



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ เพิ่มศักยภาพการทำงานของ อสม.ตำบลวัดแก้ว
เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก

โดย

อมรรัตน์ เอ็มอาจ

และคณะ

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ เพิ่มศักยภาพการทำงานของ อสม.ตำบลวัดแก้ว
เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก

คณะผู้วิจัย

1.	นางอมรรัตน์	เอมอาจ	หัวหน้าโครงการ
2.	น.ส.กำไล	ศูนย์กลาง	ทีมวิจัย
3.	นายยงลาภ	เพชรนิล	ทีมวิจัย
4.	นางแสงจันทร์	เพชรนิล	ทีมวิจัย
5.	นายสมควร	เดชฤทธิ์	ทีมวิจัย
6.	จสอ.คำนึ่ง	นิมมวล	ทีมวิจัย
7.	น.ส.จำเนียร	คุ้มวัน	ทีมวิจัย
8.	นายจำลอง	มหาพงษ์	ทีมวิจัย
9.	นางประกายแก้ว	นิยมประเสริฐศรี	ทีมวิจัย
10.	นางหนูเล็ก	สืบสิงห์	ทีมวิจัย
11.	นางสุขอารมณ์	เซ็นซื่อ	ทีมวิจัย
12.	นายวิชา	ตั้งชัยธรรม	ทีมวิจัย
13.	นายหน่วง	แก้วนุช	ทีมวิจัย
14.	นางสมจิตต์	พูลนิล	ทีมวิจัย
15.	นายสะเด็ด	วัดนวม	ทีมวิจัย
16.	นายทองเหลือง	อินทระตุ	ทีมวิจัย
17.	นายอำนาจ	คล้ายาย	ทีมวิจัย
18.	นางอุบลรัก	ฤทธิ์สุข	ทีมวิจัย
19.	นางแดง	สืบสุข	ทีมวิจัย
20.	นางนพพัทธ์	หนูดำ	ทีมวิจัย
21.	นายวิชัย	สามลพาน	ทีมวิจัย
22.	นายอาคม	นิยมกลาง	ทีมวิจัย
23.	นางอำไพ	นิมแย้ม	ทีมวิจัย
24.	นายพะยอม	หนูรอด	ทีมวิจัย

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

บทคัดย่อ

โครงการวิจัยเรื่อง “เพิ่มศักยภาพการทำงานของ อสม.ตำบลวัดแก้ว เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก” ได้ดำเนินงานแล้วเสร็จตามแผนงานที่วางไว้ในระยะที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยได้ประมวลข้อมูลที่ได้ศึกษารวบรวมมาสรุปตอบตามวัตถุประสงค์ 2 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ภายใต้วัตถุประสงค์นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลที่สำคัญ ดังต่อไปนี้
 - 1.1 ข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการของการเกิดโรคไข้เลือดออก ทีมวิจัยได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ความหมายของโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค ระดับความรุนแรงของโรค การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อน วิธีการรักษา วิธีการป้องกัน วงจรชีวิตของยุงลายที่เป็นพาหะ วิธีพื้นฐานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดโรค และกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก
 - 1.2 พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค ได้มีการดำเนินการ คือ 1) สนับสนุนการสร้างชุมชนเข้มแข็งโดยดำเนินการบ้านปลอดลูกน้ำยุงลายยั่งยืน โดยการใช้การประกวดและการรณรงค์เพื่อการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในระดับครัวเรือน โดยใช้มาตรการทางกายภาพ ชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) สนับสนุนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในโรงเรียน โดยเฉพาะโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยให้นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียน ชุมชน และบ้าน 3) ประสานงานและสนับสนุนหน่วยงาน และองค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อกำหนดแนวทางและมาตรการด้านกฎหมายในการป้องกันควบคุมโรค
 - 1.3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการในพื้นที่ ได้มีการดำเนินงาน คือ ผลักดันให้เป็นนโยบายระดับจังหวัด เพื่ออำนาจการสั่งการผ่าน ผู้ว่าราชการจังหวัด/ นายอำเภอ จัดประชุมเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ อปท.เพื่อกำหนดพื้นที่เสี่ยง ทิศทาง บทบาทและเกณฑ์ การติดตามประเมินผล ให้มีการดำเนินงานแบบPartnership จัดระบบการควบคุมคุณภาพและประเมินผลการป้องกันโรค โดยใช้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House Index, Container Index) และการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมโรค สรุปวิเคราะห์และแนวทางการแก้ไขของ War room เครือข่ายระดับพื้นที่ และการใช้ประโยชน์ จากระบบการวิเคราะห์รายงาน
 - 1.4 การประชาสัมพันธ์ และแจ้งข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความตระหนักและการให้ความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรค ผ่านหอกระจายข่าว และสื่อท้องถิ่น
 - 1.5 สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก ตำบลวัดแก้ว อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ ปี 2548 – 2555

2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการทำงานของ อสม. วัดแก้ว ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน การทำงานของอสม. วัดแก้วในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่า ภายใต้บริบทของตำบลวัดแก้วที่มีหมู่บ้านในความรับผิดชอบทั้งหมด 11 หมู่บ้านนั้น นับว่าเป็นพื้นที่ที่กว้าง และมีสถานบริการสาธารณสุขเพียงแห่งเดียวคือ สถานีอนามัยตำบลวัดแก้ว จำนวนประชากร 5,840 คน และบ้าน 1,369 หลังคาเรือน มี อสม.จำนวนทั้งหมด 150 คน ซึ่งได้มาจากความสมัครใจและการเชิญชวนกันเข้ามาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ด้านสาธารณสุข ผลการวิจัย หลังจากได้ให้ความรู้และกระตุ้นโดยมาตรการจริงแล้ว 1 ปี พบว่า อสม.ที่เคยพบว่ามีทัศนคติและการปฏิบัติที่ได้น้อยถึงปานกลาง มีการเลื่อนระดับมากขึ้น และอสม.ทุกคนมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ในเรื่องของประสบการณ์ในการดำเนินงานยังคงต่างกัน ในหมู่ที่เคยเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกมาก่อน อสม.หมู่นั้นสามารถเล่าถึงขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานได้ชัดเจน ในเรื่องของการถ่ายทอดประสบการณ์พบว่าการจัดเวทีชุมชนทำให้ อสม.สามารถถ่ายทอดประสบการณ์และนำไปพัฒนาได้มากขึ้น

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์	2
1.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน	3
1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	4
2.1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ	4
2.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน	6
2.3 การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรค	7
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
บทที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงาน	10
บทที่ 4 ผลการวิจัย	13
4.1 ข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการระบาดของ ไข้เลือดออกในพื้นที่ ตำบลวัดแก้ว	13
4.2 สถานการณ์การทำงานของ อสม. วัดแก้ว ในการป้องกันและควบคุม การระบาดของโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน	28
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย	37
5.1 สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์	37
ประวัติทีมวิจัย	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา

ตำบลวัดแก้ว ตั้งอยู่ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี เดิมที่มีการจัดตั้งบ้านเรือนไม่มีใครทราบแน่ชัด ว่าเป็นระยะเวลานานกี่ร้อยปีแล้ว ทราบแต่ว่ามีวัดแก้วเกิดขึ้นก่อน และชาวบ้านก็เริ่มอพยพเข้ามาใกล้ ๆ บริเวณวัด และมีการจัดตั้งบ้านเรือนมากขึ้น จึงให้ชื่อตามวัดว่า "ตำบลวัดแก้ว" และได้ขยายหมู่บ้านออกไปเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน มีหมู่บ้าน 11 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านท้านบ หมู่ 2 บ้านเสาธง หมู่ 3 บ้านหนองเอี่ยน หมู่ 4 บ้านหลวง หมู่ 5 บ้านวัดแก้ว หมู่ 6 บ้านวังขโมย หมู่ 7 บ้านสวาย หมู่ 8 บ้านกร่าง หมู่ 9 บ้านใหม่ หมู่ 10 บ้านใหม่เหนือ หมู่ 11 บ้านสะพานดำ มีเนื้อที่ทั้งหมด 24,441 ไร่ สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม จำนวนประชากรในเขต อบต. 5,840 คน และจำนวนหลังคาเรือน 1,369 หลังคาเรือน อาชีพหลัก คือ การทำนา และอาชีพเสริม คือ ตัดเย็บตุ๊กตา เลี้ยงปลา

ในช่วงปี 2552 ที่ผ่านมา อำเภอบางแพ ประสบปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างมาก คือ มีอัตราป่วยเท่ากับ 341.94 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่สูงเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าอัตราป่วยไม่ควรเกิน 50 ต่อแสนประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ตำบลวัดแก้ว เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเป็นอันดับ 1 ของอำเภอบางแพ โดยมีอัตราป่วยในปี 2548 – 2552 เท่ากับ 100.22, 87.11, 299, 633 และ 678.85 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่สูงเกินเกณฑ์มาตลอด ถึงแม้ว่าจะไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกก็ตาม แต่อัตราการเกิดโรคก็มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นหากกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคยังไม่เข้มแข็งพอ

กระบวนการป้องกันและควบคุมโรค เป็นหน้าที่หลักของสถานีอนามัยวัดแก้ว และมีการสนับสนุนจาก อบต.บางส่วน ทางสถานีอนามัยวัดแก้วจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน ทำงานร่วมกับ อสม. ซึ่งเป็นสมาชิกจากทั้ง 11 หมู่บ้าน จำนวน 150 คน กระบวนการป้องกันและควบคุมโรคที่ผ่านมา คือ อสม.จะต้องหยอดทรายตามบ้านทุก 3 เดือนเป็นประจำ โดย อสม. 1 คน จะดูแลบ้านจำนวน 10 หลังคาเรือน เป็นวิธีป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดยุงลายที่เป็นพาหะ แต่ถ้ามีผู้ติดเชื้อในหมู่บ้าน จะต้องมีการควบคุมพื้นที่ไม่ให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรคได้ต่อ โดยการฉีดพ่นหมอกควันฆ่ายุงลายที่จะเป็นพาหะนำเชื้อโรค

จากการสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความร่วมมือของคนในชุมชน สิ่งแวดล้อมในชุมชนในการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย วิธีการทำงานของ อสม. ระบบการทำงานของสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในพื้นที่ในการส่งต่อและดูแลผู้ติดเชื้อ คุณภาพของทรายอะเบท การสนับสนุนงบประมาณของ อบต. แต่จากสถานการณ์การระบาดพบว่าไม่ได้เป็นทั้งตำบล บางหมู่บ้านปลอดการระบาด แต่บางหมู่บ้านไม่สามารถควบคุมการระบาดได้เลย ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ความสามารถของ อสม.ในการปฏิบัติงานในชุมชน พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.ทั้ง 150 คน ไม่เท่ากัน ประมาณ 20 % ของ อสม. ที่เข้าใจวิธีการป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้เลือดออกเป็นอย่างดี และมีเทคนิคในการดูแลสุขภาพของชุมชนเรื่องไข้เลือดออก ส่วน อสม. ที่เหลือประสิทธิภาพการปฏิบัติงานยังไม่เต็มที่นัก คือ ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อดูแลสุขภาพชุมชน ขาดความรู้ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของไข้เลือดออก ไม่ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจกับสมาชิกของครัวเรือนที่อยู่ในความดูแล

ที่ผ่านมาสถานีนามยวัดแก้วได้พัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. โดยวิธีการจัดอบรมแต่ก็ยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร ดังนั้นทางทีมวิจัยจึงต้องการค้นหาวิธีการเพิ่มศักยภาพการทำงานของ อสม.วัดแก้ว เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถเรียนรู้และถ่ายทอดบทเรียนที่ดีในการทำงานของเพื่อน อสม.ด้วยกันได้ นำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้ ซึ่งถ้า อสม. มีศักยภาพในการทำงานที่สูงขึ้น นอกเหนือจากการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกแล้ว อสม.จะมีทักษะในการทำงานกับชุมชนเพื่อป้องกันโรคอื่น ๆ อีกด้วย

คำถามวิจัย : การเพิ่มศักยภาพการทำงานของ อสม.วัดแก้ว เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ต.วัดแก้ว
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการทำงานของ อสม. วัดแก้ว ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน
3. เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในการเพิ่มศักยภาพการทำงานของทีมงาน อสม.
4. เพื่อค้นหาแนวทางการใช้ศักยภาพที่เพิ่มมากขึ้นของ อสม. ในการทำงานเพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ประเด็นศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการของการเกิดโรคไข้เลือดออก
 - วงจรชีวิต/พฤติกรรมของยุงลายที่เป็นพาหะ
 - วิธีพื้นฐานทั่วไปในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออก
2. สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมาในชุมชน
 - หมู่บ้าน/ พื้นที่ที่เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก
 - ความถี่ซ้ำในการระบาด
 - สาเหตุของการระบาดในพื้นที่ (สิ่งแวดล้อม, พฤติกรรมของชุมชน,
 - ข้อมูลของผู้ป่วย
3. การทำงานของ อสม. วัดแก้วในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน
 - วิธีการควบคุมการแพร่ระบาดในพื้นที่นั้น ๆ
 - บทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมของแต่ละหมู่บ้าน
 - ปัจจัย/เงื่อนไขในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก
4. กระบวนการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของ อสม.
 - กระบวนการเสริมศักยภาพให้แก่ อสม. ที่ผ่านมา
 - ปัจจัย/ เงื่อนไข ในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทีม อสม.
 - กระบวนการเพิ่มศักยภาพที่ควรจะเป็น

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

ดำเนินการกับ อสม. ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทั้ง 11 หมู่บ้านของ ต.วัดแก้ว อ.บางแพ จ.ราชบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. เวทีประชุมวางแผนการปฏิบัติงาน/เตรียมการดำเนินงานของทีมวิจัย
2. เวทีสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการวิจัยสู่ อสม.ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
3. ศึกษาฐานเพื่อศึกษาทักษะการเก็บข้อมูลอย่างมีส่วนร่วม
4. เวทีเก็บข้อมูลอย่างมีส่วนร่วมตามหัวข้อประเด็นศึกษา
5. จัดเวทีวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน
6. ศึกษาฐานแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสถานีอนามัยที่มีประสบการณ์ในควบคุมการระบาดของไข้เลือดออก
7. จัดเวทีระดมความคิดเห็นสำหรับค้นหาแนวทางการในการป้องกันและควบคุมการระบาดและออกแบบกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน
8. ปฏิบัติการกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันกับ อสม. กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่
9. เก็บข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกจากผลการปฏิบัติการในพื้นที่และสรุปผล
10. นำเสนอผลการดำเนินการให้กับชุมชนรับทราบ
11. การสรุปผลการดำเนินงานวิจัยและจัดทำรายงาน

ระยะเวลาดำเนินการ

24 เดือน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลเชิงวิจัย

1. ข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้เลือดออกในพื้นที่ ต.วัดแก้ว
2. องค์ความรู้ที่เรียนรู้จากกระบวนการทำงานของ อสม. ตำบลวัดแก้ว ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน
3. วิธีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของ อสม.
4. แนวทางการทำงานของอสม.ตำบลวัดแก้วเพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้เลือดออก

ผลเชิงพัฒนา

1. อสม. ตำบลวัดแก้วได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน
2. แนวโน้มการระบาดของโรคไข้เลือดออกใน ต.วัดแก้ว ลดลง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โครงการวิจัยเรื่อง “เพิ่มศักยภาพการทำงานของ อสม.ตำบลวัดแก้ว เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก” ซึ่งนักวิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

กระบวนการเกิดโรคมักมีสาเหตุมาจากตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและตัวเชื้อโรค ซึ่งสาเหตุที่เนื่องมาจากตัวบุคคลนั้น ขึ้นกับพฤติกรรมของบุคคลอันเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมอนามัยนั้นจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ประสบการณ์ ความรู้ สังคม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ ตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาค้นคว้าหาสาเหตุต่าง ๆ อันน่าจะส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันโรค ผลจากการศึกษาดังกล่าวได้พัฒนาเป็นรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพอนามัย (Health Belief Model) ไว้ และสามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีที่สุดรูปแบบหนึ่ง

แม้ว่าพฤติกรรมกรยอมรับวิธีการเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก จะไม่เป็นพฤติกรรม การป้องกันร่างกายโดยตรงเหมือนกับพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายก็ตาม แต่ก็เชื่อว่า แนวความคิดนี้สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคนี้ได้เช่นกัน

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพอนามัย (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974 : 329-355) เป็นแนวความคิดทางจิตวิทยาสังคม อธิบายการกระทำในสถานการณ์ที่มีโอกาสเลือก โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล ดังนี้

1. เขาเป็นบุคคลที่มีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)
2. การเป็นโรคจะมีความรุนแรง (Perceived Severity)
3. วิธีการที่เขาปฏิบัติจะต้องมีประโยชน์ต่อตัวเองทั้งทางตรงและทางอ้อม (Perceived Benefits and Barriers)

การนำไปสู่การปฏิบัติจะต้องมีแรงกระตุ้นเข้ามาเสริม ซึ่งมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความเชื่อและการยอมรับขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับความยากง่ายของการติดโรค อาการและความรุนแรงของโรคและผลประโยชน์ที่ได้รับ หักลบกับความยากลำบากและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ถ้ามีบุคคลที่มีระดับความเชื่อและความพร้อมน้อย ก็จำเป็นต้องใช้แรงกระตุ้นมากจึงจะทำให้บุคคลยินยอมที่จะจัดการกับปัญหาของเขา (Cue to Action)

การรับรู้ถึงโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

บุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นโรค หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกัน เช่น บางคนอาจปฏิเสธไม่เชื่อเลย หรือบางคนก็เชื่อว่าเขามีโอกาสจะเจ็บป่วยอย่างแน่นอน หรือมีโอกาสเกิดขึ้น

เหมือนกันแต่ก็ไม่มากนัก เป็นต้น ฉะนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ จึงขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ของเขาถึงโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นเอง

การรับรู้ถึงความรุนแรงหรืออาการของโรค (Perceived Severity)

