยต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลายด้วยหรือไม่

2.2.9 การควบคุมและป้องกันยุงลาย

1) การควบคุมและกำจัดยุงลาย ในที่นี้ หมายถึง การกำจัดขุณทรีย์ไม่ให้มีลูกน้ำยุงลายในภาชนะ ขังน้ำใด ๆ และการทำลายให้ยุงลายหมดสิ้นไป

โดยยุงลายในประเทศไทยที่เป็นพาหะนำโรคใช้เลือดออก ได้แก่ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) โดยที่แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายทั้งสองชนิดแตกต่างกัน คือ ยุงลายบ้านส่วนใหญ่จะเป็นภาชนะขังน้ำที่มนุษย์สร้างขึ้น ส่วนยุงลายสวนส่วนใหญ่ มักเพาะพันธุ์อยู่ในแหล่งเพาะพันธุ์ธรรมชาติ

วิธีการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายมีหลายวิธี จึงควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับประเภท ของแหล่งเพาะพันธุ์ที่พบยุงลาย โดยต้องพิจารณาทั้งในด้านความปลอดภัยต่อมนุษย์ สัตว์และ สิ่งแวดล้อม ด้านความสะดวก และงบประมาณ เป็นต้น ซึ่งบางแหล่งอาจใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่งก็สามารถ ควบคุมและกำจัดยุงลายได้ เช่น การใส่ปลาหางนกยูงลงในอ่างบัว เป็นต้น แต่บางแหล่งจำเป็นต้องใช้

วิธีการหลาย ๆ วิธีร่วมกัน เป็นการบริหารจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management หรือ IVM) เช่น ยางรถยนต์เก่าที่มีเป็นจำนวนมาก บางส่วนอาจไปดัดแปลงใช้ประโยชน์ได้ทันที เช่น ปลูกดอกไม้ ในขณะที่บางส่วนรอการดัดแปลง เช่น การทำเก้าอี้ ถึงขณะ จึงต้องเก็บในที่รุ่มคลุมปกปิดให้มีมิดชิด หากมีจำนวนมากเกินไปก็จำเป็นต้องพ่นสารเคมีหรือสารชีวภาพกำจัดยุงลาย เป็นต้น ดังนั้นวิธีการควบคุมและกำจัดยุงลายที่สำคัญมี 3 วิธี ดังนี้ (สัวิกา แสงธราทิพย์, 2545: 36-66)

(1) วิธีทางกายภาพ (Physical Control) ได้แก่ (สัวิกา แสงธราทิพย์, 2545: 36-40)

ก. การปิดปากภาชนะเก็บน้ำ โดยใช้ผ้าตาข่ายไนล่อน ฝาอลูมิเนียม หรือ วัสดุอื่นใดที่สามารถปิดปากภาชนะเก็บน้ำนั้นได้อย่างมิดชิดจนยุงลายไม่สามารถเล็ดลอดเข้าไปวางไข่ได้

ข. การหมั่นเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน วิธีนี้เหมาะสำหรับภาชนะเล็ก ๆ ที่เก็บน้ำได้ไม่มาก เช่น แจกันดอกไม้ รวมถึงภาชนะประเภทและขวดประเภทต่าง ๆ ที่ใช้ปลูกเลี้ยงต้นไม้ต่าง ๆ เช่น พลูด่าง ออมทอง เป็นต้น

ค. การเติมน้ำเดือดจัด ๆ ทุก 7 วัน วิธีนี้ใช้ได้กับถ้วยรองขาตู้กันมดและแมลง

ง. การใช้กระชอนช้อนลูกน้ำ เพื่อลดจำนวนลูกน้ำยุงลายในโอ่ง บ่อซีเมนต์ ในห้องน้ำ ห้องส้วม ให้น้อยลงมากที่สุดอย่างรวดเร็ว

จ. การใส่ทรายธรรมชาติในจานรองกระถางต้นไม้ โดยใส่ลึกลงประมาณ 3 ใน 4 ส่วนของความลึก เพื่อให้ทรายดูดซึมน้ำส่วนเกินจากการรดน้ำ ซึ่งเหมาะกับกระถางที่ใหญ่และหนัก ส่วนกระถางเล็ก ๆ นั้นใช้เท่านี้ทุก 7 วัน

ฉ. การเก็บทำลายเศษวัสดุ ที่ไม่ใช่แล้ว เช่น ขวด ไห กระจบอง ยางรถยนต์เก่า เป็นต้น หรือปกคลุมให้มีมิดชิดเพื่อไม่ให้รองรับน้ำได้ ส่วนการดัดแปลงให้ใช้ประโยชน์ในรูปแบบอื่นได้นั้น นับว่าเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากแต่ไม่ควรให้มีน้ำขังได้

ช. การกลบ ถม หรือการระบายน้ำ ใช้ในกรณีที่ในบริเวณที่ปลูกต้นไม้ด้วยดินเหนียว มีความแน่น เมื่อเกิดเป็นแอ่งหลุมมีน้ำขัง ทำให้ยุงลายสวนสามารถเพาะพันธุ์ได้ หรือได้ชายคา หรือบริเวณรอบ ๆ บ้านที่เป็นหลุมซึ่งสามารถมีน้ำขังได้ ให้หมั่นตรวจตราดูแลเป็นประจำสม่ำเสมอ

ซ. การใช้ Polystyrene Beads ในบ่อหรือถังเก็บน้ำขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นวัสดุที่มีความสามารถลอยและกระจายอยู่บนผิวน้ำได้อย่างมิดชิดไม่มีช่องว่าง หากใช้จำนวนมากให้คลุมผิวน้ำอย่างสมบูรณ์จะทำให้ลูกน้ำยุงลายไม่สามารถขึ้นมาหายใจได้ และตายในที่สุด

ฌ. การใช้ขันดักลูกน้ำ ลอยไว้ในโอ่งหรือบ่อซีเมนต์ที่ปิดฝาไม่ได้ โดยจะใช้วิธีที่เมื่อลูกน้ำจะต้องขึ้นมาหายใจจะเข้าไปหลบในเงามืดใต้ขัน และถูกดูดเข้าไปในปากกรวย และออกมาอยู่ในขันน้ำ แล้วเราก็สามารถหมั่นมาเททิ้งได้

(2) **วิธีทางชีวภาพ (Biological Control)** เนื่องจากสิ่งมีชีวิตเป็นศัตรูตามธรรมชาติของยุงลาย ซึ่งบางชนิดเป็นตัวห้ำ (Predator) และบางชนิดเป็นตัวเบียน (Parasite) การนำสิ่งมีชีวิตเหล่านั้นมาใช้ประโยชน์ในการกำจัดยุงลายจึงมีประสิทธิภาพดีในหลาย ๆ พื้นที่ ได้แก่ (สิวิกา แสงธราทิพย์, 2545: 45-51)

ก. ลูกน้ำยุงยักษ์ (*Toxorhynchites spp.*) มีศักยภาพในการกินลูกน้ำยุงลายดีมากในทุกๆ ระยะของการเปลี่ยนแปลงลูกน้ำของยุงลาย ซึ่งสามารถกินลูกน้ำยุงลายได้ตั้งแต่หลักสิบไปจนถึงหลักร้อยในแต่ละวัน ซึ่งขึ้นกับระยะของการเปลี่ยนแปลงของลูกน้ำ และสามารถกำจัดได้นานหลายสัปดาห์ แต่ในเขตเมืองต้องนำไปปล่อยในแหล่งน้ำเป็นระยะ ๆ เนื่องจากขาดแหล่งอาหารในตัวเต็มวัย และการเพาะเลี้ยงให้ได้จำนวนมากนั้นค่อนข้างสิ้นเปลืองเวลาและแรงงานด้วย

ข. ปลากินลูกน้ำ (Larvivorous Fish) ในประเทศไทยมีอยู่หลายชนิด เช่น ปลาหางนกยูง (*Poecilia spp.*) และปลาแกมบูเซีย (*Gambusia spp.*) เป็นต้น ซึ่งเป็นที่นิยมและแพร่หลายมาก ซึ่งสามารถเลี้ยงไว้ได้ในทุกภาชนะ ซึ่งไม่ทำให้น้ำสกปรกและมีกลิ่นคาว บางท้องถิ่นอาจใช้ปลากัด ปลาซอด ปลาหัวตะกั่ว หรือปลาตะเพียนก็ได้

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

ง. ไรน้ำจืด (Cyclopoid copepods) มีหลายชนิด บางชนิดเท่านั้นที่สามารถกินลูกน้ำยุงลายได้ โดย 1 ตัวสามารถกินลูกน้ำยุงลายระยะที่ 1-2 ได้ 15-20 ตัววัน

จ. โพรโตซัว บางชนิด เช่น *Ascogregarina culicis* เป็นปรสิตของยุงลาย โดยลูกน้ำจะกินเข้าไปแล้วมีผลต่อการรอดชีวิต โดยจะทำให้ตายหรือแคระแกร็น และย่นระยะเวลาการเจริญเติบโตด้วย

ฉ. เชื้อรา หลายชนิด เช่น *Metarhizium anisopliae* และ *Tolypocladium cylindrosporium* โดยจะเข้าไปเจริญเติบโตในตัวลูกน้ำ แล้วผลิตสารพิษ ชื่อว่า Depsipeptidase Destruxin B เพื่อฆ่าลูกน้ำ

ช. ตัวอ่อนแมลงปอ เป็นตัวห้ำ (Predator) กินลูกน้ำและสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กอื่น ๆ ที่อยู่ในน้ำเป็นอาหาร

ซ. แมลงบางชนิด เช่น ค้างคิง มวนวน มวนกรรเชียง อาศัยอยู่ในแหล่งน้ำธรรมชาติต่าง ๆ รวมทั้งที่มนุษย์สร้างขึ้น มักพบในชนบทมากกว่าเขตเมือง และเป็นศัตรูตามธรรมชาติของลูกน้ำยุงลาย

ฉ. ไข่เดือนฝอย (Mermithid Nematodes) เป็นตัวเบียนของลูกน้ำ โดยตัวอ่อนจะเข้าไปอาศัยอยู่ในส่วนอกของลูกน้ำ เมื่อเจริญเติบโตได้ระยะหนึ่งแล้วก็จะไชออกมาทำให้ลูกน้ำตาย

กล่าวโดยสรุปได้ว่าในจำนวนศัตรูทางธรรมชาติที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น การใช้ปลากินลูกน้ำจะเป็นวิธีการที่ได้ผลที่ สะดวก และประหยัดมากที่สุด เนื่องจากแพร่พันธุ์ง่าย กินลูกน้ำเก่ง มีชีวิตได้เกือบทุกสภาพน้ำ และทนทานต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมได้ค่อนข้างดี

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

ก. การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ เป็นทรายที่เคลือบสารเคมีในกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต ใช้ใส่ในน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย อัตราส่วน 1 กรัมต่อน้ำ 10 ลิตร ออกฤทธิ์ได้นานประมาณ 3 เดือน มีความปลอดภัยสูงต่อคนและสัตว์ โดยองค์การอนามัยโลก ยอมรับให้ใช้น้ำดื่มได้ก็ตาม แต่ก็มียาค่าค่อนข้างสูง และหาซื้อได้ยากในท้องตลาด ดังนั้นจึงควรใช้เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น โดยให้ใช้วิธีทางกายภาพและชีวภาพ เสียก่อน

ข. เกลือแกง น้ำส้มสายชู ผงซักฟอก หรือน้ำยาซักล้างทั่วไป โดยทั้งสี่อย่างนี้เป็นของใช้ประจำครัวเรือนที่มีอยู่ทั่วไป โดยใช้ใส่ในภาชนะขังน้ำทั่วไป เช่น ใส่ในจานรองขาตู้กับข้าว มีฤทธิ์ทำลายลูกน้ำยุงลายได้ดี แต่ก็ต้องใช้ให้มีความเข้มข้นที่เหมาะสม

ค. การใช้สารยับยั้งการเจริญเติบโต (Insect Growth Regulator หรือ IGR) เช่น Methoprene เป็นต้น

2) การป้องกันและกำจัดยุงลาย คือ การกั้นหรือด้านทานไว้ไม่ให้มียุงลายในบ้าน รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการถูกยุงลายกัด และหากพบว่ามียุงลายในบ้านจะต้องทำการขับไล่หรือทำให้หมดสิ้นไป วิธีการป้องกันและกำจัดยุงลายมีหลายวิธีดังต่อไปนี้ (WHO 1997 อ้างถึงใน สุจิตรา นิมนานันต์, 2545: 15-20)

(1) การป้องกันไม่ให้ยุงลายกัด หากทำได้ควรปิดประตูหน้าต่างด้วยมุ้งลวด ตรวจสอบห้องนอน ผ้าเปดาน ไม้ให้มีช่องให้ยุงบินเข้ามาได้ นอกจากนี้ควรเก็บสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เสื้อที่ใส่แล้วควรเก็บซักทันที หรือนำไปผึ่งแดดลมนอกบ้าน เวลากลางวันควรนอนในมุ้ง อาจใช้ยาทาป้องกันยุงหรือทาสารที่มีคุณสมบัติไล่ยุง หรือวิธีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ก. นอนในมุ้ง ทั้งกลางวันและกลางคืน

ข. สวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และควรใส่เสื้อสีอ่อน ๆ ไม่ควรเป็นชุดรัดรูป เพื่อป้องกันยุงกัด

ค. ใช้สารไล่ยุง (Mosquito Repellents) โดยส่วนใหญ่มีสารออกฤทธิ์จำพวก Deet (N, N-Diethyl-m-toluamide) ในระดับความเข้มข้นที่ต่างกัน มีหลายรูปแบบ เช่น

- ชนิดขด (Mosquito Coil) ชนิดแผ่น (Mat) และชนิดน้ำ (Liquid หรือ Plug-in Vaporising Device) ต้องใช้ความร้อนช่วยในการระเหยสารออกฤทธิ์

- ชนิดทาผิว อาจอยู่ในรูปของเหลว (Cream หรือ Lotion) ู้น (Gel) ของเหลว คล้ายน้ำ (Liquid) น้ำมัน (Oil) และแป้ง (Talcum Poder) สารออกฤทธิ์หลักมีทั้งสารเคมีที่สังเคราะห์ขึ้น จำพวก Deet ต้องใช้อย่างระมัดระวังเพราะร่างกายอาจเกิดการแพ้ได้ และจำพวกที่เป็นสารสกัดจากพืชธรรมชาติที่มีกลิ่นที่มีคุณสมบัติที่ยุงไม่ชอบ (Repellent) ทำให้ยุงบินหนีไป เช่น ตะไคร้หอม มะกรูด ไพลเหลือง สะระแหน่ กระจับปี่ กะเพรา ว่านน้ำ แมงลัก ต้นยูคาลิปตัส และแอฟริกัน เจอราเนียม (African Geranium) ซึ่งมีความปลอดภัยสูงกว่าสารเคมี

- สารไล่ยุงชนิดชุบเสื้อผ้า ทารองเท้า ชุบมุ้ง เป็นต้น อันได้แก่ Pemethrin ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นทั้งสารไล่ยุงและสารกำจัดยุงด้วย ส่วน Deet ก็ใช้ชุบฉีดพ่นเสื้อผ้า แถบรัดข้อมือ (Wrist Band) ตลอดจนวัสดุปูพื้น (Patio Grid) ได้เช่นกัน