เมื่อบุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคแล้ว เขาก็จะต้องรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น ๆ ด้วย ในการตัดสินใจว่าโรคหรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ มีความรุนแรงหรือไม่ อาจวัดได้จากความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เมื่อเขาได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เช่น การที่ต้องใกล้ชิดหรือติดต่อกับผู้ป่วยนั้น ๆ และความทุกข์ทรมาน ซึ่งบุคคลนั้นจะได้รับหรือต้องเผชิญหน้าเมื่อเขาเจ็บป่วยหรือเป็นโรค

การรับรู้ถึงความรุนแรงของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน แต่ก็มีได้ขึ้นกับบุคคลผู้นั้นเพียงคนเดียว อาจเป็นผลมาจากสิ่งเร้าภายนอกก็ได้ เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม การงาน ครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคมของเขา เช่น บุคคลผู้นั้นอาจไม่เชื่อว่าไข้เลือดออกเป็นโรคที่รุนแรง แต่เมื่อมีปัจจัยภายนอกมากระทบ เช่น ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ได้แก่ ความรังเกียจของผู้อื่น บุคลิกลักษณะสถานภาพของบุคคล กลุ่ม เพื่อนบ้าน ก็อาจทำให้ความเชื่อและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเปลี่ยนแปลงได้

การรับรู้เกี่ยวกับผลดีและผลเสียของการปฏิบัติเพื่อต่อต้านหรือหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ (Perceived Benefits and Barriers)

การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการของโรค (Severity) เป็นสภาวะทางจิตใจและความพร้อมที่จะกระทำหรือปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป ไม่ได้เป็นสิ่งที่กำหนดได้ว่าพฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นจะเป็นอย่างไร

การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านจิตใจและการรับรู้ถึงผลประโยชน์ (Benefits) และอุปสรรคตลอดจนความไม่สะดวกต่าง ๆ (Barriers) ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย นั่นก็คือการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ จะต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสที่จะเป็นโรคและความรุนแรงของอาการของโรค

แม้ว่าบุคคลจะทราบว่าการระวังรักษาสุขภาพร่างกายหรือยอมรับการป้องกันในระยะแรกจะสามารถลดโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ แต่ถ้าวิธีการนั้น ๆ มีอุปสรรคมากก็จะทำให้เกิดข้อขัดแย้งหรือการหลีกเลี่ยงได้ อย่างไรก็ตามถ้าบุคคลมีความพร้อมทางจิตใจที่สูงมากและไม่มีอุปสรรคมากนัก โอกาสที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บก็ยังเป็นไปได้ ในทางตรงข้ามแม้ว่าความพร้อมทางจิตใจจะไม่สูงมาก แต่ถ้ามีอุปสรรคมากพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพก็ยากที่จะเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ถ้าเจ้าหน้าที่แนะนำให้ควบคุมลูกน้ำยุงลาย แต่การปฏิบัติอาจมีความลำบาก เช่น ต้องซื้อผ้าอ้อม ทราเยอะเบท เสียค่าใช้จ่ายสูงอาจไม่ยอมปฏิบัติ

องค์ประกอบที่นำไปสู่พฤติกรรมและการปฏิบัติ (Cue to Action)

นอกจากการรับรู้ถึงปัจจัยทั้ง 3 ประการ ข้างต้นแล้ว นักวิจัยหลายท่านยังพบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้หน้าที่กระตุ้นหรือก่อให้เกิดการปฏิบัติจริง ๆ ขึ้นมา การรับรู้ถึงโอกาสในการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรคต่างก็เปรียบเสมือนพลังซึ่งก่อให้เกิดการปฏิบัติและการรับรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ และอุปสรรคจะเป็นปัจจัยเสริมความพึงพอใจในการปฏิบัตินั้น ๆ แต่ถ้าปราศจากปัจจัยที่จะมากระตุ้นก็จะทำให้พฤติกรรมนั้น ๆ ขาดความชัดเจนและไม่แน่นอน

สิ่งที่จะทำให้หน้าที่กระตุ้นนี้ อาจจะมาจกภายนอกหรือภายใน ซึ่งแรงกระตุ้นดังกล่าวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความเชื่อและการยอมรับขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวกับความยากง่ายของการติดโรค ความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่ได้รับ หักกลบกับความยากลำบากและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ถ้ามีบุคคลที่มีระดับความเชื่อและความพร้อมน้อย ก็จำเป็นต้องใช้แรงกระตุ้นมากจึงจะทำให้บุคคลยินยอมที่จะจัดการกับปัญหาของเขาแต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีระดับความเชื่อมั่น และความพร้อมสูงแรงกระตุ้นก็ไม่มี ความจำเป็นเท่าไรนัก เพียงแรงกระตุ้นภายในเท่านั้นก็สามารถทำให้เขายอมรับและปฏิบัติตามอย่างง่ายดาย เช่น กรณีที่บุคคลเคยมีบุตรเสียชีวิตไปเนื่องจากเป็นไข้เลือดออก ย่อมมีความเชื่อและยอมรับว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อง่ายและมีความรุนแรงถึงตายได้ ถ้าได้มีการป้องกันมิให้ยุงกัด หรือการควบคุมลูกน้ำยุงลายก็ทำให้บุตรของเขาไม่เป็นโรคไข้เลือดออก ย่อมทำให้เขามีความกระตือรือร้นที่จะควบคุมลูกน้ำยุงลาย แต่ถ้าเป็นบุคคลไม่เคยรู้จักโรคไข้เลือดออก ไม่รู้ถึงความรุนแรงของโรคนี้นมาก่อนเลย เมื่อมีการชักชวนให้ปฏิบัติซึ่งมีความยุ่งยากลำบากเขาย่อมไม่สนใจ จำเป็นต้องชี้ให้เห็นถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นและผลดีของการควบคุมยุงหรือหาหนทางกระตุ้นวิธีอื่น ๆ เพื่อให้เขายอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีความรู้ว่โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่ร้ายแรงอาจทำให้บุตรเป็นโรคถึงตายได้ ถึงแม้วิธีการจะลำบากต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง มีความยุ่งยากจะต้องปิดฝาภาชนะเก็บกักน้ำหรือขจัดล้างโถงก็ตาม ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ตัวกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลขึ้นกับปัจจัยด้านวัฒนธรรม สังคม และจิตวิทยา

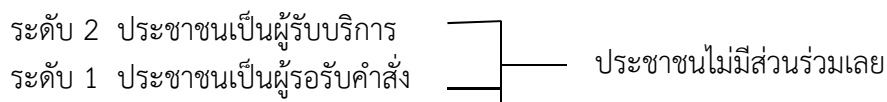
2. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการของเขาเอง และชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยเน้นหนักในเรื่องพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของเขา

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนสรุปได้ ดังนี้

1. ประชาชนต้องตระหนักในปัญหาของตนเอง และตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ไข้ปัญหา
 2. ประชาชนมีโอกาสที่จะได้ใช้และพัฒนาความสามารถของตนเอง
 3. เป็นการระดมทรัพยากรบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
 4. ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนามีความมั่นคงถาวร และต่อเนื่อง
 5. เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย ทำให้ประชาชนนั้นมีความคิดอิสระในการตัดสินใจ
 6. เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และมีอำนาจในการพัฒนาชุมชนของตนเอง
- ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา มีระดับมากน้อยแตกต่างกันไปตามสภาพของชุมชน โครงสร้างการดำเนินงานของรัฐ ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ตลอดจนลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ Amstein ได้วัดระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ 8 ระดับ คือ





ระดับการมีส่วนร่วมจะเห็นวาระดับสูงสุด คือ ระดับที่ 8 คือประชาชนมีส่วนร่วมสำคัญในการพัฒนา เริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ปัญหา รวมทั้งการควบคุมดูแลให้เป็นไปตามที่ชุมชนตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมของชุมชนจะลดลงเรื่อย ๆ จนถึงระดับ 1 หมายถึง ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการควบคุมหรือตัดสินใจเพียงแต่เป็นผู้รับคำสั่งจากเจ้าหน้าที่ของรัฐให้ปฏิบัติอย่างไรในชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. เตรียมการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้ค้นหาปัญหาของชุมชนเอง ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของประชาชนในการแก้ปัญหา และตัดสินใจว่าจะรับหรือไม่รับโครงการพัฒนาที่เข้ามาในชุมชน

กิจกรรมที่ดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนต้องมีการติดต่อพบปะกันเพื่อปรึกษาหารือ ค้นหาผู้นำและกลุ่มแกนนำในชุมชน เก็บข้อมูล และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของประชาชน

2. ขึ้นวางแผนร่วมกับชุมชน

วัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถวางแผนในการดำเนินการค้นหาทรัพยากร เทคโนโลยีที่หาได้ในชุมชน และวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น

กิจกรรมที่ดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ออกไปพบปะประชาชนที่เป็นผู้นำ แกนนำในชุมชน ค้นหาผู้นำที่สามารถร่วมโครงการได้ และพัฒนาผู้นำขึ้นมาร่วมกันวางแผนดำเนินงาน

3. ขึ้นดำเนินงานตามแผน

วัตถุประสงค์เพื่อดำเนินงานตามแผนให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานและควบคุมงานเอง

กิจกรรมที่ดำเนินงาน ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมทุกครั้ง มีการกำหนดติดตาม ควบคุม กำกับงาน และมีการมอบหมายให้ชุมชนดำเนินการเอง

4. ขึ้นควบคุมกำกับ และการประเมินผล

วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมผลการดำเนินงานทุกขั้นตอน ค้นหาปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ วางแผน ควบคุม กำกับงาน กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ

กิจกรรมที่ต้องดำเนินงาน คือ จัดระบบข้อมูลข่าวสาร มีการพบปะปรึกษาหารือ เพื่อมีการประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค

ใช้เล็ดออก(Participatory Action Research : PAR)

เป็นการเน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกของชุมชนอย่างเต็มที่ เพื่อจะได้รับทราบข้อเท็จจริงของชุมชนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ลักษณะเด่น ความด้อย หรือจุดอ่อน ทรัพยากร รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ ในชุมชนนั้น ๆ ทั้งหมดหรือเพียงบางส่วน โดยการศึกษา

วิเคราะห์ในรายละเอียดอย่างแท้จริง กระบวนการวิจัยแบบนี้เป็นความตั้งใจที่จะให้เกิดความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในกลุ่มประชากรเป้าหมายแล้ว นำความรู้เหล่านั้นไปช่วยแก้ปัญหาในชุมชนได้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางการวิจัยที่ต่างไปจากการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ เพราะเน้นการยอมรับหรือความเห็นพ้องจากชาวบ้าน การวิจัยรูปแบบนี้นักวิจัยจะต้อง

1) ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับชาวบ้านตลอดเวลา

2) ทบทวนวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นครั้งคราว เพื่อให้สอดคล้องกับความเห็นของชาวบ้าน อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และการเปลี่ยนแปลงของชุมชน

ในการวิจัยแบบ PAR ผู้วิจัยถือว่าชาวบ้านเป็นผู้รู้ดีเท่า ๆ กับนักวิจัย ในการกำหนดปัญหาและการเลือกปฏิบัติใด ๆ ก็ตาม จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ปัญหาของการวิจัยจึงเริ่มจากชาวบ้านเพราะไม่ใช่สมมติฐานของผู้วิจัย ผู้วิจัยและชาวบ้านต่างก็มีบทบาทเท่าเทียมกันในการร่วมกำหนดปัญหาและเลือกแนวทางการปฏิบัติการ การวิจัยนี้จะเป็นการผสมผสานระหว่างความรู้เชิงทฤษฎี และระเบียบวิธีของนักวิจัย เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนักสาธารณสุข และความต้องการกับความรอบรู้ของชาวบ้าน

การนำแนวความคิดของ PAR มาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น เพื่อให้เกิดความรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การเรียนรู้ร่วมกันดังกล่าว เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไขในรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการมาและหาข้อสรุปร่วมกันในการที่จะแก้ไขปัญหาคือ กระบวนการวิเคราะห์ปัญหานั้น ผู้วิจัยจึงเป็นผู้กระตุ้นให้ประชาชนได้เกิดความรู้ กระตือรือร้นต่อสภาพปัญหาโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยชี้แนะ ให้คำแนะนำ ที่จะให้ประชาชนหาแนวทางแก้ไขได้ด้วยตนเองและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ เมื่อได้แนวทางแก้ไขคือการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายแล้ว ประชาชนจะต้องริเริ่มปฏิบัติได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ชุมชนส่วนใหญ่ยอมรับ หลังจากนั้นจะต้องหาวิธีการประเมินความสำเร็จที่รับจากการปฏิบัติการด้านการประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลายได้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้คอยให้คำแนะนำและผู้วิจัยเป็นผู้ร่วมสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลและเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ประชาชนได้ทราบเพื่อหาแนวทางการแก้ไขและพัฒนาต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิจิต มธุราษณ (2518) ได้ศึกษาผลการให้สุขศึกษาในโรงเรียนเพื่อป้องกันไข้เลือดออกและควบคุมยุงลายในเขตสุขาภิบาล จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2516-2517 เน้นการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง โดยการสาธิตและการให้สุขศึกษาแทรกในชั่วโมงสุขศึกษา และแจกแบบฝึกหัดในการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหมู่บ้านของตนเอง ประเมินผลหลังจากครบ 1 ปี พบว่า ความชุกชุมและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายลดลง ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันป้องกันไข้เลือดออกและการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

วัชร เกตโสภิต (2527) ได้ศึกษาผลกระทบของการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการให้สุขศึกษา สำหรับการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อ พ.ศ. 2526 โดยที่ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วม โดยเข้าร่วมประชุมแล้วกลับไปปฏิบัติงานสุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกเป็นเวลา 4 ปี จึงจะติดตามผลการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้นำชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมไข้เลือดเพิ่มขึ้น
2. ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมไข้เลือดเพิ่มขึ้น
3. ประชาชนมีความเห็นต่อการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกดีกว่าก่อนให้คำแนะนำ
4. ประชาชนมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมไข้เลือดถูกต้องมากขึ้น

อรรถพล ชีพสัตยกร และ เรืองรอง ชีพสัตยกร (2552) ทำการศึกษาผลการควบคุมวัณโรคในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงพิเศษต่อการเป็นวัณโรคในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า ผลการควบคุมวัณโรคในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแผนกำหนดการควบคุมวัณโรคในพื้นที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ อัตราร้อยละการพบผู้ป่วยวัณโรคชนิดที่ดื้อยาหลายขนานและอัตราการพบผู้ป่วย วัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงอยู่ ส่วนการตรวจพบวัณโรคในเด็กยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็นอยู่มากเนื่องจากการวินิจฉัยวินิจฉัยทางเวชกรรม และทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งอัตราการความสำเร็จของการรักษาที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย การเน้นใช้บุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อสังเกตการณ์กินยาผู้ป่วยวัณโรคนั้นถ้าสถานพยาบาลไม่สามารถทำได้และจำเป็นต้องใช้บุคคลอื่นแทน และประเมินการกินยาด้านวัณโรคของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การเพิ่มศักยภาพการทำงานของ อสม.ตำบลวัดแก้ว เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก การศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยศึกษา ข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการของการเกิดโรคไข้เลือดออก สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมาในชุมชน การทำงานของ อสม. วัดแก้วในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน การศึกษาเป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดเวทีแลกเปลี่ยน การสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาข้อมูลอย่างมีส่วนร่วม

ขอบเขตการดำเนินงาน

พื้นที่เป้าหมาย

ดำเนินการกับ อสม. ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทั้ง 11 หมู่บ้านของ ต.วัดแก้ว อ.บางแพ จ.ราชบุรี

ประเด็นศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการของการเกิดโรคไข้เลือดออก
 - วงจรชีวิต/พฤติกรรมของยุงลายที่เป็นพาหะ
 - วิธีพื้นฐานทั่วไปในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออก
2. สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมาในชุมชน
 - หมู่บ้าน/ พื้นที่ที่เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก
 - ความถี่ในการระบาด
 - สาเหตุของการระบาดในพื้นที่ (สิ่งแวดล้อม, พฤติกรรมของชุมชน)
 - ข้อมูลของผู้ป่วย
3. การทำงานของ อสม. วัดแก้วในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน
 - วิธีการควบคุมการแพร่ระบาดในพื้นที่นั้นๆ
 - บทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมของแต่ละหมู่บ้าน
 - ปัจจัย/เงื่อนไขในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เวทีประชุมวางแผนการปฏิบัติงาน/เตรียมการดำเนินงานของทีมวิจัย
2. เวทีสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการวิจัยสู่ อสม.ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
3. ศึกษาดูงานเพื่อศึกษาทักษะการเก็บข้อมูลอย่างมีส่วนร่วม

4. เวทีเก็บข้อมูลอย่างมีส่วนร่วมตามหัวข้อประเด็นศึกษา
5. จัดเวทีวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน
6. ศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสถานีนามัยที่มีประสบการณ์ในควบคุมการระบาดของไข้เลือดออก
7. จัดเวทีระดมความคิดเห็นสำหรับค้นหาแนวทางการในการป้องกันและควบคุมการระบาดและออกแบบกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน
8. ปฏิบัติภารกิจกรมเรียนรู้ร่วมกันกับ อสม. กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่
9. เก็บข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกจากผลการปฏิบัติการในพื้นที่และสรุปผล
10. นำเสนอผลการดำเนินการให้กับชุมชนรับทราบ
11. การสรุปผลการดำเนินงานวิจัยและจัดทำรายงาน

เครื่องมือใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามที่ทีมวิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ศึกษา และรวบรวมข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยไข้เลือดออก

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวม และเรียบเรียงเป็นหมวดหมู่ จัดกลุ่มตามเนื้อหาที่ศึกษาและนำเสนอข้อมูลเป็นข้อมูลเชิงพรรณนาตามรูปแบบที่ศึกษา