(2) การกำจัดยุงลาย ประกอบไปด้วย

ก. การใช้สารเคมีในครัวเรือน เป็นวิธีที่ง่ายเพราะมีจำหน่ายทั่วไป มีราคาข้อมเยาว่า ปัจจุบันมีทั้งสูตรน้ำมัน (Oil Based) และชนิดสูตรน้ำ (Water Based) ซึ่งจะปลอดภัยต่อคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมมากกว่า รวมทั้งไม่ทำให้เครื่องเรือนและสิ่งของเปื้อนด้วย

ข. การใช้เครื่องพ่นสารเคมีกำจัดแมลง มักใช้ในองค์กรหรือหน่วยงานของรัฐ เพราะต้องควบคุมพื้นที่บริเวณกว้าง และมีครัวเรือนจำนวนมาก เพื่อควบคุมและป้องกันการระบาดให้ได้ ในเวลาอันรวดเร็ว เป็นการพ่นสารเคมีให้ถูกตัวเต็มวัย โดยที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้มีดังนี้

- เครื่องพ่นฝอยละเอียด ULV (ULV Cold Fog Generator) สิ่งสำคัญที่สุดคือ ขนาดเม็ดน้ำยา อยู่ที่ 5-27 ไมครอน และมีค่า VMD เท่ากับ 27 ไมครอน ซึ่งเป็นละอองน้ำยาที่มีฝอยละเอียด (Aerosol) จะใช้ได้ผลดีกว่าเครื่องพ่นฝอยละเอียดเนื่องจากสามารถฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศได้ดี และนานมากกว่า

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

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

ก. การใช้อุปกรณ์กำจัดยุง เช่น

- ชนิดที่เป็นกับดักไฟฟ้า ใช้ไฟบ้าน 220 โวลต์ โดยหลักการคือใช้แสงไฟล่อให้ยุงบิน เข้าไปหากับดัก เมื่อยุงบิน ไปถูกซี่กรงที่มีไฟฟ้ายิ่งจะถูกไฟฟ้าช็อตตาย

- อุปกรณ์กำจัดยุงไฟฟ้าแบบใช้แบตเตอรี่ (ถ่านไฟฉาย) มีรูปร่างคล้ายไม้เทนนิส แต่ใช้เส้นลวดซึ่ง เมื่อเปิดสวิตช์ก็จะมีกระแสไฟฟ้าไหลผ่าน ผู้ใช้จะต้อง โบกให้ถูกตัวยุงก็จะตาย

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นเป็นการกล่าวถึง แนวคิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทฤษฎีการจูงใจเพื่อการป้องกันแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE Frame Work และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 แนวคิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยหน่วยงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ หรืออาจเกิดผลเพียงช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เท่านั้น ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนก็มีความสำคัญมาก เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในระยะยาวอย่างยั่งยืน โดยมีแนวคิดของการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้ (สาลีณี เช่นเสถียร, 2545: 123-125)

1) รูปแบบของการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน

- (1) การรณรงค์ โดยการระดมความร่วมมือของผู้นำชุมชน นักเรียน กลุ่มกิจกรรม และประชาชน เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายในชุมชนเป็นครั้งคราวหรือในเทศกาลต่าง ๆ
- (2) การร่วมมือกับโรงเรียน ในการสอนให้นักเรียนมีความรู้ในเรื่องการควบคุมยุงลาย และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน โดยอาจทำอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นครั้งคราว
- (3) การจัดหาทรายกำจัดลูกน้ำมาจำหน่ายในราคาถูกลง หรือการแจกโดยไม่คิดราคา อาจจัดอาสาสมัครไปสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามบ้านเรือน และใส่ทรายกำจัดลูกน้ำให้เป็นประจำ

2) องค์ประกอบของความร่วมมือแบบผสมผสานในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

- (1) ด้านสาธารณสุข ให้สุศึกษา สนับสนุนเคมีภัณฑ์และการควบคุมโรค
- (2) ด้านการศึกษา สอนการควบคุมโรคและกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- (3) ด้านการปกครอง ให้การสนับสนุนผ่านทางเครือข่ายการปกครองท้องถิ่น
- (4) ด้านประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค และกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตื่นตัวในการควบคุมโรค
- (5) ด้านเอกชน ให้การสนับสนุนทรัพยากร หรือเข้าการร่วมในกิจกรรมในชุมชน

3) ขั้นตอนของการทำงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน มีดังนี้

- (1) ต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน
- (2) เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน
- (3) เน้นความพอเพียง มีแหล่งทุนเท่าใดใช้เท่านั้น
- (4) เน้นการเรียนรู้ร่วมกัน และความร่วมมือแบบเครือข่าย
- (5) มีความร่วมมือร่วมใจกัน
- (6) มีการระดมสมองร่วมกัน
- (7) ระดมทรัพยากรในชุมชน
- (8) ต้องทำให้เป็นรูปธรรม
- (9) มีการประสานสัมพันธ์กับองค์กรภายนอก
- (10) เน้นความต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

4) การสร้างพลังให้กับชุมชนในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก การสร้างพลัง (Empowerment) ให้กับชุมชน ทำให้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ตามบทบาท

ที่คาดหวังไว้ องค์กรชุมชน แกนนำ อาสาสมัครในชุมชน และประชาชนทั่วไป จะมีพลังในดำเนินการเรื่องหนึ่งเรื่องใดที่เป็นปัญหาหรืองานของชุมชนเองได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรือสร้างขึ้นมา โดยประกอบด้วยพลัง 4 ประการ คือ (รุ่งกานต์ ศรีลัมภ์ และสิริกุล วงษ์ศิริโสภาคย์, 2545: 130)

- (1) พลังในการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน
- (2) พลังในการคิดค้นหาแนวทาง หรือกลวิธีในการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามสถานการณ์ของแต่ละชุมชน
- (3) พลังในการดำเนินการแก้ปัญหาตามแผน และวิธีการที่กำหนดขึ้นโดยชุมชน
- (4) พลังในการประเมิน หรือรับรู้ความสำเร็จของการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหของชุมชนด้วย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จอีกประการหนึ่ง ในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนคือจะต้องให้ประชาชนเหล่านั้นได้เกิดการเรียนรู้ 3 ประการ คือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544: 63)

1. ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค และการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค
2. ทักษะในการปฏิบัติซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการควบคุมโรค รวมทั้งทักษะในการถ่ายทอดสื่อสาร สร้างจิตสำนึก และแรงจูงใจ
3. จิตสำนึกในความรับผิดชอบของประชาชนแต่ละครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค

สรุปได้ว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในการดำเนินการในรูปแบบดังกล่าวนี้ เพื่อให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยเน้นถึงปัจจัยสำคัญ คือ ความครอบคลุม ความสม่ำเสมอ และความต่อเนื่อง โดยเน้นไปในกลวิธีการสร้างพลังให้กับชุมชนนั่นเอง

2.3.2 ทฤษฎีการจูงใจเพื่อการป้องกัน (Protection Motivation Theory)

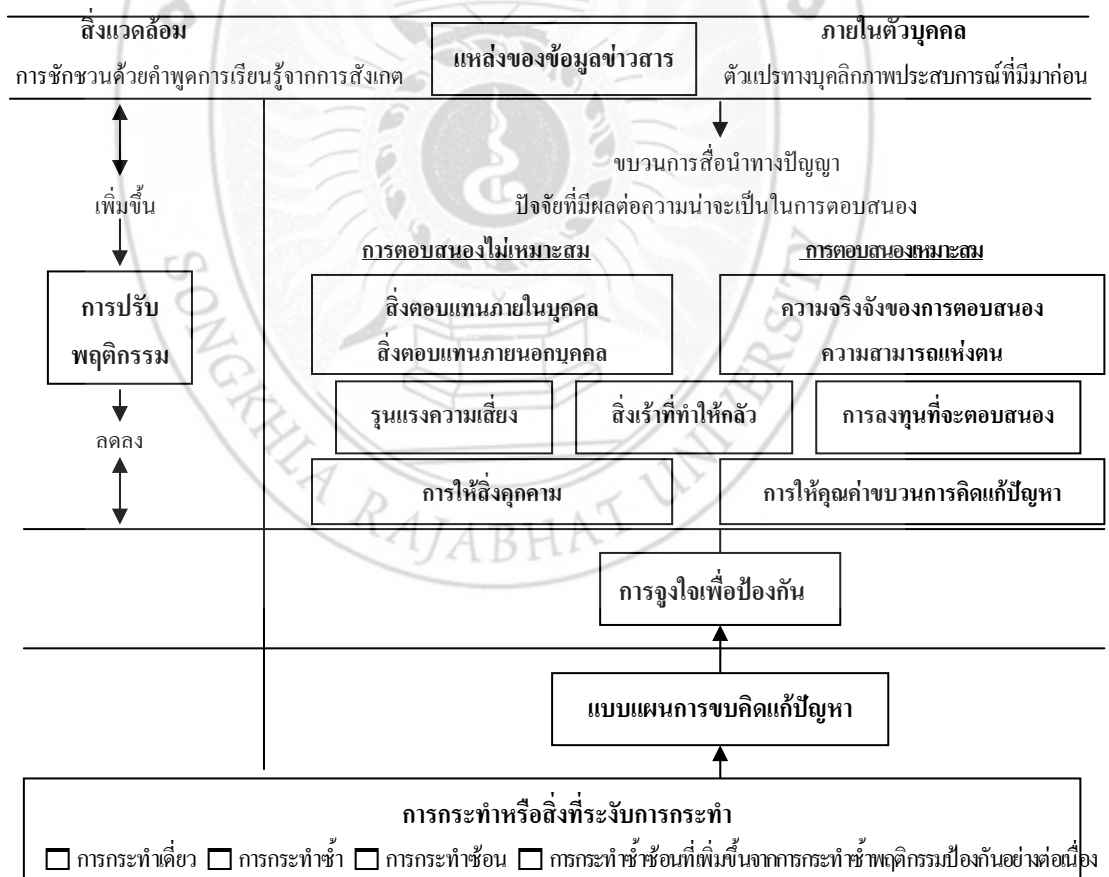
กล่าวได้ว่าเป็นทฤษฎีที่มีลักษณะและหลักการเดียวกันกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้ทำการพัฒนาขึ้นมาก็เพื่อช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความกลัวของบุคคลที่มีพื้นฐาน

จากการตอบสนองเบื้องต้น ทางด้านพุทธิปัญญาของเอกัตตบุคคล 2 ประการด้วยกัน คือ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542: 72-73)

1) การให้คุณค่าเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร ในด้านที่เป็นความรู้หรือประสบการณ์ด้านสุขภาพ เน้นความสำคัญในเรื่องระบบข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าให้บุคคลได้ใช้สติปัญญานึกคิด แก้ปัญหา หรืออาจจะทำให้คนรู้สึกลัวหวาดกลัว ส่งผลมายังพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค อุบัติเหตุหรือสิ่งที่เป็นอันตราย

2) การให้ความสำคัญต่อสิ่งคุกคามและขบวนการแก้ปัญหาของบุคคล เพื่อให้คิดแก้ปัญหา ในสิ่งที่กำลังคุกคาม ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดของการตอบสนอง อาจเป็นได้ทั้งปัจจัย ภายในหรือภายนอกร่างกายของบุคคล ในขบวนการแก้ปัญหาเป็นปัจจัยกำหนดว่าจำเป็นหรือไม่ ที่บุคคลนั้นต้องปรับท่าทีการตอบสนอง ดังต่อไปนี้

ทฤษฎีการจูงใจบุคคลเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันทางสุขภาพ



ภาพที่ 3 ทฤษฎีการจูงใจบุคคลเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันทางสุขภาพ

ที่มา: Roger 1975 อ้างถึงใน วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542: 74

2.3.3 แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE Frame Work

เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย มีสมมติฐานว่า พฤติกรรม สุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมนั้น ต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อน โดยอาศัยกระบวนการ และวิธีการต่าง ๆ ร่วมกันเพื่อใช้ในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมทรง รักษ์เผ่า และสรงศ์กัญณ์ ดวงคำสวัสดิ์, ม.ป.ป.: 24-25)

คำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Cause in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแบบจำลองนี้สร้างโดย Green and Kreuter (1991 อ้างถึงใน วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542: 103) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับกรอบการดำเนินงานวางแผน โครงการส่งเสริมสุขภาพว่า ประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่

1) **ระยะการวินิจฉัย** หรือการประเมินในด้านความต้องการจำเป็น เรียกระยะนี้ว่า PRECEDE ย่อมาจาก ปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing) ปัจจัยเอื้อ (Enabling) การวินิจฉัย การศึกษา (Education Diagnosis) และการประเมิน (Evaluation) หมายถึง การประเมินผลและวินิจฉัย สาเหตุของพฤติกรรม อันเนื่องมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมแรงและปัจจัยเอื้อ

2) **ระยะการพัฒนาการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ** เรียกระยะนี้ว่า PROCEED ย่อมาจาก นโยบาย (Policy) กฎข้อบังคับ (Regulatory) การจัดการองค์กร (Organizational Constructs) และการพัฒนา การศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Educational and Environmental Development) หมายถึง การกำหนด นโยบาย กฎข้อบังคับ จัดองค์กร เพื่อพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม

การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE นับเป็นการเริ่มจากผล (Output) ได้แก่ สภาวะสุขภาพย้อนกลับไปยังที่เหตุ (Input) ได้แก่ ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ โดยการแบ่ง ขั้นตอนการทำงานออกเป็น 5 กระบวนการ ดังนี้ (สมทรง รักษ์เผ่า และสรงศ์กัญณ์ ดวงคำสวัสดิ์, ม.ป.ป.: 27-34)

1) **การวินิจฉัยทางสังคม** เป็นกระบวนการแรกเริ่มของการดำเนินการ เน้นถึงการพิจารณา และวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่างๆ ของกลุ่มประชากรหรือชุมชนว่า ลักษณะ และปัญหาต่าง ๆ ในสังคมหรือชุมชน ที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินการเป็นอย่างไร ปัญหาต่าง ๆ ในอดีต ที่เป็นปัจจุบันและที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นไปในลักษณะใด มีขอบเขตและความรุนแรง

ของปัญหาแต่ละอัน และปัญหาที่มีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันอย่างไรบ้าง ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้ จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากร

2) การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis) เป็นด้านการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือมีผลกระทบมาจากปัญหาสังคมหรือกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้ว หรือการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมขึ้นใหม่โดยวิธีการต่าง ๆ และวิเคราะห์ตามหลักการทางด้านวิทยาการระบาด จะบ่งชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพความชุกชุมของโรค หรือการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ การกระจายของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ เวลา และการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ โดยการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลสิ่งทำให้เกิดโรคและสภาพแวดล้อม การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ จะช่วยให้จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานกิจกรรม และการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