บทที่ 4

ผลการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง “เพิ่มศักยภาพการทำงานของ อสม.ตำบลวัดแก้ว เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก” ได้ดำเนินงานแล้วเสร็จตามแผนงานที่วางไว้ในระยะที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยได้ประมวลข้อมูลที่ได้ศึกษารวบรวมมาสรุปตอบตามวัตถุประสงค์ 2 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลวัดแก้ว

ภายใต้วัตถุประสงค์นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการของการเกิดโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก

ไข้เลือดออก(Dengue hemorrhagic fever – DHF) เป็นโรคติดเชื้อซึ่งมีสาเหตุมาจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมียุงลายบ้านเป็นพาหะนำโรค อาการของโรคนี้อาจคล้ายคลึงกับโรคไข้หวัดในช่วงแรก (แต่มักจะไม่มีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล หรือไอมากอย่างผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัด) จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ว่าตนเป็นเพียงโรคไข้หวัดและทำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่แรก ส่วนอาการและความรุนแรงของโรคมียหลายระดับตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยไปจนถึงเกิดภาวะช็อกซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต (ความรุนแรงของการติดเชื้อขึ้นอยู่กับอายุ ภาวะภูมิคุ้มกัน และความรุนแรงของเชื้อไวรัส)

โรคนี้เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่ง มักพบการระบาดในช่วงฤดูฝนซึ่งเป็นช่วงที่มียุงลายชุกชุม จากสถิติในปี พ.ศ. 2556 ของสำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 154,444 ราย (คิดเป็นอัตราป่วย 241.03 ต่อประชากร 100,000 ราย) และมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 136 ราย (คิดเป็นอัตราเสียชีวิต 0.21 ต่อประชากร 100,000 ราย) ส่วนอัตราการเสียชีวิตคิดเป็น 0.09% สำหรับสัดส่วนของผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี 29.16% รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี 21.31% และกลุ่มอายุ 5-9 ปี 13.74% ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุ 0-4 ปี และมากกว่า 25 ปี จนถึง 65 ปี เป็นช่วงอายุที่พบได้น้อยที่สุด (ในเด็กขวบปีแรกมักพบในช่วงอายุ 7-9 เดือน)

สาเหตุของโรคไข้เลือดออก

เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 สายพันธุ์ ได้แก่ ชนิด 1, 2, 3 และ 4 (DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4) โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) ตัวเมียเป็นพาหะนำโรค กล่าวคือ ยุงลายตัวเมียจะกัดและดูดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออกก่อน (เชื้อไวรัสเดงกีในเลือดของผู้ป่วยจะเข้าไปพักตัวและเพิ่มจำนวนในตัวยุงและเชื้อนี้สามารถมีชีวิตอยู่ในตัวยุงได้ตลอดอายุของยุง คือ ประมาณ 1-2 เดือน) แล้วจึงไปกัดคนที่อยู่ใกล้เคียงในรัศมีไม่เกิน 400 เมตร ซึ่งจะเป็นการแพร่เชื้อไปให้คนอื่น ๆ ต่อไป ยุงชนิดนี้เป็นยุงที่ออกหากิน (กัดคน) ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน (เดิมยุงลายนิยมออกหากินในเฉพาะเวลากลางวัน แต่ในระยะหลังพบว่ายุงลายมีการออกหากินในเวลากลางคืนด้วย) และชอบเพาะพันธุ์ตามแหล่งน้ำนิ่งในบริเวณบ้าน เช่น ตุ่มน้ำ โอ่งน้ำ แจกัน จานรองตู้กับข้าว กระจับปี่ ฝักละลา ยางรถยนต์เก่า ๆ หลุมที่มีน้ำขัง เป็นต้น

การติดเชื้อไวรัสเดงกีมีอาการแสดงได้ 3 แบบ คือ **ไข้เดงกี** (Dengue Fever – DF), **ไข้เลือดออก** หรือ **ไข้เลือดออกเดงกี** (Dengue hemorrhagic fever – DHF) และ **ไข้เลือดออกเดงกีที่ช็อก** (Dengue Shock Syndrome – DSS)

โดยทั่วไปเมื่อได้รับเชื้อเดงกีเข้าไปครั้งแรก (สามารถติดเชื้อตั้งแต่อายุได้ 6 เดือนขึ้นไป) จะมีระยะฟักตัวของโรคจนเกิดอาการประมาณ 3-15 วัน (ส่วนมากคือ 5-7 วัน) ผู้ป่วยจะมีไข้สูงคล้ายไข้หวัดใหญ่อยู่ประมาณ 5-7 วัน และส่วนมากจะไม่มีอาการเลือดออก มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่อาจมีเลือดออกหรือมีอาการรุนแรง เรียกว่า **“ไข้เดงกี”** (Dengue fever – DF) ต่อมาถ้าผู้ป่วยได้รับเชื้อซ้ำอีก ซึ่งอาจจะเป็นเชื้อเดงกีชนิดเดิมหรือคนละชนิดกับที่ได้รับครั้งแรกก็ได้ ก็จะมีระยะฟักตัวของโรคสั้นกว่าครั้งแรก และร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาทำให้หลอดเลือดฝอยเปราะและเกล็ดเลือดต่ำ จึงทำให้พลาสมาหรือน้ำเลือดไหลซึมออกมาจากหลอดเลือด (ตรวจพบระดับฮีมาโตคริตสูง มีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดและช่องท้อง) และมีเลือดออกได้ง่าย เป็นเหตุให้เกิดภาวะช็อก

เชื้อไวรัสเดงกีทั้ง 4 ชนิด จะมี Antigen ร่วมกันบางส่วน เมื่อเกิดการติดเชื้อชนิดหนึ่งจะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อเชื้ออีกชนิดหนึ่งด้วย แต่ภูมิที่เกิดจะอยู่ได้เพียง 6-12 เดือน ส่วนภูมิที่เกิดกับเชื้อที่ป่วยจะมีไปตลอดชีวิต เช่น หากเป็นไข้เลือดออกจากเชื้อ DEN-1 ผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อนี้ไปตลอด แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเดงกีชนิดอื่นเพียง 6-12 เดือน ดังนั้น คนเราจึงมีโอกาสติดเชื้อไข้เลือดออกได้หลายครั้ง แต่ส่วนใหญ่จะมีโอกาสเป็นไข้เลือดออกชนิดรุนแรงเพียงครั้งเดียว หรืออย่างมากไม่ควรเกิน 2 ครั้งในชั่วชีวิต ส่วนที่จะเป็นรุนแรงซ้ำ ๆ กันหลายครั้งนั้นนับว่ามีน้อยมาก

ส่วนใหญ่คนที่ได้รับเชื้อไวรัสเดงกีครั้งแรกมักจะไม่มีอาการหรืออาจมีเพียงไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และเบื่ออาหารเท่านั้น แต่ในคนที่ติดเชื้อเป็นครั้งที่ 2 โดยเฉพาะเชื้อที่ต่างสายพันธุ์กับครั้งแรก ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะช็อกได้ และโดยทั่วไปการติดเชื้อครั้งหลัง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง มักจะเกิดขึ้นภายหลังการติดเชื้อครั้งแรกประมาณ 6 เดือน ถึง 5 ปี ด้วยเหตุนี้ไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรงจึงมักพบได้ในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี แม้จะได้รับเชื้อเดงกี แต่คนที่จะแสดงอาการไข้มียเพียง 30-50% เท่านั้น ดังนั้น จึงมีคนจำนวนมากที่ติดเชื้อแต่ไม่มีอาการแสดงใดๆ

อาการของโรคไข้เลือดออก

อาการของไข้เลือดออกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- **ระยะที่ 1 (ระยะไข้สูง)** ผู้ป่วยจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน 39-41 องศาเซลเซียส มีลักษณะเป็นไข้สูงลอยตลอดเวลา (รับประทานยาลดไข้ก็มักจะไม่ลด) หน้าแดง ตาแดง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว กระจายน้ำซิม มักมีอาการเบื่ออาหารและอาเจียนร่วมด้วยเสมอ อาจคลำพบตับโตและมีอาการกดเจ็บเล็กน้อย ในบางรายอาจมีอาการปวดท้องในบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงด้านขวา หรือปวดท้องทั่วไป หรืออาจมีอาการท้องผูกหรือถ่ายเหลว ส่วนในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อาจพบอาการไข้สูงร่วมกับอาการชักได้
- อาการอื่น ๆ ที่พบได้ คือ อ่อนเพลีย ปวดกระบอกตา เวลากลอกตาจะปวดเพิ่มขึ้น ไม่กล้าสู้แสง ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดตามข้อ ปวดกระดูก

- ในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยอาจมีอาการผิวหนังแดงบริเวณใบหน้า ลำคอ และหน้าอก สามารถพบได้ประมาณ 50-80% ของผู้ป่วย เกิดจากการที่มีหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังขยายตัว หากเอามือกดจะมีสีจางลง
- ในราววันที่ 3 ของไข้ (หลังอาการผิวหนังแดงหายไป) อาจมีผื่นปื้นแดงคล้ายหัด ไม่คัน ขึ้นตามแขนขาและลำตัว ซึ่งจะเป็นอย่างประมาณ 2-3 วัน ผื่นชนิดนี้มักจะเริ่มขึ้นที่หลังมือ หลังเท้า แล้วกระจายไปยังแขนขา และลำตัวในภายหลัง แต่มักไม่พบที่บริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ในบางรายอาจพบผื่นลักษณะเป็นจ้ำเลือดหรือจุดเลือดออกที่มีลักษณะเป็นจุดแดงเล็ก ๆ ทั่วตัว (แต่บางครั้งอาจมีจ้ำเขียวด้วยก็ได้) ขึ้นตามหน้า แขน ขา ซอกรักแร้ และในช่องปาก (เพดานปาก กระพุ้งแก้ม และลิ้นไก่) ซึ่งเป็นตัวบอกว่าเกล็ดเลือดในร่างกายต่ำลง และบางรายอาจมีเลือดออกตามไรฟัน หรือเลือดกำเดาไหลได้
- ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีไข้สูงลอยอยู่ประมาณ 2-7 วัน ถ้าไม่มีอาการรุนแรง ส่วนมากไข้จะลดลงในวันที่ 5-7 แต่บางรายอาจมีไข้เกิน 7 วันก็ได้ แต่ถ้าเป็นมากก็จะปรากฏอาการระยะที่ 2
- ส่วนมากผู้ที่ไข้เลือดออกมักจะไม่มีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล หรือไอมากอย่างผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัดหรือออกหัด แต่ในบางรายอาจมีอาการเจ็บคอ คอแดงเล็กน้อย หรือมีอาการไอบ้างเล็กน้อย
- การทดสอบทูร์นิเกตต์ (Tourniquet test) ส่วนใหญ่จะให้ผลบวกตั้งแต่เริ่มมีไข้ได้ 2 วันเป็นต้นไป และในวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 นิ้ว มักจะพบจุดเลือดออกมากกว่า 10-20 จุดเสมอ
- ในเด็กที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก มักพบว่ามีอาการในระยะเริ่มต้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งหากผู้ปกครองละเลยพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ก็มีโอกาที่ผู้ป่วยเด็กจะเสียชีวิตเนื่องจากได้รับการรักษาที่ล่าช้าได้
- **ระยะที่ 2 (ระยะช็อกและมีเลือดออก หรือ ระยะวิกฤติ)** มักจะพบในไข้เลือดออกที่เกิดจากเชื้อเด็งกีที่มีความรุนแรงขั้นที่ 3 และ 4 อาการจะเกิดขึ้นในช่วงระหว่างวันที่ 3-7 ของโรค ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่วิกฤติของโรค โดยอาการไข้จะเริ่มลดลง แต่ผู้ป่วยกลับมีอาการท้อหนัก มีอาการปวดท้องและอาเจียนบ่อยขึ้น ชีพมากขึ้น กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือเท้าเย็น ปัสสาวะออกน้อย ชีพจรเต้นเบาแต่เร็ว (อาจมากกว่า 120 ครั้ง/นาที) และมีความดันต่ำ ซึ่งเป็นอาการของภาวะช็อก (ภาวะนี้เกิดขึ้นเนื่องจากพลาสมาไหลซึมออกจากหลอดเลือด จึงทำให้ปริมาตรของเลือดลดลงมาก) ถ้าเป็นรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่รู้สึกตัว ตัวเย็นซีด ปากเขียว คลำชีพจรไม่ได้ และความดันตกจนวัดไม่ได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ก็อาจทำให้เสียชีวิตได้ภายใน 1-2 วัน
- ในบางรายอาจมีอาการปวดท้องมาก ท้องโตขึ้น หายใจหอบเหนื่อย เนื่องจากมีน้ำรั่วออกจากหลอดเลือดเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มปอดและช่องท้อง
- ผู้ป่วยอาจมีอาการเลือดออกตามผิวหนัง (มีจ้ำเขียวพราย้ำขึ้น) เนื่องจากเส้นเลือดเปราะ หรืออาจมีเลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือดสด ๆ หรือเป็นสีกาแฟ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด ๆ หรือเป็นสีน้ำมันดิบ ๆ ถ้าเลือดออกมักจะทำให้เกิดภาวะช็อกรุนแรงและผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว
- ในระยะนี้จะกินเวลาประมาณ 24-72 ชั่วโมง ถ้าหากผู้ป่วยสามารถผ่านช่วงวิกฤตินี้ไปได้ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 3 ต่อไป
- **ระยะที่ 3 (ระยะฟื้นตัว)** ในรายที่มีภาวะช็อกไม่รุนแรง เมื่อผ่านวิกฤติช่วงระยะที่ 2 ไปแล้ว อาการก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือแม้แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกรุนแรง เมื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันต่วงทีก็จะฟื้นตัวเข้าสู่สภาพปกติ โดยอาการที่แสดงว่าดีขึ้นนั้น คือ ผู้ป่วยจะเริ่มอยากรับประทานอาหาร แล้วอาการต่าง ๆ ก็จะกลับคืนสู่สภาพปกติ ชีพจรเต้นช้าลง ความดันโลหิตกลับมาสู่ปกติ ปัสสาวะออกมากขึ้น

- ในบางรายอาจพบผื่นซึ่งมีลักษณะจำเพาะขึ้นเป็นวงเล็ก ๆ สีขาว ๆ บนปื้นสีแดงตามผิวหนังอีกที (ดูคล้าย “**เกาะสีขาวในทะเลสีแดง**” ซึ่งเชื่อว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายกำลังจัดการกับเชื้อ) โดยเฉพาะที่ขาทั้งสองข้าง ผื่นชนิดนี้ส่วนมากจะไม่มีอาการคันและไม่เจ็บ แต่อาจพบอาการคันตามผิวหนังเพียงเล็กน้อยประมาณ 16-27% ของผู้ป่วย หากคันมากอาจใช้คาลาไมน์โลชั่นทาแก้คันได้ ผื่นมักจะหายได้เองภายใน 1 สัปดาห์ โดยไม่ค่อยทิ้งรอยดำหรือแผลเป็น แต่อาจพบอาการผิวหนังลอกเป็นขุยได้บ้างเล็กน้อย ทั้งนี้ ผื่นชนิดแรก (อาการผิวหนังเป็นปื้นแดง) และชนิดที่สอง (ผื่นเป็นวงขาวเป็นปื้นสีแดง)นี้ไม่จำเป็นต้องพบคู่กัน
- ระยะนี้อาจกินเวลาประมาณ 7-10 วัน (หลังจากผ่านพ้นระยะที่ 2 มาแล้ว) ถ้าวรวมเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยเป็นไข้จนแข็งแรงดีก็จะใช้เวลาประมาณ 7-14 วัน ส่วนในรายที่มีอาการเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอยู่ 3-4 วัน ก็หายได้เอง ส่วนอาการไข้ (ตัวร้อน) อาจเป็นอยู่ 2-7 วัน หรือบางรายอาจนานเป็น 10 วันก็ได้

ระดับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

ไข้เลือดออกสามารถแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ชั้น ได้แก่

ชั้นที่ 1 (เกรด 1) ผู้ป่วยจะมีไข้และมีอาการแสดงทั่ว ๆ ไปที่ไม่เฉพาะเจาะจง อาการแสดงของการมีเลือดออกมีเพียงอย่างเดียว คือ มีจุดแดง ๆ ตามผิวหนังโดยไม่มีอาการเลือดออกอย่างอื่น และการทดสอบทูร์นิเค็ตให้ผลบวก

- **ชั้นที่ 2** (เกรด 2) ผู้ป่วยจะมีอาการเพิ่มขึ้นจากชั้นที่ 1 คือ มีเลือดออกเอง อาจออกเป็นจ้ำเลือดที่ใต้ผิวหนัง หรือมีเลือดออกจากที่อื่น ๆ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด แต่ยังไม่มีความช็อก ชีพจรและความดันโลหิตยังคงเป็นปกติ
- **ชั้นที่ 3** (เกรด 3) ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก มือเท้าเย็น ชีพจรเต้นเบาแต่เร็ว ความดันต่ำหรือมีความแตกต่างระหว่างความดันช่วงบนและความดันช่วงล่าง ซึ่งเรียกว่าแรงชีพจร หรือ ความดันชีพจร (Pulse pressure) น้อยกว่า 30 มม.ปรอท เช่น ความดันช่วงบน 80 ช่วงล่าง 60
- **ชั้นที่ 4** (เกรด 4) ผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกอย่างรุนแรง ชีพจรเบาและเร็วจนจับไม่ได้ ความดันตกจนวัดไม่ได้ และ/หรือมีเลือดออกมาก เช่น อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดมาก

ไข้เลือดออกที่เกิดจากเชื้อซิกนุคุนยา (ไข้ปวดข้อยุงลาย) จะมีความรุนแรงในชั้นที่ 1 และ 2 จะไม่ทรุดต่อไปเป็นชั้นที่ 3 และ 4 ส่วนไข้เลือดออกที่เกิดจากเชื้อเดงกี (Dengue virus) อาจมีความรุนแรงถึงชั้นที่ 3 และ 4 ได้ประมาณ 20-30% และที่เหลืออีก 70-80% จะแสดงอาการในชั้นที่ 1 และ 2

การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามชั้นต่าง ๆ จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้น แพทย์จะดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การเปลี่ยนจากชั้นที่ 2 มาชั้นที่ 3 และ 4 ควรจับชีพจร วัดความดันโลหิต และอาจต้องตรวจหาความเข้มข้นของเลือดโดยการเจาะเลือดตรวจฮีมาโตคริตและตรวจนับคำนวณเกล็ดเลือดเป็นระยะ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกเป็นโรครุนแรง แต่โอกาสรักษาให้หายก็มีสูงเมื่อได้รับการตรวจรักษาตั้งแต่แรก หากไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึง 50% จากการเกิดภาวะแทรกซ้อน

- เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคไข้เลือดออก ซึ่งมีตั้งแต่ไม่รุนแรง เช่น เลือดออกที่ผิวหนัง เลือดกำเดาไหล ไปจนถึงเลือดออกรุนแรงตามอวัยวะภายในต่าง ๆ เช่น สมอกระเพาะอาหาร ลำไส้ และปอด ซึ่งมักจะทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง
- ภาวะช็อกซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต
- อาจทำให้เกิดภาวะตับวาย (มีอาการดีซ่าน) ซึ่งเป็นภาวะร้ายแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกอยู่นาน
- ภาวะน้ำเกินในร่างกายจนเกิดมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือในช่องท้องมากเกินไป จนทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งภาวะนี้เกิดจากการรั่วไหลของน้ำออกนอกหลอดเลือดในช่วงเข้าสู่ระยะช็อก หากตรวจพบและให้การรักษาทันท่วงที เลือกล้างไตและกำหนดปริมาณน้ำเกลืออย่างเหมาะสมทางหลอดเลือด ผู้ป่วยจะสามารถผ่านพ้นระยะนี้ไปได้อย่างปลอดภัย
- อาจทำให้เป็นปอดอักเสบ (อาจมีภาวะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้) หลอดลมอักเสบ สมออักเสบ หรือกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบแทรกซ้อนได้ แต่ก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยมาก
- หากผู้ป่วยไข้เลือดออกได้รับน้ำเกลือเข้าทางหลอดเลือดดำมากเกินไป อาจทำให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) จนเป็นอันตรายได้ ดังนั้นเวลาให้น้ำเกลือทางหลอดเลือด แพทย์จะตรวจดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
- ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ไตวาย สมอทำงานผิดปกติ

การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกได้จากอาการที่แสดงเป็นหลัก โดยเฉพาะอาการไข้สูง 39-41 องศาเซลเซียส หน้าแดง เปลือกตาแดง อาจลำได้ตบโต กดเจ็บ มีผื่นแดง หรือจุดแดงจ้ำเขียว โดยไม่มีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ หรือเจ็บคอ ร่วมกับการมีประวัติโรคไข้เลือดออกของคนที่อาศัยอยู่บริเวณเดียวกัน หรือมีการระบาดของโรคในช่วงนั้น ๆ และการทดสอบทูร์นิเกตให้ผลบวก ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนี้ได้

นอกจากนี้ การส่งตรวจเลือด ซีบีซี (CBC) จะตรวจพบเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวค่อนข้างต่ำและความเข้มข้นของเลือดสูง เพียงเท่านั้นก็สามารถวินิจฉัยโรคได้เป็นส่วนใหญ่แล้ว แต่ในบางราย หากอาการ ผลการตรวจร่างกาย และผลเลือดในเบื้องต้นยังไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ ในปัจจุบันก็มีวิธีการส่งเลือดไปตรวจหาภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคนี้ได้แม่นยำมากขึ้น

การทดสอบทูร์นิเกต (Tourniquet test) เป็นการทดสอบโดยใช้เครื่องวัดความดันรัดเหนือข้อศอกของผู้ป่วย ด้วยค่าความดันกึ่งกลางระหว่างความดันช่วงบนและความดันช่วงล่างของคนคนนั้นเป็นเวลานาน 5 นาที (ถ้าไม่มีเครื่องวัดความดัน ก็อาจใช้ยางหนังสติ๊กรัดเหนือข้อศอกให้แน่นเล็กน้อย ให้ยังพอคลำชีพจรที่ข้อมือได้ เป็นเวลานาน 5 นาที) ถ้าพบว่ามีจุดเลือดออกหรือจุดแดงเกิดขึ้นที่บริเวณท้องแขนใต้ตำแหน่งที่รัดเป็นจำนวนมากกว่า 10 จุดในวงกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 นิ้ว ก็แสดงว่าได้ผลบวก แต่ถ้าน้อยกว่า 10 จุด ก็แสดงว่าได้ผลลบ ซึ่งในผู้ป่วยไข้เลือดออกนี้ การทดสอบจะได้ผลบวกได้มากกว่า 80% ตั้งแต่เริ่มมีไข้ได้ 2 วันเป็นต้นไป แต่ในช่วง 1-2 วันแรกอาจยังให้ผลลบได้ แต่ในคนที่เป็โรคเลือดที่มีเกล็ดเลือดต่ำ เช่น โลหิตจางอะพลาสติก ไอพีที หรือคนที่เป็นไข้หวัด หรือไข้อื่น ๆ ก็อาจให้ผลบวกได้เช่นกัน ส่วนในผู้ป่วยไข้เลือดออกที่อยู่ในภาวะช็อกหรือกำลังจะช็อก หรือผู้ป่วยที่อ่อนมาก (ความดันที่วัดอาจจะไม่กดทับเส้นเลือด เนื่องจากมีชั้นไขมันที่หนา) หรือผู้ป่วยที่ผอมมาก (ความดันที่วัดไม่กระชับวงแขน) การทดสอบนี้อาจให้ผลลบลงได้

ไข้เลือดออกมักแยกออกจากไข้หวัดได้อย่างชัดเจน โดยที่ไข้เลือดออกจะไม่มีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล อาจมีไข้สูง หน้าแดง ตาแดง หรือมีผื่นขึ้นคล้ายหัด แต่ก็สามารถแยกออกจากหัดได้ โดยผู้ป่วยที่เป็นหัดจะมีน้ำมูกและไอมาก และตรวจพบจุดค็อปลิค (Koplik's spot) ซึ่งเป็นจุดสีขาว ๆ เหลือง หรือแดง ขนาดเล็ก ๆ คล้ายเม็ดงาที่กระพุ้งแก้มด้านในบริเวณใกล้ฟันกรามล่างหรือฟันกรามด้านบนสองซี่สุดท้าย นอกจากนี้การไข้สูงโดยไม่มีน้ำมูก ยังอาจทำให้ดูคล้ายไข้หวัดใหญ่ ไทฟอยด์ มาลาเรีย ไข้ผื่นกุหลาบในทารก ตับอักเสบจากไวรัสระยะแรก โรคฉี่หนู เป็นต้น ในช่วงฤดูฝนหรือในช่วงที่มีการระบาดของไข้เลือดออก ถ้าพบผู้ป่วยมีอาการไข้สูงเฉียบพลัน ไม่ว่าจะเป็นเด็กเล็กหรือผู้ใหญ่ ควรทดสอบทูร์นิเคต์ หรือตรวจพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อพิสูจน์ไข้เลือดออกทุกราย

วิธีรักษาโรคไข้เลือดออก

ในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคไข้เลือดออกโดยตรง หากอาการไม่รุนแรงโรคนี้อาจหายได้เอง ดังนั้น การรักษาจึงเป็นเพียงการรักษาไปตามอาการเป็นสำคัญ กล่าวคือ ให้ยาลดไข้ เช็ดตัว ให้ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันภาวะช็อก และการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

- หากมีอาการไข้สูง โดยไม่มีอาการไอ เจ็บคอ หรือมีน้ำมูกไหลร่วมด้วย ควรไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาและตรวจหาโรคไข้เลือดออกโดยเฉพาะหากพบในช่วงฤดูฝนหรือช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก
- ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง (มีอาการในขั้นที่ 1) คือมีแต่อาการไข้สูง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร โดยยังไม่มีอาการเลือดออกหรือมีภาวะช็อก แพทย์จะให้ยาลดไข้ ยาผงเกลือแร่ (ORS) เพื่อป้องกันภาวะช็อก และให้กลับไปสังเกตอาการที่บ้าน จากนั้นก็จะนัดผู้ป่วยกลับมาติดตามดูอาการที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่ต้องฉีดยาให้น้ำเกลือ หรือให้ยาพิเศษแต่อย่างใด รวมทั้งไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะและสเตียรอยด์ พร้อมทั้งแนะนำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำต่อไปนี้
 1. ให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนให้มาก ๆ ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี
 2. ให้ดื่มน้ำมาก ๆ จนปัสสาวะออกมากและใส โดยอาจเป็นน้ำเปล่า น้ำผลไม้ น้ำอัดลมที่เขย่าฟองออกแล้ว หรือผงละลายเกลือแร่ (ORS) ก็ได้ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำจากไข้สูง และจากการรั่วของน้ำออกนอกหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำลงและเข้าสู่ภาวะช็อกได้
 3. ให้รับประทานอาหารอ่อน ๆ ที่ย่อยง่าย ๆ เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ถ้าเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย แนะนำให้ดื่มนม น้ำหวาน น้ำผลไม้ หรือน้ำเกลือแร่ ถ้าอาเจียนแนะนำให้ดื่มน้ำเกลือแร่ครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ
 4. รับประทานผลไม้ที่มีวิตามินซี หรือรับประทานวิตามินซีเสริม
 5. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดทุกชนิด เพราะอาจจะคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร และหลีกเลี่ยงอาหารหรือน้ำที่มีสีดำ สีน้ำตาล หรือสีแดง เพราะอาจทำให้สับสนกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารได้หากผู้ป่วยอาเจียน
 6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาอื่นโดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะยาสเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ รวมไปถึงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
 7. หากมีไข้สูงให้ใช้ผ้าชุบน้ำอุณหภูมิปกติหรือน้ำอุ่นบิดพอหมาด ๆ เช็ดบริเวณหน้า ลำตัว แขนขา แล้วพักและเช็ดต่อที่บริเวณรักแร้ แขนอก แขนหลัง ขาหนีบสลับกันไปมา โดยให้ทำติดต่อกันอย่างน้อย 15 นาที ระหว่างเช็ดตัวหากมีอาการหนาวสั่นก็ให้หยุดและห่มผ้าบาง ๆ และให้รับประทานยาลดไข้พาราเซตามอล (Paracetamol) เท่านั้น โดยควรพยายามให้อุณหภูมิของร่างกายต่ำกว่า 40 องศา

- ขนาดยาที่ใช้ในผู้ใหญ่คือ พาราเซตามอลชนิดเม็ดละ 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง โดยไม่ควรรับประทานเกินวันละ 8 เม็ด (4 กรัม) ใน 24 ชั่วโมง ส่วนขนาดยาที่ใช้ในเด็กคือ พาราเซตามอลชนิดน้ำ 10-15 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ครั้ง ทุก 4-6 ชั่วโมง โดยไม่ควรรับประทานเกินวันละ 5 ครั้ง หรือ 2.6 กรัม ใน 24 ชั่วโมงยาพาราเซตามอลนี้เป็นยาที่ใช้รับประทานตามอาการ ดังนั้น หากไม่มีไข้แล้วก็สามารถหยุดใช้ยาได้ทันที และอย่าใช้ยานี้เกินขนาดที่กำหนด เพราะถ้าให้มากเกินไปหรือถี่เกินกว่าที่กำหนด อาจมีพิษต่อตับถึงขั้นเป็นอันตรายได้
 - ยาพาราเซตามอลชนิดน้ำสำหรับเด็กมีจำหน่ายในหลายความแรง ได้แก่ 120 มิลลิกรัมต่อ 1 ช้อนชา (1 ช้อนชา เท่ากับ 5 มิลลิลิตร), 250 มิลลิกรัมต่อ 1 ช้อนชา, และ 60 มิลลิกรัมต่อ 0.6 มิลลิลิตร โดยส่วนใหญ่จะเป็นยาน้ำเชื่อมที่ต้องรินใส่ช้อนเพื่อเด็ก แต่ในกรณีของเด็กทารก การป้อนยาจะทำได้ค่อนข้างยาก จึงควรใช้แบบบรรจุในขวดที่มาพร้อมหลอดหยด เวลาใช้ก็เพียงแต่ใช้หลอดหยดดูดยาออกจากขวดและนำไปป้อนเด็กได้เลย ด้วยเหตุนี้ผู้ปกครองของเด็กควรอ่านฉลากและวิธีการใช้ยาให้ดีก่อนนำไปป้อนเด็ก กล่าวคือ หากเด็กมีน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม และยาน้ำที่ใช้มีความแรง 120 มิลลิกรัมต่อ 1 ช้อนชา ก็ควรป้อนยาให้เด็กครั้งละ 1 ช้อนชา (5 มิลลิลิตร) และป้อนซ้ำได้ทุก 4-6 ชั่วโมง แต่ไม่มีป้อนยาเกินวันละ 5 ครั้ง และหากไม่มีไข้แล้วก็สามารถหยุดยาได้ทันที
 - ควรให้ยาลดไข้เฉพาะเมื่อเวลามีไข้สูงเกิน 38.5 องศา เพราะหากให้ตอนไข้ต่ำกว่านี้และให้มากเกินไป อาจทำให้มีพิษต่อตับได้
 - ห้ามใช้ยาลดไข้ชนิดอื่น ๆ เช่น แอสไพริน (Aspirin) ไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) หรือยี่ห้ออื่น ๆ ที่ไม่ใช่ประกอบด้วยยาพาราเซตามอลล้วน ๆ เพราะยาแก้ไข้ชนิดอื่น ๆ อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกได้ เนื่องจากตัวยาดังกล่าวจะยิ่งส่งเสริมการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติได้ง่ายขึ้น และอาจทำให้เกิดโรคเรย์ซินโดรมได้
 - อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะให้ยาลดไข้ไปแล้ว แต่บางครั้งไข้อาจจะไม่ลดเลยก็ได้ ถ้าไข้ไม่ลดก็ให้เช็ดตัวบ่อย ๆ
8. ฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ซึ่งแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจดูอาการทุกวัน จับชีพจร วัดความดัน และตรวจดูอาการเลือดออก รวมทั้งการทดสอบทูร์นิเกต ถ้าวันแรก ๆ ให้ผลลบก็ต้องทำซ้ำในวันต่อ ๆ มา
 9. ผู้ป่วยที่เป็นไข้เลือดออกในระยะแรก (ระยะที่ 1) ถ้ามีอาการปวดท้อง อาเจียนมาก เบื่ออาหาร ตื่นน้ำได้น้อย อาจมีภาวะช็อกตามมาได้ ดังนั้นถ้าพบอาการเหล่านี้ควรระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยพยายามดื่มน้ำให้มาก ๆ แต่ถ้าดื่มไม่ได้ควรไปโรงพยาบาล ซึ่งอาจต้องให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำและฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดต่อไป
 10. หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ไข้ลดลง ตัวเย็นผิดปกติ มือเท้าเย็น เหงื่อแตก กระสับกระส่าย, อาเจียนมาก ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้เพียงพอ, ปวดท้องมาก, มีเลือดออกรุนแรง (เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ), ไม่ปัสสาวะนานเกิน 6 ชั่วโมง, ซึมลง ไม่ค่อยรู้สึกตัว, หอบเหนื่อย บวม ให้รีบมาพบแพทย์ทันที
 11. เมื่อพ้นระยะ 1 สัปดาห์ไปแล้ว ผู้ป่วยก็มักจะมีอาการทุเลาลงและฟื้นตัวได้ แต่หากมีเลือดออกหรือสงสัยว่าเริ่มมีภาวะช็อก ควรรีบไปแพทย์
- ระยะวิกฤติของโรคไข้เลือดออกคือวันที่ 3-7 ของไข้ ซึ่งผู้ป่วยอาจมีภาวะช็อกหรือมีเลือดออกได้ ดังนั้นจึงควรฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพราะถ้าพ้นระยะนี้ไปได้ก็ถือว่าปลอดภัยแล้ว โดยถ้าพบอาการเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ควรรีบไปโรงพยาบาลโดยเร็ว ได้แก่ กระสับกระส่ายหรือซึมมาก, ปวดท้องตรงยอดอกหรือลิ้นปี่, อาเจียนมาก, มือเท้าเย็นซึบ มีเหงื่อออก และท่าทางไม่สบายมาก, หายใจหอบและเขียว,

มีจ้ำเลือดตามตัวหลายแห่ง, มีเลือดออก (เช่น เลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือดสดๆ หรือเป็นสีน้ำตาลมึนๆ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เป็นต้น)