3) การวินิจฉัยทางพฤติกรรม (Behavioral Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ หรือสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคลและปัญหาสุขภาพที่มีได้เกี่ยวข้องหรือมีได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ว่าปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่มีพฤติกรรมของบุคคลในการทำให้เกิดปัญหานั้น เป็นไปในลักษณะใดมากน้อยแค่ไหน และมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่น ๆ ในปัญหาเดียวกันหรือในปัญหาอื่น ๆ อย่างไร พฤติกรรมที่วิเคราะห์ได้เป่าหมายสำคัญในการดำเนินงานสุขภาพ ที่จะต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงโดยกำหนดแนวทางสำคัญที่จะทำให้วัตถุประสงค์และเป้าหมายให้บรรลุไปได้

4) การวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) เป็นด้านการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่ผลต่อผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุขภาพที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ก็ได้กลายเป็นจุดอ่อนของงานสุขภาพที่ผ่านมา ทั้งในอดีตและปัจจุบันตามหลักพฤติกรรมศาสตร์นั้น พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

(1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ปัจจัยนำเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลรวมเอาสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ในด้านความรู้ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กันกับแรงจูงใจภายในหรือกลุ่มคนที่นำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยประเภทนี้เกิดจากการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการสร้างค่านิยมที่บุคคลได้รับทั้งในทางตรง

และทางอ้อม หรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ปัจจัยดังกล่าวนี้อาจจะช่วยเหลือขัดขวางยับยั้งการเกิด หรือการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมก็ได้แล้วแต่ระดับและทิศทางของปัจจัย

(2) **ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)** เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้ง ไม่ให้เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ปัจจัยด้านบุคคล

(3) **ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)** เป็นการสร้างเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำ เป็นปัจจัยภายนอก ที่มาจากคนหรือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับ พฤติกรรมสุขภาพนั้น ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง การตำหนิ และการลงโทษ ด้วยเหตุนี้ การวางแผนการดำเนินงาน จึงต้องทำการพิจารณา วิเคราะห์ และใช้กลวิธีการสร้างหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสริม ให้เสริมแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรม

5) **การวิเคราะห์เลือกกลวิธีการศึกษา** เป็นการวิเคราะห์ถึงแนวทาง และกระบวนการ ที่จะใช้ในการสร้างปัจจัยหรือเปลี่ยนแปลงปัจจัยตามกระบวนการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต้องใช้กลวิธีที่แตกต่างกันออกไป ต้องพิจารณาเลือกวิธีการ ทางสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ที่จะสามารถไปมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่าง ๆ

6) **การวินิจฉัยทางการบริหาร (Administrative Diagnosis)** เป็นกระบวนการบริหารจัดการ วิเคราะห์ประเมินปัญหาด้านการบริหารจัดการด้านงบประมาณ และปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรค ต่อการดำเนินงาน ให้เหลือน้อยที่สุดและเพื่อส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จและมีผลกระทบในด้านดี ให้มากที่สุด

7) **การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation)** เป็นกระบวนการที่แทรกอยู่ตามระยะต่าง ๆ ในกรอบแนวคิด เป็นส่วนของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มวางแผน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนไว้ตั้งแต่แรกและต่อเนื่อง

2.3.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติของผู้ป่วยตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้ (Caplan, 1974 อ้างถึงใน เทพฤทธิ์ ขวานิลรัตน์, 2545: 53-55)

1) องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

- (1) จะต้องมี การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการสนับสนุน
- (2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

ก. ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่า ตนมีความเอาใจใส่ และมีความรักความหวังดี ในตนอย่างจริงจัง

ข. ข้อมูลข่าวสารนั้นที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนมีค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

ค. ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่า ตนเป็นส่วนหนึ่งและมีประโยชน์ แก่สังคม

(3) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือด้านจิตใจ

- (4) จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

2) ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม

(1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ในด้านความพึงพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย และการกระตุ้นเตือน

(2) การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องกันในการรับรอง (Affirmation) รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุน อาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

(3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ ตักเตือนให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

- (4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

3) ระดับของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

(1) ระดับมหภาค (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วม ในสังคม โดยดูจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

(2) ระดับกลาง (Meso Level) เป็นความสัมพันธ์ที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคล ที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

(3) ระดับจุลภาค (Micro Level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมนั้นเกิดมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

สรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลในด้านการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล โดยการอาศัยปัจจัยนำเข้า โดยการใช้สื่อ และปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งมีทั้งในระดับบุคคลและสังคม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

จากประมวลผลความรู้ แนวคิด และทฤษฎีที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น กล่าวโดยสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง หากแต่ละที่และแต่ละแห่งล้วนมีแหล่งทรัพยากร องค์กร บุคลากรและความคล่องตัวที่จะจัดหารูปแบบความร่วมมือภายในท้องถิ่น ที่แตกต่างกัน จุดเริ่มต้นที่สำคัญคือ การจัดให้ฝ่ายต่าง ๆ ได้มาร่วมกันมองปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาดูด้วยกัน การผสมผสานความร่วมมือให้สำเร็จนั้นจะต้องทำร่วมกันทั้งระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ในภาครัฐก็ต้องผสมผสานระหว่างหน่วยงานราชการต่างวิชาชีพ ต่างสังกัด และต่างระดับเพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโดยประชาชนในท้องถิ่นอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้สรุปได้ว่า แนวคิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในขณะนี้ว่าเป็นวิธีป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น ต้องอาศัยระยะเวลา กลยุทธ์ และทักษะต่าง ๆ ของบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยต้องให้เกิดการบูรณาการ ผสมผสานระหว่างแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วม เช่น แรงจูงใจ แรงสนับสนุนจากสังคม และการติดต่อสื่อสาร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต่างก็เป็นแนวคิดที่สำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ตลอดจนการสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อที่จะทำให้เกิดวิถีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม และหากกระทำได้สำเร็จก็จะยังผลประโยชน์อย่างมหาศาลให้กับประชาชนในชุมชนนั้นสืบไป

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม รายละเอียดดังต่อไปนี้

เนรมิต จันทร์ทอง (2540: 68-71) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลหนองหิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกกลุ่มองค์กรทางสังคม การรับทราบข่าวสารเรื่องไข้เลือดออก ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาณัฐ นรากร (2541: 74) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี พบว่า เพศ อาชีพ ระยะเวลาการตั้งถิ่นฐานอยู่ในเขตเทศบาล และความรู้ความเข้าใจในเรื่องมูลฝอยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการจัดการมูลฝอย

พอชม นวิวัฒน์ (2543: 111-116) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ 72 พรรษา ในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ การมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี การมีสมาชิกเคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายแตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุจิตรา อังคศรีทองกุล และเพ็ญศรี ไผรัตน์ (2543: 70-75) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสาธารณสุขเขต 2 พบว่า อาสาสมัครมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรค ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความคาดหวังผลประโยชน์จากการเข้าร่วมการส่งเสริมหรือสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพิษสุนัขบ้าจากสื่อต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การพัฒนา คือ ควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อโน้มน้าวชุมชนให้มีส่วนร่วม เผยแพร่ผลงานของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนให้มากขึ้น ให้องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้น

สมหวัง ช้อนงาม (2544: 22-23) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค คือ อาชีพ สถานภาพทางสังคม ในหมู่บ้าน สื่อการ ได้รับรู้ข่าวสารเรื่องไข้เลือดออก การติดตามจาก อสม. และมาตรการของชุมชน

ดวงผา วานิชรักษ์ (2545: 116-120) ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก โดยศึกษาแบบกึ่งทดลองให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และเกิดการปฏิบัติในการป้องกันไข้เลือดออก โดยอาศัยกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน และกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของความรู้เรื่องไข้เลือดออก และการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทวารัตน์ จันทร์ (2545: 97-98) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลท่าทราย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง ความรู้ความเข้าใจของการเกิดโรคไข้เลือดออก ทักษะติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากอาสาสมัครและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อดุลย์ วรรณชาติ (2545: 58-60) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอเขมราช จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ อายุ ระยะเวลา และอาชีพ

อรวรรณ เย็นใจ (2535 อ้างถึงใน กรมอนามัย, สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2542: 153-160) ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติของประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณริมคลองกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับการกำจัดกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลภายในครัวเรือน ศึกษาเฉพาะกรณีคลองโองอ่าง พบว่า สถานภาพสมรส สมาชิกในครัวเรือน ระยะเวลาที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์เชิงลบ ในส่วนของรายได้ การรับรู้ข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลในครัวเรือน

2.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก รายละเอียดดังต่อไปนี้

ปทุม คำพิเศษ (2535: 65-68) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชาวบ้านหมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประชาชนมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค คือ เพศ และอายุ

ประภาศ ขำมาก (2538: 72-73) ศึกษาความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยที่มีผลทางสถิติกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ การได้รับการอบรม ระดับความรู้ และระดับทักษะคิด

สุวิทย์ ปานะชา (2542: 68-69) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครูอนามัยในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ศึกษาเฉพาะกรณี โรงเรียนประถมศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง มีองค์ประกอบความพร้อมทุกด้าน คือ ด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม และเจตคติ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือ การนิเทศงาน มีผลทำให้ความพร้อมของครูอนามัยแตกต่างกัน

วิโรจน์ ฤทธาธร (2543: บทคัดย่อ) ศึกษา ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อในอำเภอเมือง นครศรีธรรมราช พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ มีทักษะคิดไม่ดีต่อการดำเนินงาน และมีระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคในระดับดี ด้านปัญหาอุปสรรคพบว่า ไม่เคยได้รับการอบรม

ชัยณรงค์ สุระชัยปัญญา และคนอื่นๆ (2543: 86-90) ศึกษาการพัฒนากระบวนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาบ้านวังไผ่ ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย พบว่า การจัดบ้านเรือนไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ปล่องน้ำโสโครกลงพื้นดิน มีน้ำขังพบยุงลาย ผ้ามุ้งตาข่ายในร่อนปกปิดภาชนะ โอ่งชำระดู บางแห่งรั่วไม่แน่น บางครัวเรือนไม่ยอมใส่ทรายกำจัดลูกน้ำเนื่องจากมึกลื่นเหม็น และใส่ทรายไม่ถูกวิธี พบแหล่งเพาะพันธุ์ที่คาดไม่ถึง เช่น บ่อเกาะครัวเรือน บ่อน้ำตื้น กาบกล้วย และอัตรापวยสูงมาก ส่วนใหญ่เป็นเด็กนักเรียน ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ควบคุมโรค การแจ้งข่าวให้ชุมชนควบคุมโรคล่าช้า ข้อเสนอแนะต้องให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ มีส่วนสำคัญยิ่งในการควบคุมโรค

เสรี นพรัตน์ (2543: 72-73) ศึกษาระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า การแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกพบได้ทั่วไปทุกอำเภอ โดยเฉพาะอำเภอที่มีประชากร อยู่หนาแน่น และการคมนาคมสะดวก อุณหภูมิ ปริมาณน้ำฝน และความชื้นสัมพัทธ์ มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุญทรัพย์ ชื่อจริง (2543: 35-36) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกโรคไข้เลือดออก ตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่มีความชุก โรคต่ำมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าหมู่บ้านที่มีความชุกโรคสูง สมาชิกในครอบครัวของหมู่บ้านที่มีความชุก โรคต่ำมีการเคลื่อนย้ายสูงกว่าหมู่บ้านที่มีความชุกโรคสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธีรศักดิ์ มัคคุ้น ธนรัชต์ ขาวสุด และจำเป็น ชาญชัย (2544: 121) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษา จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความรู้ดี ในเรื่องปัจจัยของการป่วย ความรุนแรงของโรค ผลดีของการปฏิบัติ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรค เพิ่มขึ้น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค คือ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเป็นโรคและความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และแรงสนับสนุนจากครูอนามัย

รัชนี พุดขุนทด และธานินทร์ สุทธิประเสริฐ (2545: 73) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัด สุพรรณบุรี พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตน คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ การศึกษา สภาพแวดล้อมรอบ ๆ บ้าน ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ และปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ ทักษะความรู้

สุวัฒน์ ปัญจทุมม สกฤตลักษณ์ ผากอง และมานพ ทองตัน (2547: 69-70) ศึกษาการ ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี พบว่า อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา และการเข้าร่วมประชุมอบรมหรือสัมมนา ที่แตกต่างกันจะทำให้ มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ความรู้เรื่องไข้เลือดออก และแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สัมพันธ์ กุลพร และคนอื่น ๆ (2548: 68) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้ปกครองเด็ก อำเภอภูซำป๋วย จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัย เสริม ได้แก่ สามีภรรยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค

สรุปได้ว่าการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมานั้น พบว่า เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกครอบครัว การรับรู้ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระยะเวลาที่อยู่อาศัย สถานภาพทางสังคม ทรัพยากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้นจะเห็นได้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีส่วนสำคัญในการกำหนดในการตัดสินใจในส่วนบุคคลเพื่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยผู้วิจัยจะนำเอาประยุกต์ใช้อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้ PRECEDE Framework ร่วมกันกับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการป้องกันโรค และทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการวิจัย ในครั้งนี้

2.4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

โดยจะกล่าวสรุปถึงปัจจัยและตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านประชากร

ในส่วนของการศึกษาปัจจัยด้านประชากรนั้นจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น พบว่ามีปัจจัยและตัวแปรที่มีแนวโน้มในการส่งผลกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดังกล่าวสรุปได้ดังต่อไปนี้

(1) เพศ

จากการศึกษาของ สุจิตรา อังคศรีทองกุล และเพ็ญศรี ไผ่รัตน์ (2543: 70-75) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครป้องกันโรค ที่พบว่า เพศ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรค เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535: 65-68) ที่ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชาวบ้านที่อาศัยในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง และ อาณัฐ นรากร (2541: 74) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบล

ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวสรุปในทำนองเดียวกันว่าเพศที่แตกต่างกันนั้นมีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมที่ได้ศึกษา เนื่องด้วยเห็นพ้องกันว่าเพศชายมักจะให้ความสำคัญและความสนใจในกิจกรรมการมีส่วนร่วมในเรื่องของการป้องกันและ

ควบคุมโรครวมทั้งการรักษาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จึงทำให้เพศชายเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาดังกล่าวนี้น้อยกว่าเพศหญิงส่วนใหญ่ที่มักเป็นแม่บ้านที่ดูแลบ้านเรือนอยู่แล้วโดยตรง

(2) อายุ

จากการศึกษาของ อดุลย์ วรรณชาติ (2545: 58-60) ที่ทำการศึกษาพบว่า อายุมีผลกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ กลุ่มอายุที่มากขึ้น มักมีแนวโน้มในการมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือมากกว่า ทั้งการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการมาร่วมประชุมให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอและให้ความสำคัญ รวมทั้งความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมาก อาจเนื่องมาจากกลัวบุตรหลานหรือบุคคลใกล้ชิดที่ต้องดูแลเจ็บป่วยและวัยที่สูงขึ้นมักจะไม่ค่อยมีงานประจำทำ โดยส่วนใหญ่ต่างอยู่ที่บ้าน ทำให้มีเวลาว่างในการให้ความสนใจกับการป้องกันและควบคุมโรคมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยที่มักมีงานประจำทำนอกบ้านและมีความสนใจและให้ความสำคัญกับเรื่องอาชีพและการหารายได้มากกว่า ซึ่งเป็นกรกล่าวไปในทำนองเดียวกัน