- ผู้ป่วยที่อาเจียนมากหรือมีภาวะขาดน้ำ หรือมีอาการรุนแรงอื่น ๆ เช่น ปวดท้องมากตรงยอดอกหรือลิ้นปี่ ปัสสาวะออกน้อย กระสับกระส่ายหรือซีดมาก หรือมือเท้าเย็นซีด ควรรีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว ซึ่งแพทย์จะให้ยาแก้ปวดและยาแก้คลื่นไส้ที่โรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกและมีเลือดออก ซึ่งนอกจากจะตรวจวัดชีพจรและความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดแล้ว แพทย์จะเจาะเลือดตรวจวัดระดับฮีมาโตคริต (HCT) เพื่อตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาวและจำนวนเกล็ดเลือด (มักต่ำกว่าปกติทั้งคู่ เม็ดเลือดขาวต่ำ หรือน้อยกว่า 5,000/ลบ. มม. และเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลบ.มม) เพื่อประเมินความรุนแรงเป็นระยะๆ พร้อมทั้งให้น้ำเกลือเป็นระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง
 - ในรายที่จำเป็นต้องให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ แพทย์จะให้ความระมัดระวัง ไม่ให้น้อยไปหรือมากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีภาวะวิกฤติประมาณ 24-48 ชั่วโมง จำเป็นต้องตรวจวัดระดับฮีมาโตคริตอย่างใกล้ชิด และปรับปริมาณและความเร็วของน้ำเกลือที่ให้ตามความรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งต้องระวังไม่ให้น้ำเกลือมากหรือเร็วเกินไป เพราะอาจจะทำให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำจุนเป็นอันตรายได้ โดยปริมาณของน้ำเกลือที่ให้นั้นจะคำนวณจากน้ำหนักตัวและปรับลดปริมาณและความเร็วไปตามระดับฮีมาโตคริตที่ตรวจพบ ซึ่งโดยทั่วไปปริมาณของน้ำเกลือที่ควรได้รับใน 24 ชั่วโมง สำหรับน้ำหนักตัว 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 กิโลกรัม คือประมาณ 1,500, 2,000, 2,500, 2,800, 3,200, 3,500, 3,800, 4,000, 4,200, 4,400 และ 4,600 มิลลิลิตร ตามลำดับ
 - ในช่วงที่เกล็ดเลือดต่ำ ควรหลีกเลี่ยงการกระทบกระแทก การทำหัตถการหรือการผ่าตัด และใช้ยาบางชนิดที่ทำให้เกล็ดเลือดทำงานผิดปกติ เช่น ยาป้องกันเลือดแข็งตัว ยาแอสไพริน ยาแก้ปวด และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เช่น ไบยูโพรเฟน (Ibuprofen), อินโดเมทาซิน (Indomethacin) เป็นต้น
- ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหรือมีเลือดออก (ขั้นที่ 3 และ 4) ควรรีบนำส่งโรงพยาบาลโดยด่วน โดยแพทย์จะทำการวินิจฉัยด้วยการเจาะเลือดตรวจฮีมาโตคริต เพื่อตรวจความเข้มข้นของเลือดเป็นระยะ ๆ ถ้าเลือดข้นมากไป เช่น ฮีมาโตคริตมีค่ามากกว่า 50% ขึ้นไป ก็แสดงว่าปริมาตรของเลือดลดน้อยลง ซึ่งจะเป็นสาเหตุของภาวะช็อกได้ โดยแพทย์จะให้น้ำเกลือจนกว่าความเข้มข้นของเลือดจะกลับลงมาเป็นปกติ (ค่าฮีมาโตคริตปกติในเพศชายอยู่ที่ 45% และเพศหญิงอยู่ที่ 40%) นอกจากนี้ อาจต้องตรวจนับจำนวนเกล็ดเลือดซึ่งจะเริ่มต่ำประมาณวันที่ 3-4 ของไข้ (โรคยิ่งรุนแรงเกล็ดเลือดจะยิ่งต่ำ) ตรวจอิเล็กโทรไลต์ในเลือด ตรวจการทำงานของตับ มักพบ AST และ ALT สูง ตรวจภาวะการแข็งตัวของเลือด (Congulation study) ตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด เป็นต้น
- ในรายที่ยังวินิจฉัยได้ไม่แน่ชัด อาจต้องทดสอบน้ำเหลือง เพื่อดูสารภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไข้เลือดออกด้วยวิธี ELISA ที่สามารถทราบผลได้จากการตรวจเพียงครั้งเดียว หรือวิธี Hemagglutination inhibition test (HI) ซึ่งต้องตรวจ 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ หรือโรงพยาบาลบางแห่งอาจทำการตรวจหาเชื้อในเลือดหรือปัสสาวะด้วยวิธี PCR หรือการแยกเชื้อในเซลล์เพาะเลี้ยง
 - สำหรับการรักษา แพทย์จะให้น้ำเกลือเพื่อรักษาภาวะช็อก ถ้าจำเป็นก็อาจให้พลาสมาหรือสารแทนพลาสมา เช่น แอลบูมินหรือเดกซ์เทรน และให้เลือดเพิ่มเติมถ้าผู้ป่วยมีเลือดออกผิดปกติจนเกิดภาวะเสียเลือด

- เมื่อผู้ป่วยไม่มีไข้มาแล้ว 24 ชั่วโมง โดยที่ไม่ได้รับยาลดไข้ ผู้ป่วยอยากรับประทานอาหาร มีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน ความเข้มของเลือดคั่งที่ ครบ 3 วันจากรักษาภาวะช็อก มีเกล็ดเลือดมากกว่า 50,000 ไม่มีอาการแน่นท้องหรือแน่นหน้าอกจากน้ำในท้องหรือช่องเยื่อหุ้มปอด แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

วิธีป้องกันโรคไข้เลือดออก

แม้ว่าในปัจจุบันกำลังมีการพัฒนาวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเดงกี แต่ก็ยังไม่มียาที่สามารถฆ่าเชื้อไวรัสชนิดนี้ได้ ดังนั้นวิธีป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุด คือ การควบคุมยุงลายให้มีจำนวนลดลง ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

1. ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายและกำจัดยุงลายทั้งลูกน้ำและตัวเต็มวัย เช่น
 - เปลี่ยนน้ำในแจกันดอกไม้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุก 7 วัน สำหรับแจกันปลูกต่าง ต้องใช้น้ำสะอาดเปลี่ยนหรือลูกน้ำที่เกาะติดอยู่ตามรากด้วย
 - จานรองขาตู้กับข้าวควรใส่น้ำเดือดลงไปทุก 7 วัน หรือน้ำส้มสายชู หรือใส่เกลือแดง (Sodium Chloride) ลงในน้ำที่อยู่ในจานรองขาตู้ ในปริมาณ 2 ช้อนชาต่อน้ำ 1 แก้ว (250 มิลลิตร) เพื่อช่วยควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งวิธีนี้พบว่า สามารถช่วยควบคุมลูกน้ำได้นานกว่า 7 วัน
 - ปิดฝาตุ่มน้ำ โอ่งน้ำ ถังเก็บน้ำ แท็งก์น้ำ บ่อน้ำ กะละมัง หรือถ้าไม่มีฝาปิดและยังไม่ต้องการใช้ก็ควรวางคว่ำไว้ เพื่อป้องกันไม่ให้กลายเป็นที่วางไข่ของยุงลาย และควรหมั่นตรวจสอบอยู่เสมอว่ามีลูกน้ำหรือไม่
 - ล้างตุ่มน้ำ โอ่งน้ำทุก 7 วัน
 - ควรเก็บกระป๋อง ขวดน้ำ กะลา ยางรถยนต์เก่า ๆ กระถางต้นไม้ เศษภาชนะแตกหัก หรือสิ่งที่เป็นที่ขังน้ำได้ ที่อยู่ในบริเวณบ้าน แหล่งชุมชน และโรงเรียน โดยนำมาทำลายหรือฝังดินให้หมด
 - หมั่นตรวจสอบภาชนะรองน้ำที่ตู้เย็นหรือเครื่องปรับอากาศโดยเฉพาะภาชนะรองน้ำของเครื่องปรับอากาศที่ออกแบบมาไม่ดี มีรูระบายน้ำอยู่เหนือกันน้ำหลายเซนติเมตร ซึ่งจะทำให้มีน้ำขังจนเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้
 - ตรวจสอบท่อระบายน้ำบนหลังคาว่า มีแอ่งขังน้ำหรือไม่ ถ้าหากมีต้องรีบจัดการซ่อมแซมให้เป็นปกติ หรือหากรั่วไม้หรือตันไม้ที่มีรูกลง ให้นำคอนกรีตมาเทใส่ปิดรู
 - ถ้าเป็นไปได้ควรปรับพื้นบ้านและสนามอย่าให้เป็นหลุมเป็นบ่อที่จะทำให้เกิดน้ำขังได้
 - ปลอ่ยปลากินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูง ลงในภาชนะเก็บน้ำ เช่น โอ่ง ตุ่ม หรือภาชนะละ 2-4 ตัว รวมถึงอ่างบัวและตู้ปลา ก็ควรมีปลากินลูกน้ำด้วย เพื่อเป็นการช่วยควบคุมจำนวนลูกน้ำยุงลายไปด้วยอีกทางหนึ่ง
 - ใส่ทรายอะเบท (Abate) ชนิด 1% ลงในตุ่มน้ำ โอ่งน้ำ และภาชนะกักเก็บน้ำทุกชนิด ในอัตราส่วน 10 กรัม/น้ำ 100 ลิตร (ตุ่มมังกรขนาด 8 ปีบ ให้ใส่ทรายอะเบท 2 ช้อนชา ส่วนตุ่มซีเมนต์ขนาด 12 ปีบ ให้ใส่ทรายอะเบท 2.5 ช้อนชา) และควรเติมใหม่ทุก 2-3 เดือน เป็นวิธีที่เหมาะสมกับภาชนะที่ไม่สามารถใส่ปลากินลูกน้ำได้ ส่วนน้ำที่ใส่ทรายอะเบทสามารถนำมาใช้ดื่มกินได้อย่างปลอดภัย
 - พ่นสารเคมีหรือยากันยุงเพื่อกำจัดยุงตัวเต็มวัย เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง แต่มีราคาแพงและเป็นพิษต่อคนและสัตว์เลี้ยง จึงต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการฉีดพ่นและฉีดเฉพาะในยามที่จำเป็นเท่านั้น โดยควรเลือกฉีดในช่วงเวลาที่มีคนอยู่อาศัยน้อยที่สุดและฉีดพ่นลงในแหล่งที่คาดเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เช่น ท่อระบายน้ำ กระถางต้นไม้ เป็นต้น
 - ใช้สารเคมีเพื่อกำจัดยุงในบ้านเรือน คือ ยาจุดกันยุง และสเปรย์ฉีดไล่ยุง โดยสารออกฤทธิ์อาจเป็นยาในกลุ่มไพรีทรอยด์ (Pyrethroids), ดีท (Diethyltoluamide – DEET) เป็นต้น เมื่อก่อนมียาฆ่ายุงที่มีชื่อ

ว่าดีดีที (Dichlorodiphenyltrichloroethane – DDT) แต่สารนี้ได้ถูกยกเลิกไปแล้วเนื่องจากเป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิตและตกค้างในสิ่งแวดล้อมเป็นเวลานานมาก อย่างไรก็ตาม ถ้าขึ้นชื่อว่าสารเคมีไม่ว่าจะเป็นยาจุดกันยุงหรือสเปรย์ฉีดไล่ยุงก็มีความเป็นพิษต่อคนและสัตว์ได้ทั้งนั้น ดังนั้นเพื่อลดความเป็นพิษดังกล่าวจึงควรจุดยากันยุงในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกและล้างมือทุกครั้งหลังจากสัมผัส ส่วนยาฉีดไล่ยุงจะมีความเป็นพิษมากกว่า ดังนั้นจึงห้ามฉีดลงบนผิวหนังโดยตรง และควรปฏิบัติตามวิธีใช้ที่ระบุไว้ข้างกระป๋องอย่างเคร่งครัด

- ตัดต้นไม้ที่รกครึ้ม เพื่อให้มีแสงสว่างและอากาศถ่ายเทดี
2. หาวิธีป้องกันอย่าให้ยุงลายกัดทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน
 - นอนในมุ้งหรือนอนในห้องที่ติดมุ้งลวดเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายกัด โดยจะต้องปฏิบัติเหมือนกันทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน
 - หากไม่สามารถนอนในมุ้งหรือนอนในห้องที่ติดมุ้งลวดได้ ควรใช้ยากันยุงชนิดทาผิวซึ่งมีสารสำคัญที่สกัดจากธรรมชาติ เช่น น้ำมันตะไคร้หอม (Oil of citronella), น้ำมันยูคาลิปตัส (Oil of eucalyptus) ซึ่งมีความปลอดภัยสูงกว่านํามาทาหรือหยดใส่ผิวหนังใช้เป็นยากันยุง แต่ประสิทธิภาพจะดีกว่าดีที (DEET)
 - ถ้าเป็นไปได้ควรใส่เสื้อผ้าที่หนาพอสมควรและควรเป็นเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว
 3. ให้ความรู้สู่ศึกษาแก่ประชาชนเมื่อเข้าใกล้ฤดูฝนและร่วมกันรณรงค์ให้มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงไปพร้อม ๆ กันทั้งในบ้าน โรงเรียน และแหล่งชุมชนอย่างน้อยปีละ 2-3 ครั้ง และจะต้องทำพร้อมกันทั่วประเทศโดยการโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ จึงจะได้ผลต่อการควบคุมยุงลาย
 4. ผู้ปกครองของเด็กควรสงสัยไว้ก่อนว่า บุตรหลานที่มีอาการไข้สูงในช่วงฤดูฝนอาจเกิดจากโรคไข้เลือดออก และควรรีบพาบุตรหลานไปรับการตรวจรักษาโดยเร็ว
 5. เนื่องจากไข้เลือดออกเป็นโรคระบาดโดยมียุงเป็นตัวแพร่พันธุ์ ดังนั้นเมื่อมีคนในบ้านหรือข้างบ้านเป็นไข้เลือดออก ควรบอกคนในบ้านหรือข้างบ้านด้วยว่า มีไข้เลือดออก และควรแจ้งสาธารณสุขให้มาฉีดพ่นยาเพื่อฆ่ายุง

วงจรชีวิต/พฤติกรรมของยุงลายที่เป็นพาหะ

ประเทศไทยมีประมาณ 400 ชนิด ยุงบางชนิดแค่ก่อความรำคาญโดยการดูดกินเลือดคนและสัตว์เลี้ยงเป็นอาหารเท่านั้น แต่ก็มียุงอีกหลายชนิดซึ่งนอกจากจะดูดกินเลือดเป็นอาหารแล้ว ยังเป็นพาหะนำโรคร้ายแรงต่าง ๆ มาสู่คนและสัตว์อีกด้วย

วงจรชีวิตของยุง จะมี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเป็นไข่ (egg stage) ระยะตัวอ่อน (larva stage) ระยะเป็นดักแด้ (pupa stage) และระยะตัวเต็มวัย (adult stage) ซึ่งยุงจะมีวงจรชีวิต 9-14 วัน ตัวเมียอายุประมาณ 1-3 เดือน ตัวผู้อายุประมาณ 6-7 วัน ยุงแต่ละตัววางไข่ได้ 3-4 ครั้ง จำนวน 50-300 ฟองต่อครั้ง ยุงตัวเมียเมื่ออายุได้ 2-3 วันจึงเริ่มออกหากินเลือดคนหรือสัตว์ เพื่อนำเอาโปรตีนและแร่ธาตุไปใช้สำหรับการเจริญเติบโตของรังไข่ ส่วนยุงตัวผู้จะดูดน้ำหวานเพื่อดำรงชีวิต หลังจากดูดเลือดเมื่อไข่สุกเต็มที่ ยุงตัวเมียจะหาแหล่งน้ำที่เหมาะสมในการวางไข่ หลังจากวางไข่แล้วยุงตัวเมื่อก็กินเลือดใหม่และวางไข่ได้อีก

1. ไข่

ไข่ยุงมีขนาดเล็กมากประมาณ 1 มิลลิเมตรเท่านั้น แต่ก็ยังสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ไข่ยุงมีลักษณะรูปร่างแตกต่างกันไป ไข่ยุงกันปล่องมีท่อนลอยใสๆ ติดอยู่ด้านข้างของไข่ช่วยพยุงให้ไข่ลอยน้ำได้ ไข่ยุงลายไม่มีท่อนลอยแต่เกาะติดอยู่ตามผนังภาชนะกักเก็บน้ำ เช่น โอ่งน้ำ โดยเกาะติดอยู่ตามขอบเหนือระดับน้ำ

เล็กน้อย ไข่ยุงรำคาญเรียงตัวเกาะกันเป็นแพอยู่บนผิวน้ำ ไข่ยุงเสือเกาะติดอยู่ตามขอบใต้ใบพืชน้ำบางชนิดที่อยู่ปริมน้ำยุงวางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง ระยะฟักไข่ประมาณ 2 วัน ก็จะออกมาเป็นลูกน้ำ

2. ลูกน้ำ

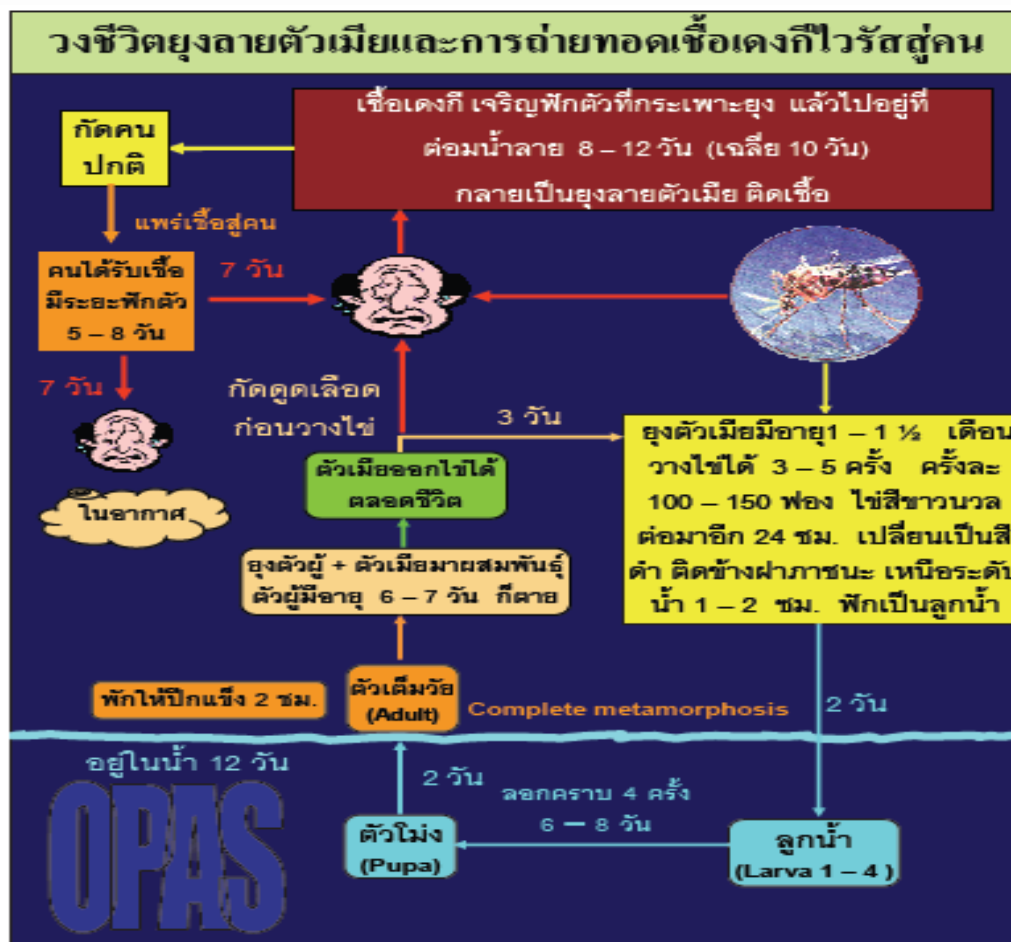
แรกเริ่มเมื่อลูกน้ำฟักออกมาจากไข่ มีขนาดเล็กมากเป็นลูกน้ำระยะที่ 1 จากนั้นลูกน้ำจะกินอาหารทำให้เจริญเติบโตขึ้นและลอกคราบเปลี่ยนเป็นลูกน้ำระยะที่ 2 ซึ่งมีขนาดโตขึ้นแต่มีรูปร่างเหมือนเดิม ลูกน้ำจะกินอาหารและเจริญเติบโตขึ้นอีกเป็นลูกน้ำระยะที่ 3 และ 4 ต่อไป การเปลี่ยนระยะแต่ละครั้งจะมีการลอกคราบเสมอ เมื่อลูกน้ำระยะที่ 4 เจริญเต็มที่ก็จะลอกคราบครั้งสุดท้าย เปลี่ยนเป็นระยะตัวมิ่ง ซึ่งมีลักษณะรูปร่างแตกต่างไปจากลูกน้ำอย่างมาก ระยะที่เป็นลูกน้ำใช้เวลาประมาณ 6 วัน ลูกน้ำยุงก็มีรูปร่างลักษณะรวมทั้งการเกาะที่ผิวน้ำและนิสัยการกินอาหารแตกต่างกันไป เช่น ลูกน้ำยุงก้นปล่องไม่มีท่อหายใจแต่เพียงรูหายใจ จึงลอยตัวขนานกับผิวน้ำและหาอาหารที่ผิวน้ำ ลูกน้ำยุงลายมีท่อหายใจสั้น เกาะที่ผิวน้ำโดยห้อยหัวอยู่ใต้น้ำและหาอาหารที่ก้นภาชนะกักเก็บน้ำ ลูกน้ำยุงรำคาญมีท่อหายใจยาว เกาะที่ผิวน้ำโดยห้อยหัวอยู่ใต้น้ำเช่นกันแต่หาอาหารที่แขวนลอยอยู่ในน้ำ

3. ตัวมิ่ง

มีลักษณะรูปร่างที่เด่นชัดคือหัวโต ตามปกติจะลอยตัวนิ่งๆ ที่ผิวน้ำ แต่ถ้าถูกรบกวนจะเคลื่อนที่ได้อย่างว่องไว ระยะตัวมิ่งนี้จะหยุดกินอาหารและเป็นระยะสุดท้ายที่ใช้ชีวิตอยู่ในน้ำ ระยะตัวมิ่งใช้เวลาประมาณ 2 วัน เพื่อให้ตัวอ่อนที่อยู่ภายในเจริญเติบโตเต็มที่ก่อนที่จะลอกคราบออกมาเป็นตัวยุงตัวเต็มวัย ระยะเวลาเริ่มจากยุงวางไข่จนกระทั่งเจริญจนถึงยุงตัวเต็มวัย ในประเทศเขตร้อนชื้นอย่างเช่นประเทศไทยนั้นใช้เวลาประมาณ 10 วันเท่านั้น แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดยุงด้วย

4. ตัวเต็มวัย

เมื่อตัวมิ่งเจริญเต็มที่ก็จะลอยนิ่งๆ อยู่กับที่ จากนั้นเปลือกหุ้มบริเวณส่วนหัวของตัวมิ่งเริ่มปริออกตัวยุงที่อยู่ภายในจะค่อยๆ ดันออกมา ขณะที่ตัวยุงโผล่พ้นเปลือกตัวมิ่งเกือบหมดเหลือเฉพาะส่วนขา ก็จะเริ่มคลี่ปีกออก เมื่อปลายขาหลุดออกมาหมดแล้วก็จะเกาะอยู่บนผิวน้ำหรือบริเวณใกล้เคียงประมาณ 2-3 ชั่วโมง เพื่อให้ปีกแข็งแรงพอที่จะบินได้ ตามปกติแล้วยุงตัวผู้ออกมาก่อนยุงตัวเมียและอาศัยบริเวณแหล่งเพาะพันธุ์ตลอดชีวิต กินอาหารพวกน้ำหวานจากพืชโดยไม่กินเลือด ยุงตัวผู้มีอายุสั้นกว่าตัวเมียส่วนยุงตัวเมียเมื่อออกมาจากตัวมิ่งจะกินอาหารพวกน้ำหวานจากพืชก่อน เพื่อให้มีพลังงาน จากนั้นก็ผสมพันธุ์โดยยุงตัวเมียผสมพันธุ์ครั้งเดียวเท่านั้นในชีวิตก็สามารถออกไข่ได้ตลอดไป เมื่อยุงตัวเมียได้รับการผสมพันธุ์แล้วก็จะหาอาหารเลือดซึ่งมีโปรตีนและธาตุอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของไข่ โดยทั่วไปถ้ายุงตัวเมียไม่ได้กินเลือด ไข่ก็ไม่เจริญจึงไม่สามารถวางไข่ต่อไปได้ ยุงแต่ละชนิดชอบกินเลือดเหยื่อแตกต่างกันไป ยุงบางชนิดชอบกินเลือดคน เช่น ยุงลาย ยุงบางชนิดชอบกินเลือดสัตว์ เช่น ยุงรำคาญ ยุงบางชนิดชอบกินทั้งเลือดคนและเลือดสัตว์เมื่อยุงได้กินเลือดเต็มที่แล้ว ก็จะไปหาบริเวณที่เหมาะสม เกาะพักนิ่งๆ เพื่อรอเวลาให้ไข่เจริญเติบโต เช่น ตามที่อับชื้น เย็น สบายลมสงบและแสงสว่างไม่มาก ยุงบางชนิดชอบเกาะพักภายในบ้านตามมุมมืดที่อับชื้น ยุงบางชนิดชอบเกาะพักนอกบ้านตามสุมทุมพุ่มไม้ที่ชุ่มชื้น ในสภาพภูมิอากาศร้อนชื้นแบบบ้านเรา ยุงจะใช้เวลาเพียง 2-3 วัน ไข่ก็สุกเต็มที่พร้อมที่จะวางไข่ได้ ยุงแต่ละชนิดเลือกแหล่งน้ำสำหรับวางไข่ไม่เหมือนกัน บางชนิดชอบน้ำใส นิ่ง เช่น ยุงลาย บางชนิดชอบน้ำโสโครกตามท่อระบายน้ำ เช่น ยุงรำคาญ ยุงบางชนิดชอบวางไข่ตามแหล่งน้ำตามธรรมชาติ เช่น ยุงก้นปล่อง ยุงวางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง เมื่อยุงวางไข่แล้วก็จะบินไปหากินเลือดอีกสำหรับไข่ในรุ่นต่อไปวนเวียนอยู่เช่นนี้จนกระทั่งยุงแก่ตาย ยุงตัวเมียโดยเฉลี่ยมีอายุประมาณ 1 เดือน ส่วนยุงตัวผู้มีอายุสั้นกว่ายุงตัวเมีย โดยเฉลี่ยมีอายุประมาณ 1 สัปดาห์



วิธีพื้นฐานทั่วไปในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออก

แนวทางการควบคุมโรค

1. การป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนช่วงระบาด เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อไวรัสในหน้าแล้ง เป็นการดำเนินงานระยะที่ 1 (Phase 1) ที่สำคัญที่สุดในการควบคุมไข้เลือดออก ตั้งแต่ปลายปีถึงต้นปี (เดือน ตุลาคม - มีนาคม) รวม 6 เดือน คือ การลดโรคไข้เลือดออกให้น้อยที่สุด หากเกิดการระบาดแล้วการควบคุมจะทำได้ยาก และสูญเสียงบประมาณเพิ่มมากขึ้น พื้นที่เป้าหมาย คือ หมู่บ้าน ชุมชน มีขั้นตอนที่ต้องพิจารณา ดังนี้

ขั้นที่ 1. วิเคราะห์ต้นตอการระบาดสืบค้นแหล่งรังโรคและพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ขั้นที่ 2. กำจัดศักยภาพของแหล่งแพร่โรค

- กำจัดภาชนะเสี่ยงสำคัญ
- จัดการแหล่งเพาะพันธุ์
- กวาดล้างลูกน้ำยุงลายให้ลดลงต่ำที่สุด HI ~0, CI =0

ขั้นที่ 3. ระวังการแพร่เชื้อ

- เฝ้าระวังไข้ ค้นหาผู้ป่วย ส่งตรวจวินิจฉัย และควบคุมพาหะ
- ป้องกันยุงกัด

2. การควบคุมโรคช่วงระบาด

ระยะที่ 2 (Phase 2) ตั้งแต่เดือนเมษายน – พฤษภาคม เป็นการ ป้องกันโรค โดยการเร่งรัดในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชนโรงเรียน สถานบริการสถานสุข/โรงพยาบาล วัด มัสยิด แหล่งท่องเที่ยว

- ระบบการรายงาน ที่รวดเร็ว
- ความทันเวลาในการควบคุมโรค
- มาตรฐานการควบคุมโรคใช้เลือดออกในพื้นที่

3. การควบคุมการระบาดของโรคให้น้อยที่สุด

ระยะที่ 3 (Phase 3) ตั้งแต่เดือนมิถุนายน- กันยายน เป็นช่วงที่ต้องมีควบคุมการระบาดของโรคให้น้อยที่สุด (น้อยกว่าค่า Target line) ต้องระงับการแพร่เชื้อ เฝ้าระวังโรค ค้นหาผู้ป่วย ส่งตรวจวินิจฉัย และควบคุมยุงพาหะ

- ระบบการรายงาน ที่รวดเร็ว
- การสอบสวนโรค
- ความทันเวลาในการควบคุมโรค
- มาตรฐานการควบคุมโรคใช้เลือดออกในพื้นที่
- ประเมินผลการดำเนินงาน ได้แก่ การประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย การประเมินประสิทธิภาพของการควบคุมโรคระดับอำเภอ

แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดโรคใช้เลือดออกระบาด

เมื่อเกิดมีผู้ป่วยโรคใช้เลือดออกเกิดในชุมชนหรือหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ต้องดำเนินการควบคุมโรคด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้โรคใช้เลือดออกสงบโดยเร็วที่สุด ไม่ให้ระบาดติดต่อไปยังชุมชนอื่น หากเริ่มดำเนินการควบคุมช้า โรคจะแพร่กระจายออกไปอย่างกว้างขวางจนเกินกำลังที่จะควบคุม โดยปกติแล้วโรคใช้เลือดออกมักจะระบาดในฤดูฝน คือ ประมาณเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน หรือเดือนตุลาคม ของทุกปี แต่ทั้งนี้สภาพภูมิอากาศในแต่ละท้องถิ่นมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ช่วงเวลาที่โรคใช้เลือดออกระบาดมีความแตกต่างกัน สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับการควบคุมการระบาด เพื่อลดการแพร่กระจายของโรค คือ การเฝ้าระวังโรค (Disease Surveillance) ที่รวดเร็ว ถูกต้อง และครบถ้วน เพื่อให้รู้การเกิดโรคได้โดยรวดเร็ว การเฝ้าระวังทางกีฏวิทยา (Vector Surveillance) สำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ติดตามการเปลี่ยนแปลงประเภทแหล่งเพาะพันธุ์ที่สำคัญ (Key Container) ของยุงลาย การเฝ้าระวังเกี่ยวกับผู้ป่วยและเชื้อ โดยศึกษาแนวโน้มของโรค ชนิดของ serotype แนวทางการปฏิบัติ มีดังนี้

1. ประกาศเตือนประชาชนให้ทราบว่ามีการใช้เลือดออกระบาดในชุมชนนั้น พร้อมกับให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ให้รู้จักวิธีการป้องกันตนเองและครอบครัวไม่ให้ยุงลายกัด ให้ความรู้วิธีปฏิบัติเมื่อเด็กป่วยหรือสงสัยว่าป่วยเป็นโรคใช้เลือดออก และวิธีการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้าน และขอให้ประชาชนให้ความร่วมมือกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่อาจมีหลงเหลืออยู่ในชุมชนให้หมดไป การกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านผู้ป่วย และบริเวณรอบบ้านผู้ป่วยควรดำเนินการในรัศมีอย่างน้อย 100 เมตร และประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ที่เกิดโรคหลังการควบคุม ควรมีค่า HI ≤ 10

2. ใช้มาตรการเร่งด่วน เพื่อควบคุมการระบาด คือ การพ่นเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย วิธีการนี้จะลดจำนวนยุงลายที่มีเชื้อใช้เลือดออกในชุมชน หากพ่นเคมีต้องครอบคลุมพื้นที่ จะช่วยลดวงจรการระบาดของโรคลงได้ ทั้งนี้ทีมควบคุมโรคต้องมีความพร้อมในการควบคุมพาหะอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย โดย

จะสามารถปฏิบัติการได้ทันทีที่ดำเนินการ ควบคุมแหล่งแพร่โรคภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อได้รับการยืนยันจากการสอบสวนผู้ป่วยโดย สสอ./สอ. ว่าเป็นพื้นที่นี้เป็นแหล่งแพร่โรค ลักษณะการพ่นเคมีควรปฏิบัติตามการกระจายของผู้ป่วย ดังนี้

2.1 หากเกิดมีผู้ป่วย ควรดำเนินการควบคุมแหล่งแพร่โรค (หมู่บ้านหรือชุมชน) โดยพ่นสารเคมีในบ้านผู้ป่วย และพื้นที่รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมีอย่างน้อย 100 เมตร ควรพ่นอย่างน้อย 2 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 7 วัน

2.2 หากเกิดมีผู้ป่วยกระจายทั่วไปในชุมชนหรือหมู่บ้าน ควรพ่นทุกหลังคาเรือนในชุมชน และควรพ่นเคมีให้มีบริเวณกั้นกลาง (Barrier Zone) ที่ปลอดภัยรอบชุมชนนั้นด้วย หากมีหมู่บ้านอื่นอยู่ข้างเคียง ก็ควรพิจารณาพ่นเคมีเพิ่มเติมให้แก่หมู่บ้านที่อยู่ใกล้เคียงนั้นด้วย

3. รายงานโรคไข้เลือดออก(DF/DHF/DSS) ทั้งรายที่สงสัยและที่ได้รับการยืนยันทันทีเพื่อการควบคุมโรค

4. พัฒนาทีมเฝ้าระวังและควบคุมโรคระดับอำเภอ ให้สามารถดำเนินการควบคุมโรคอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและทันเวลา

5. ให้สถานพยาบาลทุกแห่ง เตรียมพร้อมทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษาโรคไข้เลือดออก เพื่อรองรับการระบาด

6. ประสานความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค

Passive Surveillance เน้นคุณภาพการรายงานที่ถูกต้อง ทันเวลา

การวิเคราะห์รายงาน จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ที่ศูนย์ควบคุมโรคระดับอำเภอ จังหวัด และเขต

พัฒนาการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อการเตือนภัยในทุกระดับ (การปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ 3 ระยะ การใช้ Target line, Base line และ Median)รวมทั้งส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพยากรณ์และการเตือนภัยทางระบาดวิทยา

Active Surveillance การเฝ้าระวังผู้ป่วยมีไข้ระดับ PCU (Fever Alert) โดยให้ทีมควบคุมโรคระดับพื้นที่เข้าดำเนินการสอบสวนและควบคุม (กำจัดทำลายแหล่ง) โรคในพื้นที่ติดปกติ

Serological Surveillance สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่งตรวจ โดยเฉพาะในช่วงฤดูก่อนการระบาด เพื่อประเมินสถานการณ์การระบาดของโรค

Vector Surveillance กำหนดมาตรการป้องกันโรคโดยให้มีการลดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในทุกชุมชนของเขตเมือง และทุกหมู่บ้านจัดระบบการสุ่มสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันโรคของพื้นที่

การควบคุมการระบาด

- การสอบสวนโรคเพื่อหาแหล่งโรค ในพื้นที่ระบาดและดำเนินการควบคุมการแพร่โรค
- พัฒนาศักยภาพของ SRRT ในด้านการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ระบาด และดำเนินการควบคุมโรคได้ตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ
- การพัฒนาทีมปฏิบัติการควบคุมการระบาดในพื้นที่ โดยการสอบสวน ทำลายแหล่งยุงลาย โดยเน้นการใช้บุคลากรที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานสาธารณสุข ร่วมกับบุคลากรท้องถิ่น

2. พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค

พัฒนาศักยภาพชุมชนแบบเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เทคนิคประชาคมและใช้บทสรุปของประชาคม ในการป้องกันควบคุมโรค

สนับสนุนการสร้างชุมชนเข้มแข็งโดยดำเนินการบ้านปลอดลูกน้ำยุงลายยั่งยืนโดยใช้การประกวดและการณรงค์เพื่อการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในระดับครัวเรือน โดยใช้มาตรการทางกายภาพ ชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น

สนับสนุนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในโรงเรียน โดยเฉพาะโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยให้นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียน ชุมชน และบ้าน

ประสานงานและสนับสนุนหน่วยงาน และองค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อกำหนดแนวทางและมาตรการด้านกฎหมายในการป้องกันควบคุมโรค

3. การพัฒนาระบบบริหารจัดการในพื้นที่

ผลักดันให้เป็นนโยบายระดับจังหวัด เพื่ออำนาจการสั่งการผ่าน ผู้ว่าราชการจังหวัด/ นายอำเภอ จัดประชุมเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ อปท.เพื่อกำหนดพื้นที่เสี่ยง ทิศทาง บทบาทและเกณฑ์การติดตาม ประเมินผล ให้มีการดำเนินงานแบบPartnership

จัดระบบการควบคุมคุณภาพและประเมินผลการป้องกันโรค โดยใช้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House Index, Container Index) และการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมโรค

สรุปวิเคราะห์และแนวทางการแก้ไขของ War room เครือข่ายระดับพื้นที่ และการใช้ประโยชน์จากระบบการวิเคราะห์รายงาน

4. การประชาสัมพันธ์ และแจ้งข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความตระหนักและการให้ความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรค ผ่านหอกระจายข่าว และสื่อท้องถิ่น

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก

ตำบลวัดแก้ว อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ ปี 2548 – 2555

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกตำบลวัดแก้ว ปี 2548 – 2555 จำแนกรายเดือน

เดือน	ปี พ.ศ.ที่เกิดโรคไข้เลือดออก							
	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
มกราคม	0	0	1	1	0	0	0	0
กุมภาพันธ์	1	0	0	2	1	0	0	0
มีนาคม	0	0	0	1	0	0	1	0
เมษายน	0	0	0	0	0	1	1	0
พฤษภาคม	0	0	0	4	1	1	1	3
มิถุนายน	0	0	3	10	1	0	3	11
กรกฎาคม	0	1	3	12	16	0	7	10
สิงหาคม	1	1	5	3	12	3	6	5
กันยายน	3	2	5	1	3	5	10	4
ตุลาคม	0	0	0	2	4	2	5	0
พฤศจิกายน	1	1	0	0	1	1	4	5
ธันวาคม	0	0	0	0	0	0	0	2
รวม(คน)	6	5	17	36	39	13	38	40
อัตราป่วย	100.22	87.11	299	633	679	225.2	591.07	673.29

ที่มา : งานระบาดวิทยา สถานีอนามัยตำบลวัดแก้ว ปี 2548 – 2555

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกตำบลวัดแก้ว ปี 2548 – 2555 จำแนกรายหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	ปี พ.ศ.ที่เกิดโรคไข้เลือดออก							
	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
ม.1	0	2	5	2	16	0	1	5
ม.2	0	0	1	0	4	0	1	1
ม.3	2	1	0	0	2	1	4	3
ม.4	1	2	0	1	2	0	1	2
ม.5	2	0	4	2	4	0	2	9
ม.6	0	0	4	5	3	2	3	12
ม.7	0	0	0	1	0	1	0	0
ม.8	0	0	0	1	1	6	1	0
ม.9	0	0	1	4	2	3	6	2
ม.10	1	0	2	20	3	0	16	1
ม.11	0	0	0	0	2	0	3	4
รวม(คน)	6	5	17	36	39	13	38	40
อัตราป่วย	100.22	87.11	299	633	679	225.2	591.07	673.29

ที่มา : งานระบาดวิทยา สถานีอนามัยตำบลวัดแก้วปี 2548 - 2555

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกตำบลวัดแก้ว ปี 2548 – 2555 จำแนกตามกลุ่มอายุที่ป่วย

อายุ (ปี)	ปี พ.ศ.ที่เกิดโรคไข้เลือดออก															
	2548		2549		2550		2551		2552		2553		2554		2555	
	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ
0-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1-5 ปี	0	0	0	1	0	2	3	2	1	1	0	0	0	1	1	1
6-12 ปี	0	2	1	0	3	1	7	5	6	8	6	1	3	4	10	6
13 – 19 ปี	1	1	1	1	4	2	7	4	8	7	2	1	9	6	5	3
20 – 24 ปี	0	1	0	0	0	1	1	2	0	2	1	0	3	2	1	2
25 – 59 ปี	0	1	1	0	2	2	5	0	3	1	1	1	5	5	5	3
60 ปี ขึ้นไป	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
รวม ช/ญ	1	5	3	2	9	8	23	13	20	19	10	3	20	18	22	18
รวมทั้งสิ้น	6		5		17		36		39		13		38		40	
อัตราป่วย	100.22		87.11		299		633		679		225.2		591.07		673.29	

ที่มา : งานระบาดวิทยา สถานีอนามัยตำบลวัดแก้ว ปี 2548 – 2555

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกตำบลวัดแก้ว ปี 2548 – 2555 แยกตามการประกอบอาชีพ

หมู่บ้าน	ปี พ.ศ.ที่เกิดโรคไข้เลือดออก							
	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
ในปกครอง	0	1	2	5	2	0	1	3
นักเรียนประถม	2	1	3	12	13	7	6	13
นักเรียนมัธยม	2	2	6	7	13	2	14	11
นักศึกษา	1	0	0	1	2	0	1	6
รับจ้างทั่วไป	0	0	5	8	6	3	13	14
รับจ้างโรงงาน	0	0	0	2	0	0	1	0
แม่บ้าน	0	0	0	0	0	0	1	1
ทำสวน	0	0	0	0	1	0	0	1
ค้าขาย	1	0	1	0	1	1	1	0
เย็บตุ๊กตา	0	0	0	0	1	0	0	0
ว่างงาน	0	1	0	0	0	0	0	0
พระ/ขรก.	0	1	0	1	0	0	0	0
รวม(คน)	6	5	17	36	39	13	38	40
อัตราป่วย	100.22	87.11	299	633	679	225.2	591.07	673.29

ที่มา : งานระบาดวิทยา สถานีอนามัยตำบลวัดแก้วปี 2548 - 2555

จากตารางที่ 1 – 4 พบว่า

เวลา : การเกิดโรคไข้เลือดออกตำบลวัดแก้ว

ในปี 2548 – 2555 พบว่า การเกิดโรคของทุกปี จะเกิดสูงสุดในช่วงฤดูฝนเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม ส่วนในช่วงเวลาอื่น พบได้บ้างประปราย และพบได้ในทุกฤดูกาล

บุคคล : การเกิดโรคไข้เลือดออกตำบลวัดแก้ว

พบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง ช่วงอายุที่พบผู้ป่วยมากคือช่วงอายุ 6-12 ปี และ 13-19 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียนประถมและมัธยมศึกษามากที่สุด แต่ในกลุ่มอายุอื่นๆพบว่ามีผู้ป่วยทุกกลุ่มเช่นกัน

สถานที่ : การเกิดโรคไข้เลือดออกตำบลวัดแก้ว

ตั้งแต่ปี 2548-2555 พบว่ามีการเกิดโรคไข้เลือดออกในทุกหมู่บ้าน โดยเกิดการระบาดของโรคคือ ปี 2550 เกิดระบาดใน หมู่ 1,5,6 ปี 2551 ระบาดใน หมู่ 6,9,10 ปี 2552 ระบาดในหมู่ 1,2,5,6,10 ปี 2553 ระบาดในหมู่ 8,9 ปี 2554 ระบาดในหมู่ 3,6,9,10,11 ปี 2555 ระบาดในหมู่ 1,3,5,6,11 หมู่บ้านที่ไม่เคยเกิดการระบาดคือหมู่ 4,7 หมู่บ้านที่เกิดการระบาดบ่อยที่สุด คือ หมู่ 6 รองลงมาคือหมู่ 1,5,9,10

ซึ่งจากการวิเคราะห์ในเรื่องหมู่บ้านที่เกิดการระบาดของโรคบ่อยที่สุดคือ หมู่ 6 อาจเนื่องจากสภาพพื้นที่ที่กระจายตัวมากและประชาชนในหมู่บ้านประกอบอาชีพเพาะเห็ด ซึ่งในโรงเห็ดนั้นเป็นสภาพที่ชื้นแฉะไม่ให้ใส่ทรายเคมีในน้ำรดเห็ด ไม่ให้พ่นหมอกควันเนื่องจากจะส่งผลถึงการออกของดอกเห็ดและเป็นหมู่บ้านที่ตรงกลางเชื่อมต่อระหว่าง ม.5 และ ม.10 ที่เกิดการระบาดเช่นกัน

ม.9 และ ม.10 เป็นหมู่บ้านที่มีอาชีพเพาะเห็ดเป็นอาชีพหลักเหมือนกับ ม. 6 และยังมีบ่อเลี้ยงปลาสวยงามอีกหลายบ่อซึ่งพบลูกน้ำเป็นประจำ ไม่สามารถใส่ทรายเคมีหรือพ่นหมอกควันใกล้ๆบ่อปลาได้ ส่วนในหมู่ 5 พบข้อจำกัดในเรื่อง อสม.เปลี่ยนบ่อย ทำงานไม่ต่อเนื่อง ละแวกบ้านไม่ค่อยได้รับการดูแลนัก

2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการทำงานของ อสม. วัดแก้ว ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

ภายใต้วัตถุประสงค์นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

การทำงานของอสม. วัดแก้วในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

ภายใต้บริบทของตำบลวัดแก้วที่มีหมู่บ้านในความรับผิดชอบทั้งหมด 11 หมู่บ้านนั้น นับว่าเป็นพื้นที่กว้าง และมีสถานบริการสาธารณสุขเพียงแห่งเดียวคือ สถานีอนามัยตำบลวัดแก้ว จำนวนประชากร 5,840 คน และบ้าน 1,369 หลังคาเรือน มี อสม.จำนวนทั้งหมด 150 คน ซึ่งได้มาจากความสมัครใจและการเชิญชวนกันเข้ามาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ด้านสาธารณสุข

จากการสัมภาษณ์ คุณอุทัย ปรียาพร หัวหน้าสถานีอนามัยคนแรกซึ่งเกษียณราชการไปแล้วนั้น ได้เล่าถึงความเป็นมาว่า เมื่อประมาณ 30 ปีกว่าก่อน ประมาณ ปี 2522 เริ่มมี อสม.รุ่นแรก เข้ารับการอบรม ซึ่งตอนนั้น เรียกว่า ผสส. และมีผสส.ในสัดส่วน ผสส.1 คน: บ้านที่รับผิดชอบดูแลจำนวน 8-10 หลังคาเรือน และในแต่ละหมู่บ้าน จะมีหัวหน้าของ ผสส.เรียกว่า อสม. อสม.และ ผสส.นี้จะปฏิบัติงานช่วยงานของสถานีอนามัย โดยไม่มีค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น (ปัจจุบันผสส.ได้ปรับเป็น อสม.ทั้งหมด) แล้วรูปแบบการทำงาน ทำงานใน 14 องค์ประกอบหลักของงานสาธารณสุขมูลฐาน ทำงานด้วยความสุข เป็นที่รักของประชาชนทั่วไป เรื่องของงาน

ระบาดวิทยา โดยเฉพาะเรื่องของโรคไข้เลือดออก ไม่เคยพบว่าเป็นปัญหาของพื้นที่มาก่อนเลย ผสส./อสม.ไม่เคยที่จะต้องควบคุมโรคแบบในปัจจุบัน มีเพียงเน้นเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปเท่านั้น ในการอบรมที่ผ่านมาไม่ได้เน้นหนักเรื่องการควบคุมโรคมาก่อน และ อสม.ส่วนใหญ่ที่เป็น อสม.ในปัจจุบันก็เป็นรุ่นเก่า ซึ่งแทบจะไม่ได้ฝึกหรือทำเรื่องการควบคุมโรคเท่าไรนัก

และเมื่อได้ไปสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในอดีตกับ ผสส./อสม.รุ่นแรก ต่างก็เล่าถึงงานที่ทำร่วมกับสถานีอนามัยซึ่งเป็นงานเน้นในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชั่งน้ำหนักเด็กแรกเกิด - 5 ปีในหมู่บ้าน รมรงค์สร้างสามให้ครบ 100 % หรืองานอื่นๆ ในส่วนงานควบคุมโรค แทบจะไม่เน้น เห็นชัดๆน่าจะมีในเรื่อง การฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าในสุนัข ช่วยกันวิ่งไล่จับสุนัขอย่างสนุกสนาน โรคที่เกิดจากยุงก็จะมีเพียงไข้มาลาเรีย แต่ไม่พบในพื้นที่วัดแก้วมีแต่พื้นที่ในอำเภอสวนผึ้ง อำเภอจอมบึงมากกว่า การควบคุมโรคไข้เลือดออกแทบจะไม่ได้หยิบจับเลยก็ว่าได้

เมื่อเริ่มมีการเกิดโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้น นายสกลิต แก้วจุฬา อสม.รุ่นแรก(ม.5) เล่าว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้มีการอบรมให้ความรู้และชี้แนะวิธีการควบคุม ป้องกันโรค แต่ด้วยความที่โรคไข้เลือดออกไม่ใช่โรคร้ายแรงในความรู้สึก ก็ไม่ได้ใส่ใจ หรือสนใจมากนัก นายทองเหลือง อินทเกตุ อสม.รุ่นแรก(ม. 9) บอกเล่าเช่นกันว่า ไม่ได้ตื่นเต้นอะไร คิดว่าคงไม่ร้ายแรงเหมือนไข้จับสั่น รวมถึงชาวบ้านก็ไม่ค่อยได้สนใจด้วยบอกให้เขาดูแลตัวเอง เขาก็แค่รับฟัง

ในปี 2548 เป็นปีที่เริ่มมีผู้ป่วยไข้เลือดออกในพื้นที่มากขึ้น แต่ก็พบผู้ป่วยเพียง 4 หมู่ เท่านั้น ทำให้ยังไม่เป็นที่ตื่นตัว และผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งหาย ไม่มีอันตรายที่น่ากลัวเกิดขึ้น การควบคุมโรคยังเป็นในพื้นที่วงแคบๆเท่านั้น และส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะดำเนินการเองมากกว่า อสม.ไปช่วยในบางส่วนเท่านั้น เช่น เดินตามหรือเดินร่วมด้วยขณะควบคุมโรคในพื้นที่

ในปีต่อมา 2549 เกิดโรคไข้เลือดออกขึ้น 5 ราย ใน 3 หมู่บ้านซึ่งจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าปี 2548 และเป็นหมู่บ้านที่อยู่รอบนอกของพื้นที่ ทำให้ไม่ค่อยได้รู้ถึงการเกิดโรคนัก ยังไม่เป็นที่ตระหนักของพื้นที่ การควบคุมโรคยังเป็นไปในวงแคบ อสม.ในหมู่ที่เกิดโรคเริ่มได้เรียนรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคบ้างแล้ว แต่ในหมู่ที่ยังไม่เคยมีการเกิดโรคมาก่อนแทบจะมองภาพการควบคุมโรคไม่ออก รวมไปถึงประชาชนด้วยที่รู้จักกับโรคไข้เลือดออกน้อยมาก

ในปี 2550 เกิดมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในตำบลวัดแก้ว พบผู้ป่วยถึง 17 ราย ใน 6 หมู่บ้าน ซึ่งในปีนี้ทำให้โรคไข้เลือดออกเริ่มเป็นที่รู้จักและตื่นตัวขึ้นบ้างแล้ว อสม.เริ่มมีการพูดคุยกันในวงกว้างขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ขึ้น เริ่มมีการหาวิธีในการทำงาน เช่น จะกำจัดลูกน้ำวิธีไหน ควรทำอย่างไร แต่ก็ยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบนัก

ในปีต่อมาคือ ปี 2551 มีการเกิดโรคไข้เลือดออกขึ้นในตำบลวัดแก้ว จำนวนมากคือ ปี 2551 มีจำนวน 36 ราย โดยในปี 2551 มีการระบาดของโรคขึ้นในหมู่ 10 โดยมีผู้ป่วยหมู่เดียวถึง 20 ราย และเป็นละแวกบ้านเดียวกันเกือบทั้งหมด ซึ่งเมื่อได้พูดคุยและทบทวนการเกิดโรคในครั้งนั้นกับ อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบงานควบคุมโรคในครั้งนั้น ทุกคนต่างเล่าว่า มันเป็นการเกิดการระบาดที่เร็วมากในช่วงเวลาไม่ถึงเดือน สามารถแพร่กระจายโรคได้เร็วอย่างไม่คาดคิด ไม่เคยคิดมาก่อนว่ามันจะเร็วขนาดนี้เพียงชั่วข้ามคืน โรคผุดขึ้นเร็วมาก บ้านเดียวกันป่วย 2-3 คน เป็นประสบการณ์ที่ทุกคนตื่นเต้น ครั้งแรกที่ได้รับแจ้งว่าเกิดโรคขึ้นในบ้านหลังหนึ่งในละแวกนั้นก็ไม่คิดว่าจะเป็นเรื่องใหญ่ ไม่คิดว่าจะเป็นการระบาด การควบคุมโรคจึงไม่รัดกุม ไม่เป็นไปโดยหลักการ จนเมื่อพบว่าเกิดการระบาดขึ้นแล้ว อสม.ทั้งหมู่ลุกขึ้นมาช่วยกันควบคุมโรค มีบทบาทชัดเจนมากขึ้น ร่วมรับผิดชอบมากขึ้น ต่างคนต่างช่วยกันกระตุ้นชาวบ้าน มีการประชุมหมู่บ้านให้ช่วยกันควบคุมโรคในทุกวิธี ไม่ว่าจะเป็นการใส่ทรายเคมี การคว่ำภาชนะหรือวิธีอื่นๆได้ถูก

นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งในปี 2551 นี้ อสม.หมู่ 10 เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นอย่างดี และในปีต่อมาคือปี 2552 พบผู้ป่วยในหมู่ 3 ราย และใน 3 รายนี้ เมื่อได้รับแจ้งว่าเกิดโรคไข้เลือดออกขึ้น อสม.หมู่ 10 จะรีบออกมาดำเนินการอย่างรวดเร็วและทันเวลา สามารถควบคุมการระบาดได้ทันที นับว่า อสม.หมู่ 10 เป็นหมู่ที่ได้รับประสบการณ์ตรงและนำมาปรับใช้ได้ และในปี 2553 ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเลย แต่แล้วในปี 2554 กลับเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกขึ้นอีกครั้งหนึ่ง คือมีผู้ป่วยสูงถึง 16 ราย ซึ่ง อสม.หมู่ 10 เล่าว่า การเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดในครั้งนี้ เป็นสาเหตุจากการที่มีผู้ป่วยเกิดขึ้นรายแรก โดยไม่ทราบมาก่อนและเริ่มมีรายที่สอง และในช่วงที่เกิดรายที่สองนี้เอง เป็นช่วงที่บ้านของผู้ป่วยมีการจัดงานศพขึ้นที่บ้านเป็นเวลา 7 วัน ซึ่งใน 7 วันนี้ มีเพื่อนบ้านไปร่วมงานจำนวนมาก จึงเกิดการแพร่กระจายของโรคอย่างรวดเร็วและมีจำนวนมาก โดยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ทันทั่วทั้ง การพ่นหมอกควันไม่เป็นที่ยอมรับและในบ้านที่กำลังมีงานพิธีไม่อนุญาตให้พ่นหมอกควันได้ อสม.ม.10 เล่าถึงว่า รู้แล้วว่าจะเกิดสิ่งใดขึ้น เตรียมรับกับสถานการณ์ที่ต้องควบคุมโรคซึ่งกระจายไปทั่วหมู่บ้าน ไม่เป็นละแวกเดียวกันเหมือนปี 2551 และอสม.หมู่ 10 ได้นำประสบการณ์ที่พบมาเล่าให้กับเพื่อน อสม.ฟิงเพื่อเป็นประสบการณ์อีกด้วย

ในปี 2552 เกิดการระบาดขึ้นในหมู่ 1 บ้านท่าบ มีผู้ป่วยสูงถึง 16 ราย ซึ่งนับว่าเป็นการระบาดที่เร็วมาก เริ่มจากนักเรียนมัธยมในหมู่บ้านซึ่งเรียนอยู่อีกตำบลหนึ่งไปรับเชื้อแล้วเริ่มป่วยขึ้น ด้วยความที่ไม่เคยเกิดโรคนี้มาก่อน อสม.หมู่ 1 เจ้าของละแวกที่เกิดโรค ไม่ให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคอย่างจริงจัง (ในตอนนั้น เกิดละแวกบ้านของ อสม.ที่รับผิดชอบ อสม.ท่านนั้นเป็นแกนหลักในการควบคุมโรคเอง) คิดว่าเดี๋ยวผู้ป่วยหายดี โรคคงหมดไป ซึ่งนับว่าเป็นการคาดคะเนที่พลาด เนื่องจากเกิดการระบาดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในละแวกบ้านติดกัน เกือบทุกหลัง อสม.หมู่ 1 ทุกคนต้องออกมาช่วยกัน เหน็ดเหนื่อยอย่างมาก และเป็นบทเรียนที่ หมู่ 1 ได้รับเช่นเดียวกับหมู่ 10 และหลังจากนั้น อสม.หมู่ 1 จะตื่นตัวเร็วมากเมื่อพบว่าเกิดโรคขึ้นในหมู่อื่นๆ ในปีต่อมา ไม่พบโรคไข้เลือดออกเลย ในปี 2554 พบเพียง 1 รายและสามารถควบคุมโรคได้ แต่ในปี 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 5 รายขึ้น ซึ่งในแต่ละรายเกิดจากรังโรคต่างที่กันและคนละละแวกบ้าน ซึ่งเมื่อดูความสัมพันธ์ในการเกิดโรคไม่น่าที่จะเกี่ยวข้องกันเลย บ้านที่ป่วยอยู่กันคนละส่วนของหมู่บ้านและไม่ได้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน และเมื่อ อสม.หมู่ 1 ทราบว่ามีผู้ป่วยจะรีบดำเนินการในทันที

จากที่กล่าวมา อสม.หมู่ 1 และ หมู่ 10 เป็น อสม.ที่มีประสบการณ์ตรงและเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในกลุ่ม มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแล ป้องกันและควบคุมโรคมากกว่าหมู่อื่นๆ

ในปี 2553 ก็เกิดประสบการณ์ตรงกับ อสม.หมู่ 8 เช่นกัน เกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ราย ในช่วงเวลาเดียวกัน และในปี 2554 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในเกือบทุกหมู่บ้าน ไม่พบเพียงหมู่เดียวเท่านั้น ซึ่งนับว่า อสม.ทุกหมู่ได้เรียนรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค แต่การเรียนรู้ของแต่ละหมู่ไม่เท่ากัน ทักษะในการดำเนินงานต่างกัน และในปี 2555 เป็นปีที่น่าจะมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือพบผู้ป่วยสูงถึง 40 ราย ระบาดในหมู่ที่ 4 ,5 ซึ่งเป็นหมู่บ้านติดกันและไม่เคยระบาดมาก่อน กระบวนการควบคุมโรคตามหลักระบาดวิทยาได้เกิดขึ้นและเรียนรู้กันไปตามโรคที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ต่างกัน

วิธีการควบคุมการแพร่ระบาดในพื้นที่

เมื่อมีการเกิดโรคไข้เลือดออกขึ้นในครั้งแรกๆ การป้องกันและควบคุมโรคนั้นไม่กระชับ ฉับไว และไม่ครอบคลุม ไม่ทั่วถึง ไม่เป็นไปตามหลักการทางวิชาการนัก เช่น ออกควบคุมโรคเมื่อสะดวก ไม่ทำทันที ทำให้ควบคุมการระบาดของโรคได้ไม่ทัน เนื่องจากความไม่รู้ คาดไม่ถึง ไม่มีประสบการณ์ ซึ่งในจำนวน อสม.ทั้ง 11 หมู่บ้าน มีข้อจำกัดและแตกต่างกันในการเรียนรู้ แต่ต่อมาเมื่อเกิดการระบาดขึ้นและพบโรคในทุกหมู่ อสม.

เกิดการปรับตัว รับในหลักการมากขึ้นและร่วมหาทางออกในการควบคุมโรคกับสถานีนานามัยมากขึ้น รวมถึงสถานีนานามัยเองก็ปรับกลวิธีที่เหมาะสมกับบริบทของ อสม.มากขึ้น

จากการที่ทีมวิจัยได้ทำการศึกษาการทำงานของ อสม.รายบุคคล โดยในครั้งนี้ได้แบ่งทีมวิจัยซึ่งมี 24 คน ออกเป็น 6 ทีม เพื่อศึกษาบริบทของ อสม.จำนวน 150 คน โดยมีการทดสอบความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวของ อสม.เองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการสร้างแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตขึ้นเองและแบบทดสอบความรู้จากทางสถานีนานามัยจัดทำขึ้น พบว่า อสม.ในแต่ละคน มีบริบทซึ่งแตกต่างกันไป ทั้งในเรื่องอายุ ประสบการณ์การทำงาน อาชีพ ครอบครัว ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นงานเชิงรุก ทำให้ทีมวิจัยได้เข้าใจ อสม.แต่ละคนมากขึ้น แต่สิ่งหนึ่งที่พบว่า เป็นข้อร่วมกันของ อสม.ทั้งหมดคือ ความมีจิตสาธารณะในการเข้ามาทำงานเป็นอาสาสมัครให้กับชุมชน ในเรื่องของความรู้ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง มีทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับปานกลางเช่นกัน ส่วนในเรื่องการปฏิบัตินั้นพบว่า การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง พบจากการที่สำรวจเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมและสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้าน อสม.ทุกคน ยังคงพบลูกน้ำอยู่

ในส่วนที่พบในเรื่องของบริบท ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติของ อสม.ที่พบนั้น ทีมงานวิจัยได้ร่วมกันดำเนินการเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้กับ อสม.ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกขึ้น โดยจัดการอบรมให้ความรู้กับ อสม.ทุกคน โดยใช้หลักระบาดวิทยา โดยเรียนรู้เรื่องการระบาดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้แก่ คน/เชื้อโรค/สิ่งแวดล้อม และการวิเคราะห์การระบาดเรื่องบุคคล เวลา สถานที่ เพื่อที่จะสามารถวางแผนรับมือในการดำเนินงานต่อไปได้ และมีการตกลงมาตรการในการดูแลบ้านตนเองขึ้น โดยใช้นวัตกรรมธงสี คือการติดธงสีที่บ้าน อสม.เพื่อเป็นสัญลักษณ์ในการดูแลบ้าน โดยจะมีการสำรวจบ้าน อสม. โดยทีมวิจัยเดือนละ 1 ครั้ง เมื่อสำรวจพบว่าในบ้านและบริเวณบ้านไม่มีลูกน้ำยุงลาย จะติดธงสีเขียวไว้ที่หน้าบ้าน และบ้านใดที่พบว่ามีลูกน้ำยุงลายจะติดธงสีแดงไว้หน้าบ้าน พร้อมปรับบ้านละ 10 บาท เพื่อเป็นเงินสำหรับพัฒนาชมรม อสม.ต่อไป โดยมาตรการ “ธง” นี้ดำเนินการเป็นเวลา 1 ปี

หลังจากได้ให้ความรู้และกระตุ้นโดยมาตรการธงแล้ว 1 ปี พบว่า อสม.ที่เคยพบว่ามีทัศนคติและการปฏิบัติที่ได้น้อยถึงปานกลาง มีการเลื่อนระดับมากขึ้น และอสม.ทุกคนมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ในเรื่องของประสบการณ์ในการดำเนินงานยังคงต่างกัน ในหมู่ที่เคยเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกมาก่อน อสม.หมู่นั้นสามารถเล่าถึงขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานได้ชัดเจน ในเรื่องของการถ่ายทอดประสบการณ์พบว่า การจัดเวทีชุมชนทำให้ อสม.สามารถถ่ายทอดประสบการณ์และนำไปพัฒนาได้มากขึ้น

บทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมของแต่ละหมู่บ้าน

จากการทำเวทีสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานของทีมวิจัยชุมชน 24 คน ใน 11 หมู่บ้านนั้น ทำให้ อสม.ทีมวิจัยได้แจ้งถึงการดำเนินงานเพื่อพัฒนาทีม อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค และขอรับทราบถึงความคิดเห็น ความรู้และความเข้าใจ ความตระหนัก ในเรื่องของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการทำเวทีสร้างความเข้าใจพบว่า ชาวบ้านไม่ค่อยเข้าใจถึงเรื่องโรคไข้เลือดออก สับสนในเรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายกับยุงอื่นๆ ไม่เข้าใจถึงวิธีการในการป้องกันโรค ทั้งเรื่องการใส่ทรายเคมีที่พบว่า มีผลข้างเคียงเกิดขึ้น จึงไม่ยอมให้ อสม.ใส่ทรายเคมีลงไป และเข้าใจว่าการพ่นหมอกควันคือวิธีการที่เหมาะสมที่สุด สมควรที่จะได้ดำเนินการพ่นหมอกควันทั้งตำบลเป็นประจำ ไม่ทราบถึงการระบาดของโรคที่เกิดขึ้น (ข่าวสารไม่ถึง) ความไม่เข้าใจถึงวงจรชีวิตยุงลายทำให้ไม่สามารถจัดการกับลูกน้ำได้ทันเวลา ในเรื่องความ

รุนแรงของโรคนั้นชาวบ้านไม่เคยได้ยินว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกมาก่อน อีกทั้งยังเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ ไม่น่ากลัวนักเมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ

นอกจากนั้นยังพบว่า ชาวบ้านได้แนะนำถึง การกำจัดลูกน้ำด้วยภูมิปัญญาไทย (ปูนแดง/กำมะถัน) และมีการต่อว่าถึงการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่และ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ไม่เหมาะสม เช่น เข้าไปใส่ทรายโดยไม่ยินยอม พ่นหมอกควันไม่ทั่วถึง (เข้าใจว่าการพ่นหมอกควันต้องพ่นทุกบ้านไม่ควรทำเพียง 100 เมตรรอบบ้านผู้ป่วยตามหลักการระบาดวิทยา) และได้แนะนำการดำเนินงานในแง่มุมต่างๆเพื่อให้เข้าถึงชาวบ้าน ชาวบ้านบางคนไม่ทราบด้วยซ้ำว่า ใครคือ อสม.ของหมู่บ้านบ้าง และ อสม.คนไหนเป็น อสม.ประจำบ้านตัวเอง ควรมีป้ายชื่อแขวนขณะปฏิบัติงานและมีชื่อ อสม.ติดไว้ที่บ้านชาวบ้านพร้อมเบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือได้ทัน

พร้อมทั้งได้ให้เวทีสร้างความเข้าใจได้ร่วมประเมินให้คะแนนการดำเนินงานของ อสม.ในชุมชน เพื่อให้ อสม.ได้ทราบและมีการปรับปรุงพัฒนาต่อไป



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง “เพิ่มศักยภาพการทำงานของ อสม.ตำบลวัดแก้ว เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก” ได้ดำเนินงานแล้วเสร็จตามแผนงานที่วางไว้ในระยะที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยได้ประมวลข้อมูลที่ได้ศึกษารวบรวมมาสรุปตอบตามวัตถุประสงค์ 2 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ภายใต้วัตถุประสงค์นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลที่สำคัญ ดังต่อไปนี้
 - 1.1 **ข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการของการเกิดโรคไข้เลือดออก** ทีมวิจัยได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ความหมายของโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค ระดับความรุนแรงของโรค การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อน วิธีการรักษา วิธีการป้องกัน วงจรชีวิตของยุงลายที่เป็นพาหะ วิธีพื้นฐานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดโรค และกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก
 - 1.2 **พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค** ได้มีการดำเนินการ คือ 1) สนับสนุนการสร้างชุมชนเข้มแข็งโดยดำเนินการบ้านปลอดลูกน้ำ ยุงลายยั่งยืนโดยใช้การประกวดและการรณรงค์เพื่อการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายในระดับครัวเรือน โดยใช้มาตรการทางกายภาพ ชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) สนับสนุนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในโรงเรียน โดยเฉพาะโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยให้นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียน ชุมชน และบ้าน 3) ประสานงานและสนับสนุนหน่วยงาน และองค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อกำหนดแนวทาง และมาตรการด้านกฎหมายในการป้องกันควบคุมโรค
 - 1.3 **การพัฒนาระบบบริหารจัดการในพื้นที่** ได้มีการดำเนินงาน คือ ผลักดันให้เป็นนโยบายระดับจังหวัด เพื่ออำนวยการสั่งการผ่าน ผู้ว่าราชการจังหวัด/ นายอำเภอ จัดประชุมเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ อบต.เพื่อกำหนดพื้นที่เสี่ยง ทิศทาง บทบาทและเกณฑ์ การติดตามประเมินผล ให้มีการดำเนินงานแบบ Partnership จัดระบบการควบคุมคุณภาพและ ประเมินผลการป้องกันโรค โดยใช้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House Index, Container Index) และการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมโรค สรุปวิเคราะห์และแนวทางการแก้ไข ของ War room เครือข่ายระดับพื้นที่ และการใช้ประโยชน์ จากระบบการวิเคราะห์รายงาน
 - 1.4 **การประชาสัมพันธ์** และแจ้งข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความตระหนักและการให้ความร่วมมือ ในการป้องกันควบคุมโรค ผ่านหอกระจายข่าว และสื่อท้องถิ่น
 - 1.5 **สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก** ตำบลวัดแก้ว อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ ปี 2548 – 2555

2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการทำงานของ อสม. วัดแก้ว ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

การทำงานของอสม. วัดแก้วในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน จากการศึกษาคพบว่า

ภายใต้บริบทของตำบลวัดแก้วที่มีหมู่บ้านในความรับผิดชอบทั้งหมด 11 หมู่บ้านนั้น นับว่าเป็นพื้นที่กว้าง และมีสถานบริการสาธารณสุขเพียงแห่งเดียวคือ สถานีอนามัยตำบลวัดแก้ว จำนวนประชากร 5,840 คน และบ้าน 1,369 หลังคาเรือน มี อสม.จำนวนทั้งหมด 150 คน ซึ่งได้มาจากความสมัครใจและการเชิญชวนกันเข้ามาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ด้านสาธารณสุข

จากการสัมภาษณ์ตัวแทน อสม. พบว่า อสม.หมู่ 1 และ หมู่ 10 เป็น อสม.ที่มีประสบการณ์ตรงและเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในกลุ่ม มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแล ป้องกันและควบคุมโรคมากกว่าหมู่อื่นๆ

ในปี 2553 ก็เกิดประสบการณ์ตรงกับ อสม.หมู่ 8 เช่นกัน เกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ราย ในช่วงเวลาเดียวกัน และในปี 2554 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในเกือบทุกหมู่บ้าน ไม่พบเพียงหมู่เดียวเท่านั้น ซึ่งนับว่า อสม.ทุกหมู่ได้เรียนรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค แต่การเรียนรู้ของแต่ละหมู่ไม่เท่ากัน ทักษะในการดำเนินงานต่างกัน และในปี 2555 เป็นปีที่มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ พบผู้ป่วยสูงถึง 40 ราย ระบาดในหมู่ที่ 4,5 ซึ่งเป็นหมู่บ้านติดกันและไม่เคยระบาดมาก่อน กระบวนการควบคุมโรคตามหลักระบาดวิทยาได้เกิดขึ้นและเรียนรู้กันไปตามโรคที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ต่างกัน

ผลการวิจัย หลังจากได้ให้ความรู้และกระตุ้นโดยมาตรการจริงแล้ว 1 ปี พบว่า อสม.ที่เคยพบว่า มีทัศนคติและการปฏิบัติที่ได้น้อยถึงปานกลาง มีการเลื่อนระดับมากขึ้น และ อสม.ทุกคนมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ในเรื่องของประสบการณ์ในการดำเนินงานยังคงต่างกัน ในหมู่ที่เคยเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกมาก่อน อสม.หมู่นั้นสามารถเล่าถึงขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานได้ชัดเจน ในเรื่องของการถ่ายทอดประสบการณ์พบว่าการจัดเวทีชุมชนทำให้ อสม.สามารถถ่ายทอดประสบการณ์และนำไปพัฒนาได้มากขึ้น