นอกจากนั้น สุพัฒน์ ปัญงัทม สกุลอักษร ผากอง และมานพ ทองตัน (2547: 69-70) ทำการศึกษาการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า อายุ ที่แตกต่างกัน จะทำให้มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่แตกต่างกัน ซึ่ง สุจิตรา อังศรีทองกุล และเพ็ญศรี ไผ่รัตน์ (2543: 70-75) ที่พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ซึ่งผลการศึกษานั้นสอดคล้องกับ ปทุม คำวิเศษ (2535: 65-68) ที่ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชาวบ้าน ส่วนการศึกษาของรัชนี พุดขุนทด และธานินทร์ สุธีประเสริฐ (2545: 73) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาล ที่พบผลการศึกษาในทำนองเดียวกันคือ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตน คือ อายุ

(3) อาชีพ

ผลจากการศึกษาของพอชม ฉวีวัฒน์ (2543: 111-116) ซึ่งได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระชนมายุ 72 พรรษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า อาชีพที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายแตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่อาชีพรับราชการ และรัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดีมาก รองลงมา คือ ผู้ที่มีอาชีพค้าขาย สืบเนื่องมาจากผู้ที่จบการศึกษาสูงและมีความรู้มากย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่มั่นคงและมีรายได้ดี ทำให้โอกาสทางสังคมในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพก็ต่างกันด้วย ในทำนองเดียวกันกับ อาณัติ นรากร (2541: 74) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการจัดการขยะมูลฝอย ในเขตเทศบาลตำบล

นอกจากนั้น อุดลย์ วรรณชาติ (2545: 58-60) ที่ได้ทำการศึกษาร่วมกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า อาชีพทำนา มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยให้เหตุผลว่าอาชีพทำนาเป็นอาชีพที่อิสระ ซึ่งจะมีเวลาว่างในการมีส่วนร่วมได้มากกว่าอาชีพอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมหวัง ช้อนงาม (2544: 22-23) ที่พบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

(4) ระดับการศึกษา

ในส่วนตัวแปรนี้ เนรมิต จันทร์ทอง (2540: 68-71) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีส่วนร่วมมากกว่า ซึ่งการศึกษานั้นทำให้คนมีระดับความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกัน และเห็นถึงความสำคัญที่จะเข้ามามีส่วนร่วมแตกต่างกัน สอดคล้องกับ สุพัฒน์ ปัญจมทุม สกุลลักษณ์ ผาทอง และมานพ ทองตัน (2547: 69-70) พบว่า วุฒิการศึกษา ที่แตกต่างกันจะทำให้มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปในทำนองเดียวกันกับ พอชม จวีวัฒน์ (2543: 111-116) ซึ่งได้ทำการศึกษาร่วมกันของชุมชนต่อ โครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระชนมายุ 72 พรรษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายแตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เช่นเดียวกันกับ สุจิตรา อังครีทองกุล และเพ็ญศรี ไผรัตน์ (2543: 70-75) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครป้องกันโรค และ รัชณี พุดขุนทด และชานินทร์ สุธิประเสริฐ (2545: 73) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาล

(5) รายได้ของครอบครัว

จากการศึกษาของ สุจิตรา อังครีทองกุล และเพ็ญศรี ไผรัตน์ (2543: 70-75) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรค ได้แก่ รายได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ รัชณี พุดขุนทด และชานินทร์ สุธิประเสริฐ (2545: 73) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลเมือง พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตน คือ ปัจจัยนำ ด้านความเพียงพอของรายได้

(6) ระยะเวลาที่อยู่อาศัย

จากการศึกษาของ อาณัติ นรากร (2541: 74) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบล พบว่า ระยะเวลาการตั้งถิ่นฐานอยู่ในเขตเทศบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่นเดียวกับ พลเกด อินตา (2547:76) ที่พบว่า ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน และ อรรรรณ เย็นใจ (2535 อ้างถึงใน กรมอนามัย, สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2542: 153-160) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติของประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณริมคลองเกี่ยวกับการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลภายในครัวเรือน พบว่า ระยะเวลาที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลในครัวเรือน ซึ่งกล่าวว่าระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนของบุคคลต่างกันั้น มีผลถึงความรักและความผูกพันต่อท้องถิ่นที่ถิ่นฐานที่ตนอาศัยอยู่แตกต่างกัน ทำให้การมีส่วนร่วมในการพัฒนาให้ท้องถิ่นที่ตนอาศัยอยู่นั้นแตกต่างกันตามไปด้วย โดยที่ผู้ที่มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่มากกว่าจะมีส่วนร่วมมากกว่าตามไปด้วย

(7) การเป็นสมาชิกกลุ่มองค์กรทางสังคม

จากการศึกษาของ เนรมิต จันทร์ทอง (2540: 68-71) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มองค์กรทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกล่าวว่า ผู้ที่เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมจะถูกสมาชิกในกลุ่มชักชวนให้เกิดทัศนคติที่ดี ตลอดจนจะถูกส่งเสริมให้ได้ได้รับความรู้ การอบรม และได้รับข่าวสารด้านการพัฒนา สูงกว่าผู้คนในชุมชนทั่วไป เช่นเดียวกับ สมหวัง ซ้อนงาม (2544: 22-23) ที่พบว่า สถานภาพทางสังคมในหมู่บ้าน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งสถานภาพการเป็นผู้นำหรือสมาชิกทางสังคมนั้น ก่อให้เกิดการเสียดสี และการทำกิจกรรมที่เป็นการพัฒนาสังคม เพื่อแสดงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสังคมที่ต่างกัน

ในปัจจัยดังกล่าวนี้ ปาริชาติ วลัยเสถียร และคนอื่น ๆ (2543: 153) กล่าวว่าไว้ว่าการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมหรือการเป็นผู้นำนั้นต่างเป็นปัจจัยด้านประชาชนที่ส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ เช่นเดียวกับที่ ชินรัตน์ สมสืบ (2539 อ้างถึงใน สุทธิพร ชาวสวนศรีเจริญ, 2543: 117) กล่าวว่า การร่วมกลุ่มองค์กรและสถาบันต่าง ๆ เป็นยุทธวิธีทางตรงในการดำเนินการพัฒนาการมีส่วนร่วม และเมื่อเข้าร่วมกลุ่มองค์กรแล้วก็จะเกิดการกระทำตามข้อตกลงหรือข้อผูกมัดหรือข้อผูกพันของกลุ่มองค์กรนั้น ๆ ที่เป็นปัจจัยผลึกของบุคคล ตามแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ (Reeder 1971 อ้างถึงใน สุมล เลี่ยมทอง, 2542: 16) และทฤษฎีแรงจูงใจที่ว่า การกระทำของมนุษย์นั้นเกิดจากความต้องการทางสังคมและความต้องการที่จะเป็นที่ยอมรับนับถือ (Maslow 1954 อ้างถึงใน สุมล เลี่ยมทอง, 2542: 18) ซึ่งเมื่อบุคคลเหล่านั้นได้เป็นสมาชิกของกลุ่มแล้วก็จะกระทำการตามแรงจูงใจดังกล่าวขึ้นนั่นเอง

2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ในส่วนของปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้นจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องรวมไปจนถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น พบว่ามีปัจจัยและตัวแปรด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มในการส่งผลกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดังกล่าวสรุปได้ดังต่อไปนี้

(1) ปัจจัยนำ ประกอบด้วยตัวแปรต่อไปนี้

ก. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาของ ดวงผา วานิชรักษ์ (2545: 116-120) ที่ได้ศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกของ เนรมิต จันทร์ทอง (2540: 68-71) ในส่วนของ สุพัฒน์ ปัญจนาม สกุลลักษณ์ ผากอง และมานพ ทองตัน (2547: 69-70) ที่ทำการศึกษาดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ความรู้เรื่องไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนของ รัชณี พุดขุนทด และธานินทร์ สุธีประเสริฐ (2545: 73) ที่พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตน เช่นเดียวกับ ประภาศ ขำมาก (2538: 72-73) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงการศึกษาของ ชีรศักดิ์ มัγκุณ ษณัต ขาวสุด และจำเป็น ชาญชัย (2544: 121) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน คือ ความรู้

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจและการดำเนินการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และผู้ที่มีความรู้จะทำให้เกิดจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อการป้องกันและควบคุมโรค (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544: 63) สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคจำเป็นต้องเกิดจากความรู้อัฒโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค โดยจะมีอิทธิพลผลสูงที่จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติทางสุขภาพ เพราะฉะนั้นการที่บุคคลมีความรู้เรื่องสุขภาพ จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันส่งเสริมด้านสุขภาพ (Becker et al. 1975 อ้างถึงใน เทพฤทธิ์ ขาวนิลรัตน์, 2545: 49)

ข. ทักษะต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การศึกษาของ ประภาศ ขำมาก (2538: 72-73) ได้ศึกษาพบว่า ระดับทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกล่าวว่าผู้ที่มึทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้เกิดความตระหนักในการมีส่วนร่วมมากกว่า และจะแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมมากตามไปด้วย เนื่องจากทำไปด้วยความคิดเห็นที่ตรงกันและความเต็มใจ รวมทั้งให้ความสำคัญในการร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหา นั้น ๆ สูงตามไปด้วย สอดคล้องกับการวิจัยของ ทวารัตน์ ชันติ (2545: 97-98) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ทำนองเดียวกันกับแนวคิดของ Reeder (1971 อ้างถึงใน สุมล เลี่ยมทอง, 2542: 16-17) ที่สนับสนุนว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของมนุษย์นั้น คือ มนุษย์จะเลือกกระทำหรือแสดงออกซึ่งพฤติกรรมนี้อยู่บนพื้นฐานของ ความคิด ความเชื่อและค่านิยมที่ตนยึดมั่นอยู่ สอดคล้องกับ Rogers and Shoemaker (1971 อ้างถึงใน นวลจันทร์ จารุปริชาชาญ, 2542: 23-24) ที่กล่าวถึงขั้นตอนการตอบรับวิทยาการของมนุษย์ที่จะสอดคล้องกับขั้นตอนของการเข้าใจ และยอมรับในสิ่งนั้นเพื่อให้เกิดการกระทำหรือแสดงออกซึ่งพฤติกรรมตามวิทยานั้น ๆ รวมไปถึงแรงจูงใจเกี่ยวกับความคิด ทัศนคติทางด้านสุขภาพ เพื่อที่จะผลักดันให้เกิดความพึงพอใจ และความต้องการที่จะเข้าร่วมหรือให้ความร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Backer et al. 1975 อ้างถึงใน เทพฤทธิ์ ขวานิลรัตน์, 2545: 49-50)

(2) ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยตัวแปรต่อไปนี้

ก. การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

จากผลการศึกษาของ สุพัฒน์ ปัญจมทุม สกุศลลักษณ์ ผาทอง และมานพ ทองตัน (2547: 69-70) ที่ทำการศึกษาการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่าการเข้าร่วมการประชุมอบรมหรือสัมมนา ที่แตกต่างกันจะทำให้มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ ประภาศ ขำมาก (2538: 72-73) ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลทางสถิติกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน คือ การได้รับการอบรมและวิโรจน์ ฤทธาธร (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง พบว่า ไม่เคยได้รับการอบรม ทำให้เป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากการได้รับการอบรมและเพิ่มพูนความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคนั้น เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเพราะผู้ที่ได้รับการอบรมความรู้จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและลึกซึ้ง ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เพิ่มขึ้นตามไปด้วย เพราะการได้รับการอบรมจะทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการดำเนินการเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดทักษะ แรงจูงใจ และจิตสำนึกในความรับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมโรค (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544: 63) และการได้รับการอบรมนั้น ๆ จะทำให้เกิดการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลได้เช่นกัน (Backer et al. 1975 อ้างถึงใน เทพฤทธิ์ ขวานิลรัตน์, 2545: 49-50) สิ่งเหล่านี้จึงแสดงให้เห็นว่าการได้รับการฝึกอบรม และรับข่าวสารต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ตนเข้าไปมีส่วนร่วมนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคนอื่น ๆ, 2543: 153)

(3) ปัจจัยเสริม ประกอบด้วยตัวแปรต่อไปนี้

ก. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาของ ของเนรมิต จันทร์ทอง (2540: 68-71) ที่พบว่า การรับทราบข่าวสารเรื่องไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำนองเดียวกับ ทวารัตน์ ชันดี (2545: 97-98) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่นเดียวกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนนั้น เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ ชินรัตน์ สมสืบ (2539 อ้างถึงใน ศุทธิพร ชาวสวนศรีเจริญ, 2543: 117) ทั้งในแบบช่องทางสื่อสารระหว่างบุคคล เช่น การพูดคุยสนทนาตัวต่อตัว การรณรงค์ในกลุ่มเพื่อนบ้าน การอภิปรายกลุ่ม รวมถึงช่องทางสื่อสารทั้งที่เป็นสื่อสารมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือสิ่งพิมพ์ ก็ตาม (Rogers and Shoemaker 1971 อ้างถึงใน นวลจันทร์ จารุปรีชาชาญ, 2542: 24)

ข. ประสบการณ์ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว

ในส่วนตัวแปรนี้ ทวารตัน ชันดี (2545: 97-98) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ พอชม ฉวีวัฒน์ (2543: 111-116) พบว่า การมีสมาชิกเคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายแตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยกล่าวว่าผู้ที่มีประสบการณ์ป่วยหรือมีบุคคลใกล้ชิดเคยป่วยด้วยโรคใด ๆ นั้น จะทำให้ตนเกิดความรู้ความเข้าใจและความรุนแรงของโรคตามไปด้วย และความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลเกิดความกังวลและกลัวที่จะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านั้นอีก จึงทำให้เกิดการป้องกันโรคเหล่านั้นที่ดีขึ้นเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Backer et al. 1975 อ้างถึงใน เทพฤทธิ์ ขาวนิรัตน์, 2545: 49-50) ที่กล่าวว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านสุขภาพแตกต่างกันตามโอกาสของการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา ซึ่งประสบการณ์ป่วยของบุคคลใกล้ชิดหรือตนเองนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติทางสุขภาพในเรื่องนั้น ๆ ในอนาคต

จากผลของการทบทวนศึกษา แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผลจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นของปัจจัยอันประกอบไปด้วยตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่อยู่อาศัย การเป็นสมาชิกกลุ่มองค์กรทางสังคม และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก รวมไปถึงปัจจัยเสริม คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และประสบการณ์การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว ดังจะเห็นได้ว่าตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้ต่างก็มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก