

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของเกษตรกร ตำบลนาจำปา อำเภอคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้ศึกษา ได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ รวมถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากหนังสือวิชาการและจากเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส
2. ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส
3. การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส
4. พฤติกรรมสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส

โรคเลปโตสไปโรซิส พบครั้งแรก ปี พ.ศ. 2429 เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่มียันตรายร้ายแรงและถูกจัดให้เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตุนิบัติ เนื่องจากมีการระบาดและอัตราการตายเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก โรคนี้มีสาเหตุจากเชื้อ *Leptospira Interrogans* คนได้รับเชื้อเลปโตสไปรา จากการสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะหรือเลือดของสัตว์ที่ติดเชื้อ หรือน้ำ ดินที่ปนเปื้อนเชื้อ¹ นอกจากนี้เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายโดยการชอนไช ตามรอยถลอกของผิวหนัง² และจากการรับประทานอาหารและน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ³ เชื้อเลปโตสไปรา สามารถไชผ่านเยื่อบุทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ เยื่อตาได้ด้วย เชื้อนี้มีสัตว์ป่าและสัตว์เลี้ยงเป็นรังโรค โดยเชื้อจะอยู่ที่ไตและถูกขับออกมากับปัสสาวะ แล้วปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อม สัตว์ที่ได้รับเชื้อมักไม่มีอาการ แต่จะปล่อยเชื้อออกมากับปัสสาวะได้เรื่อย ๆ ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ คนที่มีอาชีพที่ต้องสัมผัสสัตว์ ดินและน้ำ เช่น ชาวไร่ ชาวนา คนเลี้ยงสัตว์ และผู้ที่ต้องสัมผัสน้ำ เช่น ล่องแก่ง ว่ายน้ำ หาดปลา เป็นต้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ประเทศไทย มีการรายงานโรคเลปโตสไปโรซิสครั้งแรกในปี พ.ศ. 2485 หลังจากนั้น มีรายงานผู้ป่วยมาโดยตลอด (ศิริลักษณ์ อนันต์ฉวีศิริ, 2543) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานอัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ไว้ไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร และจากระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี 2547

– 2551 พบอัตราป่วย ระหว่าง 2.42 - 6.29 ต่อแสนประชากร อัตราตายระหว่าง 0.04, - 0.11 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตาย ระหว่าง 1.40 - 1.73 ต่อแสนประชากร (สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งในระดับประเทศพบว่าอัตราป่วย ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

จังหวัดกาฬสินธุ์ จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรคติดต่อ พบผู้ป่วย 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – 2551 ระหว่าง 151- 376 ราย อัตราป่วย ระหว่าง 15.45- 38.47 ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต ตั้งแต่ ปี 2547 – 2551 ระหว่าง 0 - 15 ราย อัตราตาย ระหว่าง 0.00 - 1.52 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ระหว่าง 0.00 - 3.94 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราป่วยของผู้ป่วย ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข

ในปี 2552 มีรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2552 จนถึง สิ้นเดือน พฤศจิกายน 2552 พบผู้ป่วย 244 ราย เสียชีวิต 12 ราย อัตราป่วย 24.96 ต่อแสนประชากร อัตราตาย 1.22 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 4.92 และเมื่อพิจารณาการกระจายของโรคตามพื้นที่ พบผู้ป่วยกระจายอยู่ในทุกอำเภอของจังหวัด ยกเว้นอำเภอท่าคันโท มีรายงานพบผู้ป่วยสูงสุดในช่วงเดือน กันยายน จำนวน 37 ราย อำเภอที่มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ อำเภอเขาวง อัตราป่วย 62.51ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอภูผามาศ อำเภอคอนจันทน์ อัตราป่วยเท่ากับ 53.55 และ 43.43 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าการเกิดโรคในปี 2552 มีผู้ป่วยไม่สูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ อัตราป่วยไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน และ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – 2552 กลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี และจากการวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา อาชีพที่ป่วยมากที่สุด คือ ผู้อาชีพเกษตรกรรม ทำนา (งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2552)

อำเภอคอนจันทน์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพื้นที่ 194,961 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 5 ตำบล 6 สถานีอนามัย มี 48 หมู่บ้าน 6,167 หลังคาเรือน มีประชากร 25,328 คน ห่างจากจังหวัดกาฬสินธุ์ 32 กิโลเมตร ในปี 2552 มีรายงานผู้ป่วย โรคเลปโตสไปโรซิส 11 ราย อัตราป่วย 43.43 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต (งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2552) ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของอำเภอคอนจันทน์ ที่จะต้องรีบดำเนินการ แก้ไข ตำบลนาจำปา เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอคอนจันทน์ มี 9 หมู่บ้าน มีประชากร 4,108 คน (สถานีอนามัยบ้านนาจำปา, 2552) ในปี 2552 มีผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 73.03 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต (งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2552) ประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมทำนา 2,149 คน คิดเป็น ร้อยละ 52.31 (สถานีอนามัยบ้านนาจำปา, 2552) จากสถานการณ์การระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส ในพื้นที่ตำบลนาจำปา ผู้ป่วย

ทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำนา ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค กรมควบคุมโรค ได้กำหนดนโยบายในการดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ มาตรการ 4E 2C ในปี 2553 ประกอบด้วย

1. Early detection คือต้องค้นหาโรคเร็ว ทั้งก่อนและหลังการระบาดของโรค ซึ่งทีม SRRT ในระดับเขตและจังหวัดจะต้องเฝ้าระวังและสอบสวนโรคให้ทันต่อเหตุการณ์
2. Early Diagnosis คือต้องมีการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ
3. Early Treatment เนื่องจากโรคนี้หากผู้มีอาการมาพบแพทย์ช้า การรักษาที่หวังผลได้น้อย โดยเฉพาะเมื่อเกิดสถานะของไตวาย หรือเกิดภาวะของการติดเชื้อในปอด ซึ่งสิ่งที่ตามมาคืออาการช็อก
4. Early Control เพื่อเป็นการป้องกันการระบาดของโรค การควบคุมและป้องกันโรคจะต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว
5. Coordination จะต้องมีความร่วมมือในการดำเนินการทั้งด้านวิชาการและการควบคุมโรคทั้งในคนและในสัตว์โดยอาศัยความร่วมมือจากนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย กรมปศุสัตว์และนักวิชาการสาธารณสุข
6. Community Involvement การเกิดโรคนี้เป็นการเกิดโรคจากความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ ดังนั้นการที่จะป้องกันโรคนี้ จึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งด้านการป้องกันตนเอง การเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis)

โรคเลปโตสไปโรซิส เป็นกลุ่มอาการของโรคจากเชื้อแบคทีเรียที่ติดต่อมาจากสัตว์หลายชนิด ก่ออาการหลากหลายขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ (Serovars) และปริมาณเชื้อที่ได้รับ การติดเชื้อมีทั้งไม่ปรากฏอาการ มีอาการอย่างอ่อน อาการรุนแรงหรือถึงขั้นเสียชีวิต คนที่ติดเชื้อโรคนี้ส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการหรือแสดงอาการอย่างอ่อน

1. เชื้อโรค เชื้อ *Leptospira interrogans* เป็นแบคทีเรียชนิดเลปโตสไปรา มีลักษณะเป็นเส้นเกลียวบางขนาดกว้างประมาณ 0.1 ไมโครเมตร ยาว 6 - 20 เมตร เคลื่อนไหวได้รวดเร็วโดยการหมุน หรือการไถ่งอ โดยมากปลายทั้งสองข้างหรือข้างใดข้างหนึ่งจะ ไถ่งหรืองอเป็นขอ แต่อาจพบเชื้อที่เป็นเส้นตรงซึ่งมักจะหมุนและเคลื่อนไหวได้ช้ากว่า เชื้อ *Leptospira* มีเยื่อหุ้ม 3 - 5 ชั้น เป็นเยื่อหุ้มชั้นนอก ภายในเซลล์เป็น protoplasmic cylinder ซึ่งประกอบด้วยชั้น peptidoglycan และ cytoplasmic membrane ซึ่งหุ้ม cytoplasm ของปลายเซลล์ทั้งสองด้านจะมี flagella ข้างละ 1 เส้น cytoplasmic ประกอบด้วย นิวเคลียส ไรโบโซม มีโบโซมและอินคลูชันบอดี เชื้อเลปโตสไปรา มี

endotoxin เชื้อเลปโตไสปรา อยู่อย่างอิสระและเชื้อเลปโตไสปรา สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อม ดิน โคลน แอ่งน้ำ ร่องน้ำ น้ำตก แม่น้ำลำคลอง ได้นานเป็นเดือน (มีรายงานพบเชื้อมานานถึง 6 เดือน ใน น้ำท่วมขัง) ถ้าปัจจัยสิ่งแวดล้อมเหมาะสม กล่าวคือ มีความชื้นพอ บริเวณที่มีร่มเงาแสงแดดส่องไม่ถึง ความเป็นกรด่างปานกลาง หรือค่อนข้างเป็นด่าง (PH 7.2 - 8.0) ถ้า PH สูงกว่า 8.0 หรือต่ำกว่า 6.0 จะเป็นสภาวะที่ไม่เอื้อต่อการอยู่รอดของเชื้อ อุณหภูมิประมาณ 28 - 32 องศาเซลเซียส จะเหมาะแก่การอยู่รอดของเชื้อ แต่อุณหภูมิ 42 องศาเซลเซียสขึ้นไป จะฆ่าเชื้อได้ และที่อุณหภูมิ 57 องศาเซลเซียสเชื้อจะตายภายใน 2 - 3 นาที แสงแดดและความแห้งจะทำให้ลายเชื้อได้รวดเร็ว ในพื้นดินที่แห้งเชื้อจะตายภายในไม่กี่ชั่วโมง การติดเชื้อเกิดจากการสัมผัสกับเชื้อในปัสสาวะสัตว์โดยตรง หรือ โดยการสัมผัสสภาพแวดล้อมที่ปนเปื้อนปัสสาวะที่มีเชื้อมานี้ โดยลักษณะเชื้อลำตัวจะเป็นเกลียวและ ไขเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังตามรอยแผล เชื้อบุอ่อน เช่น เชื้อบุตา ปาก จมูก และยังสามารถไขเข้าสู่ ผิวหนังปกติที่เปียกชุ่ม ผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน มักติดเชื้อชนิดที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง ได้แก่ ชนิด อิกเทอโรฮีโมราเจีย (Icterohemorrhagia) และชนิดปัตตาเวีย (bataviae) โดยพบมีไข้ อาการเหลือง เลือดออก และ ไตวาย มากกว่าที่พบในการติดเชื้อชนิดอื่น ๆ อาการทางคลินิกของผู้ติดเชื้อแต่ละ ชนิด มีตั้งแต่รุนแรงน้อย (mid) รุนแรงมาก (severe) จนถึงทำให้เสียชีวิต พยาธิสภาพที่เกิดจากเชื้อ แต่ละชนิดมีความคล้ายคลึงกัน และลักษณะอาการทางคลินิก ไม่พบมีความจำเพาะต่อชนิดของเชื้อ (คาริกา กิ่งเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)

2. การติดต่อและการแพร่กระจายโรค เลปโตไสปโรซิสเป็นโรคของสัตว์ที่ติดต่อมายังคนได้ โดยทั่วไปแต่ละชีโรไทป์จะมีสัตว์ที่เป็นโฮสต์เฉพาะของแต่ละชนิด เช่น L.Canicala ในสุนัข L.Icterohaemorrhagiae ในหนู L.Pomona ในโคและสุกร เป็นต้น แต่พบว่าชีโรไทป์ที่ก่อโรคได้นั้น สามารถแพร่เชื้อระหว่างสัตว์เชื้อสายเดียวกันได้ ยังสามารถแพร่เชื้อให้สัตว์ต่างเชื้อสายได้ด้วย แต่ จะก่อให้เกิดอาการของโรคต่าง ๆ กันไปในสัตว์แต่ละชนิด ตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนถึงขั้นรุนแรง จนเสียชีวิต นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมในระหว่างสายพันธุ์ได้บ่อย ซึ่งมีการระบาดของโรคทั้งในคนและสัตว์

สัตว์ที่เป็นรังโรค (reservoir host) ซึ่งกักเก็บเชื้อโรคคือ หนู สัตว์ฟันแทะ และสัตว์อื่นๆ เช่น สุนัข โดยอาจจะไม่แสดงอาการหรือแสดงอาการเพียงเล็กน้อยจนถึงรุนแรง สัตว์เหล่านี้จะมี เชื้ออยู่ในไตและถูกขับออกมากับปัสสาวะได้เป็นระยะเวลายาวนาน เมื่อเชื้อถูกขับออกมา จากร่างกายของสัตว์มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เชื้อจะมีชีวิตที่สั้นลง ในบางพื้นที่ พบเชื้อในสัตว์เลี้ยงอื่น ๆ เช่น สุกร แพะ แกะ โค กระบือ รวมทั้งพบในสัตว์ครึ่งบกครึ่งน้ำ เช่น กบ คางคก ปลา หอย สัตว์เลื้อยคลาน นก คนเป็นโฮสต์โดยบังเอิญและยังไม่พบการแพร่เชื้อจากคน ไปสู่คน คนติดเชื้อโดยเชื้อจะไขเข้าสู่ผิวหนังที่มีรอยแตก รอยถลอก รอยขีดข่วน หรือเชื้อเข้าตาม

เยื่อ (mucous membrane) ของจมูก ปาก ตา เมื่อคนไปสัมผัสกับปัสสาวะหรือเนื้อของสัตว์ที่ป่วยเป็นโรค (คาริกา กิ่งเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)

3. พยาธิกำเนิด เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนโดยผ่านผิวหนังหรือบาดแผลหรือเข้าทางเยื่อจมูก ปาก ตา เชื้อจะเข้าไปเจริญแบ่งตัวในกระแสเลือดเป็นจำนวนมาก และแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย โดยเฉพาะที่ตับ ไต สมอง และระบบประสาทส่วนกลาง เกิดการอักเสบของอวัยวะดังกล่าว เช่น ตับโต อาการเหลือง (jaundice) จะปรากฏในวันที่ 2 - 5 หลังจากมีไข้ และตัวเหลือง ตัวเหลืองต่างจากตัวเหลืองของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจะตัวเหลืองขณะอาการดีขึ้นถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน บางรายพบตับมีอาการบวมเล็กน้อย ซึ่งเกิดจากการคั่งของเลือดภายในตับ พยาธิสภาพที่พบภายในไตคือ ไตอักเสบ (interstitial nephritis) รวมทั้งทำให้ไตวาย (renal failure) ในที่สุด ลักษณะอาการแสดงของโรคเลปโตสไปโรซิส ชนิดรุนแรง ซึ่งจะพบเลือดออกได้ในอวัยวะต่าง ๆ ตัวเหลือง ตับและไตล้มเหลวและทำให้เสียชีวิตได้ (คาริกา กิ่งเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)

4. ระยะฟักตัวของโรค ระยะฟักตัวในคนปกติ 7-12 วัน หรืออยู่ระหว่าง 2 - 29 วัน (คาริกา กิ่งเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)

5. อาการและอาการแสดง อาการทางคลินิกของโรคอาจแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 2 กลุ่ม ได้แก่

5.1 กลุ่มไม่มีอาการเหลือง (อาการไม่รุนแรง) อาการทางคลินิกที่พบในกลุ่มที่อาการไม่รุนแรง ได้แก่ ไข้เฉียบพลัน (ไข้สูง 38 - 40 องศาเซลเซียส) อาจมีหนาวสั่นร่วมด้วย เยื่อบุตาบวมแดง (conjunctival suffusion) ปวดศีรษะและปวดกล้ามเนื้อรุนแรง โดยเฉพาะที่น่อง โคนขา กล้ามเนื้อหลัง มีอาการกดเจ็บกล้ามเนื้อดังกล่าวร่วมด้วย อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน อาการพบตั้งแต่หนึ่งวันถึงหลายวัน ลักษณะของไข้เป็นระยะมีไข้สลับกับระยะไข้ลดและระยะกลับมีไข้อีกครั้ง (biphasic) ระยะแรกเป็นระยะที่มีเชื้อในกระแสเลือดและน้ำไขสันหลัง ระยะนี้สั้นประกอบด้วยไข้ขึ้นอีกครั้ง (recurrence of fever) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) และมีเชื้อออกมาในปัสสาวะ อย่างไรก็ตามลักษณะของไข้ที่เป็น biphasic ไม่พบในผู้ป่วยทุกราย

5.2 กลุ่มที่มีอาการเหลือง (อาการรุนแรง) อาการทางคลินิกในกลุ่มที่มีอาการรุนแรง ไม่พบลักษณะไข้แบบ biphasic กลุ่มนี้อาการในระยะแรก (septicemic illness) จะไม่หายไป ความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นโดยพบมีอาการเหลือง และไตวาย อาการทางคลินิกประกอบด้วยอาการที่พบในกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรงร่วมกับอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพในอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ มีผื่นที่เพดานปาก (palatal exanthem) มีจุดเลือดออกตามผิวหนังและเยื่อ ตับ ไตวาย ดีซ่าน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (ทำให้ความรู้สึกสับสน เพ้อ ซึม) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบอาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ โดยมีหรือไม่มีอาการไอเป็นเลือด (hemoptysis) กลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบไม่ถึงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด กลุ่มนี้อาการเหลืองจะเกิดระหว่างวันที่ 4-6 ของโรค ปัสสาวะออกน้อยเกิดในสัปดาห์ที่ 2

ของโรคแต่อาจพบได้ตั้งแต่วันที่ 4 ของโรค ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะนี้หรือต้นสัปดาห์ที่สามจากภาวะไตวาย ภาวะเลือดออกอย่างรุนแรงเป็นสาเหตุของการตายจากโรคนี้ได้ การเสียชีวิตเนื่องจากภาวะไตวาย พบน้อย อัตราป่วยตายในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงและไม่ได้รับการพยาบาลร้อยละ 15-40 ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงจะมีจำนวนมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความเร็วในการเข้ารับการรักษา รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (ดารีกา กังเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)

6. อาการแสดง (signs) ที่สำคัญทางคลินิก

6.1 ภาวะเยื่อตาขาวแดง (conjunctival suffusion) เกิดขึ้นในตาทั้งสองข้าง ภายใน 3 วันแรกของโรคและอยู่ได้นานตั้งแต่ 1 วันถึง 1 สัปดาห์ อาจพบร่วมกับเลือดออกที่ตาขาว (conjunctival hemorrhages) ข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้แต่ไม่ใช่ตาแดงที่เกิดจากการอักเสบชนิด เป็นหนอง

6.2 ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะน่อง

6.3 มีเลือดออก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีอาการเหลือง เช่น จุดเลือดออกตามผิวหนัง (petechiae) ผื่นเลือดออก (purpuric spots) เลือดออกใต้เยื่อตา (conjunctival suffusion) หรือเสมหะเป็นเลือด บางครั้งอาจพบผื่นเลือดออก 2-3 แห่งที่หน้าอก ท้อง หรือแขน เชื่อว่าเกิดจากเส้นเลือดฝอยที่เปราะ ซึ่งสามารถตรวจพบได้โดย (Tourniquet for capillary fragility test) การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตรัดต้นแขนที่ความดันโลหิตเท่ากับค่าที่อยู่ระหว่างความดัน diastolic และ systolic เป็นเวลา 5-10 นาที แล้วตรวจสอบว่ามีจุดเลือดออกตามผิวหนัง ในพื้นที่เส้นผ่านศูนย์กลาง 2.5 ซม. ที่บริเวณท้องแขนด้านในได้บริเวณที่วัดความดันโลหิตหรือไม่ ถ้าพบมีปริมาณ 10-20 จุด แสดงว่ามีความเปราะของเส้นเลือดฝอย

6.4 ผื่น อาจพบได้หลายแบบเช่น ผื่นแดงราบ ผื่นแดง ผื่นและตุ่มแดง ผื่นลมพิษ ซึ่งผื่นเหล่านี้อาจพบเฉพาะที่หรือเป็นได้ทั่วตัว ผื่นมักจะป็นชั่วคราวและบางรายอาจจะพบมากกว่าหนึ่งสัปดาห์ได้

6.5 อาการเหลือง มักจะก่อให้เกิดปัญหา ในการตรวจทางคลินิก ถ้ามีอาการเหลืองน้อย ๆ อาจจะต้องตรวจในที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ อาการเหลืองจะเกิดระหว่างวันที่ 4-6 ของโรค แต่อาจเกิดได้เร็วตั้งแต่วันที่ 2 ที่มีอาการ (ดารีกา กังเนตร และ วราลักษณ์ ดังคณะกุล, 2544)

7. กลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ คนที่มีอาชีพที่ต้องสัมผัสสัตว์ ดิน และน้ำ เช่น ชาวไร่ ชาวนา คนเลี้ยงสัตว์ และผู้ที่ต้องสัมผัสน้ำ เช่น ล่องแก่ง วาดน้ำ หาปลา เป็นต้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2544) การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นในบ้านจากสัตว์เลี้ยง โดยเฉพาะสุนัข โดยมักจะเกิดจากการติดเชื้อในเด็กหรือแม่บ้าน การให้วัคซีนป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสกับสุนัขสามารถป้องกันการเกิดโรคในสุนัขได้แต่ไม่ป้องกันการเป็นพาหะนำโรค อาชีพ

อื่นที่อาจจะติดเชื้อได้ เช่น ผู้ที่ทำงานในห้องปฏิบัติการ ผู้ที่ทำงานกับท่อระบายน้ำ เพราะฉะนั้นการซักประวัติทางระบาดวิทยาควรจะต้องถามอาชีพ และกิจกรรมที่อาจจะทำให้สัมผัสเชื้อได้ง่ายขึ้น ภายใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตลอดจนสัตว์เลี้ยงในบ้านหรืออุบัติเหตุต่างๆ

การติดเชื้อเลปโตสไปรา ส่วนใหญ่เกิดจากสภาวะแวดล้อมที่ชื้นแฉะ ฉะนั้นในบางพื้นที่ซึ่งมีอากาศค่อนข้างอุ่น ฝนตกบ่อย และเป็นพื้นที่ปลูกข้าวหรือพืชไร่ ผู้ที่ทำงานในพื้นที่นี้จะมีโอกาสสัมผัสปัสสาวะของสัตว์ที่มีเชื้ออยู่ได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมล่าโคลน เช่น นำนาน ๆ ซึ่งคนทุกเพศทุกวัยสามารถเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ (วนิดา เวียงพิทักษ์, 2541).

การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคโรคเลปโตสไปโรซิส (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2544) โดยมีมาตรการ การป้องกันโรค ดังต่อไปนี้

1. มาตรการป้องกันโรค

1.1 หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำ แห่หรือลุยในน้ำที่อาจปนเปื้อนเชื้อจากปัสสาวะสัตว์นำโรค หรือถ้าจำเป็นควรสวมรองเท้าบู๊ต

1.2 ป้องกันการ โรคแก่ผู้ที่ทำงานที่เสี่ยงต่อโรค เช่น ใช้ถุงมือยาง รองเท้าบู๊ต ฯลฯ

1.3 ตรวจสอบแหล่งน้ำ ดินทรายที่อาจปนเปื้อนเชื้อ ถ้าเป็นน้ำในท่อระบายน้ำ ควรล้างระบายน้ำที่ปนเปื้อนออกไป

1.4 ถ้าพบสัตว์ติดเชื้อต้องแยกออกเพื่อป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อไปยังสัตว์ตัวอื่น ๆ หรือเกิดการปนเปื้อนเชื้อบริเวณที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน แหล่งพักผ่อนท่องเที่ยว

1.5 ควบคุมกำจัดหนูในบริเวณที่อยู่อาศัยของคน โดยเฉพาะในเขตชนบทและบริเวณที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน แหล่งพักผ่อนท่องเที่ยว ฯลฯ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคแก่ปศุสัตว์ (เช่น โค กระบือ) และสัตว์เลี้ยง (เช่น สุนัข) จะช่วยป้องกันโรคได้ แต่ป้องกันการติดเชื้อและการขับเชื้อทางปัสสาวะไม่ได้ วัคซีนที่ใช้ต้องมี serovar ที่พบมากในท้องถิ่นนั้น

2. การควบคุมผู้ป่วย ผู้สัมผัส และสิ่งแวดล้อม

2.1 เมื่อพบผู้ป่วยต้องแจ้งไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่น

2.2 ระวังการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

2.3 สิ่งของเครื่องใช้ที่ปนเปื้อนปัสสาวะ ต้องนำไปฆ่าเชื้อ

พฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดของทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ เริ่มจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งคิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพร่างกายที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกลัวว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ, 2536)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์มากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจได้ และทำการควบคุมได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์(อ้างอิงใน กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ. 1950 – 1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล แต่ไม่ได้รับความสนใจจากประชาชนมากนัก ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองและวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยังไม่มีอาการใด ๆ เช่นในกรณีการตรวจสุขภาพและป้องกันโรค วัณโรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รูมาติก โรคโปลิโอ โรคไขหวัดใหญ่ เป็นต้น (อ้างอิงใน กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว ได้แก่ Godfrey M.Hochbaum, S.Stephen kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M.Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้น ชื่อของ Rosenstock (1966) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่น ๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive valence) แรงด้านลบ (Negative valence) และส่วนที่เป็นกลาง (relative neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วน

แรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันบุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือ ส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและลบ พฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึง การตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุ เป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จ หรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้น ๆ ซึ่ง Lewin และคณะ ได้ตั้ง สมมุติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ (1) คุณค่าของ ผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการ เกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้น ๆ (Maiman and Becker, 1974; Mikhail, 1981) (อ้างอิงใน กองสุก ศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในครั้งแรกโดย Hochbaum และคณะนั้น ได้ เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็น ตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ” คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการ กระทำของบุคคลยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วย เหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้อง (อ้างอิงใน กองสุก ศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้อง มีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรง ต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคของโรคถ้าเกิดป่วย เป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการ ปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น (อ้างอิงใน กองสุก ศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

จากการที่ Kasl และ Cobb (1966) (อ้างอิงใน กองสุก ศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข, 2542) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health – related behavior) ว่า “พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรค” (Preventive health behavior) คือกิจกรรม ของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือวินิจฉัยโรคในระยะ เริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ “พฤติกรรมเจ็บป่วย” (Illness behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่ รู้สึกไม่สบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการเฝ้าระวังรักษาที่เหมาะสม

และ “พฤติกรรมของผู้ป่วย” (sick-role behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหลายลักษณะที่แตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็นโรคแล้วจึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น (อ้างอิงใน กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

บลูม (Bloom, 1975) (อ้างอิงใน กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำอาจเป็นสิ่งสังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain)
2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain)
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain)

1. พฤติกรรมด้านความรู้ พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นกระบวนการทางด้านสมอง เป็นความสามารถทางด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิดวิจารณ์ญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ จัดจำแนกได้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปยาก ดังนี้

- 1.1 ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้ หรือระลึกได้
- 1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ ก็จะต้องมีความรู้มาก่อนถึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน
- 1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิชาการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์และแนวคิดต่างๆ ไปใช้
- 1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกร่องรวมที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่างๆ เข้าเป็นส่วนร่วมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมิน (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยดีราของสิ่งของต่างๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่า อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมา หรือมีอยู่แล้วก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ เจตคติ เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ เจตคติการให้คุณค่าการปรับปรุงค่านิยม การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ กัน จะบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม

ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติได้ ดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ ประกอบด้วย ความตระหนัก ความยินดีที่จะรับ และการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกลึกซึ้งต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ ประกอบด้วย ความยินยอม ความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบ และการผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมนั้น ในการจัดกลุ่มนี้ ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม และการจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลากหลายชนิดและจัดอันดับของค่านิยมนั้น จากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางการปฏิบัติ และการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่บุคคลปฏิบัติออกมา โดยมีด้านความรู้และด้านเจตคติเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน แต่นักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติได้

จากนิยามที่กล่าวมาทั้งหมด พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งกรมควบคุมโรคติดต่อ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้จัดแบ่งการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (Primary prevention) การป้องกันขั้นนี้เป็นการป้องกันในระยะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น โดยการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิด ทั้งนี้เพื่อที่จะ

ป้องกันไม่ให้เกิดอาการหรือแสดงอาการของโรคเกิดขึ้น โดยมุ่งไปที่ระบบมีความไวต่อการเกิดโรค (Stage of susceptibility) จะดำเนินการในคนที่ภูมิไวรับสูง จนถึงก่อนมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น (ไพบูลย์ โล่สุนทร, 2547) การป้องกันและควบคุมการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส

2. พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่จะจัดโรคให้หมดไป ก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและเอกซเรย์ปอดในรายที่มีปัญหาโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง หรือการเจาะโลหิตของผู้ป่วยเพื่อหาเชื้อโรคเลปโตสไปรา เพื่อประโยชน์ในการรักษา

3. พฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) การป้องกันขั้นนี้ เป็นการป้องกันในระยะมีความพิการหรือป่วยมาก (Stage of disability or advance disease) การป้องกันขั้นนี้ เป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความพิการของโรค ตลอดจนผลเสียต่างๆที่จะตามมาหลังจากการเป็นโรค การป้องกันระยะนี้เป็นการป้องกันในขณะที่โรคเป็นมาแล้ว นับว่าเสี่ยงต่ออันตรายและได้ผลน้อยกว่าการป้องกันสองระดับแรก การป้องกันระยะที่สามประกอบด้วย (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

3.1 การจำกัดความพิการ (Disability Limitation)

3.2 การฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation)

โรคเลปโตสไปโรซิสส่วนใหญ่ไม่เกิดความพิการ แต่จะมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ปอดบวม หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้ออักเสบ สมอและไขสันหลังอักเสบ Guillain-Barre syndrome (เป็นกลุ่มอาการไข้และเส้นประสาทหลายเส้นอักเสบอย่างเฉียบพลัน) Reye's syndrome (กลุ่มอาการที่มีพยาธิสภาพทางสมองและเสื่อมสลายของไขมันในตับ) และกล้ามเนื้อและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการดิ้นรน มีเลือดออกตามอวัยวะภายใน และตา เยื่อหุ้มสมองอักเสบ นอกจากนี้ยังมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอ หายใจขัด ไอเป็นเลือด ตับและไตวาย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับนี้ จึงเน้นการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและการเสียชีวิตของผู้ป่วย (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

พฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โรคเลปโตสไปโรซิส เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน (Zoonotic Disease) ที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นการป้องกันและการควบคุมการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส จึงมีผลในการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคได้ เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแหล่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ รวมทั้งลักษณะทางระบาดวิทยาที่เอื้ออำนวยต่อการแพร่ระบาดของโรคได้แล้วพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข มีหลักในการปฏิบัติ ดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ลดการปนเปื้อนเชื้อในสภาพแวดล้อม ควบคุมจำนวนหนูทั้งในบริเวณที่อยู่อาศัย พื้นที่ทำการเกษตรกรรม

1. หลีกเลี่ยงการลงไปแช่น้ำหาปลา ในแหล่งน้ำที่วัว ควาย ลงไปแช่น้ำ
2. หลีกเลี่ยงการลงไปอาบแช่ในแหล่งน้ำ ที่พบว่ามีหนูชุกชุม
3. หลีกเลี่ยงกับการสัมผัสปัสสาวะวัว ควาย หนู และหมู
4. หลีกเลี่ยงการลงไปอาบแช่ หรือย่ำโคลนด้วยเท้าเปล่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมี

บาดแผล รอยขีดข่วนที่แขน ขา เท้าหรือตามร่างกาย

5. หลีกเลี่ยงการเดินเท้าเปล่าในทุ่งนา คอกสัตว์
6. สวมเครื่องป้องกันตัวเอง เช่น รองเท้าบูท ถุงมือยาง เสื้อผ้าที่มิดชิด เมื่อต้องไปทำงาน

ในไร่นาหรือที่เปียกชื้นแฉะ

7. อาบน้ำชำระร่างกายด้วยน้ำสะอาดและฟอกสบู่ทันที หลังการลุยน้ำ ย่ำโคลน หรือ

กลับจากทุ่งนา

8. ไม่ชำแหละสัตว์โดยไม่ใส่ถุงมือ
9. ไม่รับประทานเนื้อสัตว์หรือเครื่องในสัตว์ ที่ไม่ได้ทำให้สุก หรือฝักสดจากท้องนา ที่ไม่ได้ล้างให้สะอาด

10. หลีกเลี่ยงการดม กลืนน้ำหรือลืมน้ำในน้ำที่ไม่สะอาด

11. ปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อมในบ้านเรือนและบริเวณบ้านให้สะอาด เพื่อไม่ให้เป็น

แหล่งเพาะพันธุ์ของหนู ซึ่งเป็นพาหะนำโรค

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม นักพฤติกรรมศาสตร์ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

แนวคิดที่ 1 เชื่อว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น มาจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์ที่สนใจแนวคิดนี้ จึงมุ่งศึกษาและสร้างทฤษฎีการเรียนรู้ทฤษฎีเกี่ยวกับเจตคติและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ทฤษฎีแรงจูงใจ เป็นต้น

แนวคิดที่ 2 เชื่อว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น มาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ระบบสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์กรประกอบด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม เป็นต้น

แนวคิดที่ 3 เชื่อว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยหลายๆ ปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

ทั้ง 3 แนวคิดนี้ ได้พัฒนามาจากหลักการวิเคราะห์การเกิดของพฤติกรรมที่ว่า “การ แสดงออกของพฤติกรรมนั้นๆ อาจมาจากหลายสาเหตุก็ได้” ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ พฤติกรรม ในการป้องกันการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาด จังหวัด กาฬสินธุ์ จึงมาจากหลายสาเหตุตามปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนใน พื้นที่ที่มีการระบาดจังหวัดกาฬสินธุ์

กระบวนการเกิดพฤติกรรม

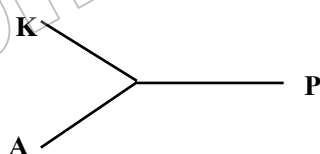
ชวาร์ท (Schwartz, 1975) ได้กล่าวเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมไว้ว่า ความรู้และทัศนคติ ก่อให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมใน 4 ลักษณะ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 ความรู้มีผลต่อทัศนคติ และต่อพฤติกรรมการปฏิบัติโดยทัศนคติเป็นสื่อ ระหว่างความรู้และการปฏิบัติ และ ได้รับผลจากพฤติกรรมการปฏิบัติด้วย



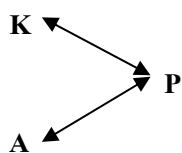
ภาพที่ 2 กระบวนการเกิดพฤติกรรม ลักษณะที่ 1

รูปแบบที่ 2 ความรู้และทัศนคติมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันแล้วมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามมาและต่าง ได้รับผลจากพฤติกรรมการปฏิบัติ



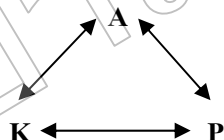
ภาพที่ 3 กระบวนการเกิดพฤติกรรม ลักษณะที่ 2

รูปแบบที่ 3 ความรู้และทัศนคติต่างกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่ จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ต่อกัน



ภาพที่ 4 กระบวนการเกิดพฤติกรรม ลักษณะที่ 3

รูปแบบที่ 4 ความรู้และทัศนคติมีผลต่อกันและกันและต่างมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ รวมทั้งได้รับผลจากพฤติกรรมการปฏิบัติด้วย



ภาพที่ 5 กระบวนการเกิดพฤติกรรม ลักษณะที่ 4

ความสัมพันธ์ที่ความรู้และทัศนคติต่างกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ต่อกันของรูปแบบที่ 3 จากรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้ พบว่า พฤติกรรมแต่ละด้านส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาในตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นการกระทำของสิ่งมีชีวิตที่สามารถวัดได้หรือสังเกตได้ มนุษย์มีพฤติกรรมต่างๆ มากมาย พฤติกรรมที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง คือ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งเป็นการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรค ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีสุขภาพที่ดี

แนวคิดของ ชวาร์ท สามารถนำมาสรุปเกี่ยวกับ การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ในพื้นที่ที่มีการระบาด จังหวัดกาฬสินธุ์

สรุป พฤติกรรมการป้องกันการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส หมายถึง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไพชนนต์ ทนทอง (2549) ศึกษาโรคเลปโตสไปโรซิส: แผลที่ผิวหนังและยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคในประเทศไทย ปี 2546 หลังจากระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่ม

คนทำงาน ที่มีการสัมผัสกับแหล่งน้ำในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2546 ในประเทศไทย จากการสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มประชาชน 104 คน จากหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ที่มีการสัมผัสกับแหล่งน้ำ และพบว่า ประชาชน 43 คน ร้อยละ 41.3 จากการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจพบ ภูมิคุ้มกันของร่างกายประเภท IgM ต่อเชื้อเลปโตสไปรา มีผลบวก แสดงว่าเร็ว ๆ นี้ประชาชนกลุ่มนี้มีการติดเชื้อเลปโตสไปรา แต่มีเพียง 17 คน จาก 43 คน ร้อยละ 39.5 ที่มีรายงานที่ขัดแย้งกัน เนื่องจาก 17 คน เท่านั้นที่แสดงอาการป่วย ส่วนผู้ที่ติดเชื้อที่เหลือนั้น ไม่แสดงอาการ โดยโรคเลปโตสไปโรซิสอาจจะมีแหล่งรังโรคร่วมกัน จนกลายเป็นโรคประจำถิ่น จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติมีหลายตัวแปรที่บ่งชี้ว่าการสวมกางเกงขาวในผู้ชาย หรือผ้าถุงสำหรับผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส คิดเป็น 0.27 เท่า แต่ถ้าประชาชนที่มีบาดแผลในร่างกายของตนเองตั้งแต่ 2 แห่ง จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ถึง 4 เท่า จากการศึกษาพบว่า ควรจะให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคประจำถิ่น ควรมีการสวมใส่เสื้อผ้าที่มิดชิด ในขณะที่ออกไปทำงาน และจะต้องมีการดูแลบาดแผลที่ดี ควรที่จะเลี้ยงให้บาดแผลสัมผัสแหล่งน้ำประกอบกับการที่จะมีการให้สุขศึกษาด้าน ความรู้ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แก่ประชาชนด้วย

กัลยา วรวิพันธุ์สกุลและธนิ ชีระวิทย์เลิศ(2547) การประเมินผลกระทบป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. 2, 5-7, 9-12 ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าครัวเรือนมีความรู้โรคเลปโตสไปโรซิสร้อยละ 77.2 กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นปัจจัยมีผลทำให้ความรู้แตกต่างกัน พฤติกรรมการป้องกันพบว่า ครอบครัวมีร่องเท้าบูตร้อยละ 85.7 ส่วนมากมีร่องเท้าบูต 2 คู่ ร้อยละ 44.3 1 คู่ร้อยละ 31.2 แต่ละครอบครัวมีร่องเท้าบูตเฉลี่ย 1.78 คู่ การจัดซื้อรองเท้าจากตลาด จากกองทุน และได้รับบริจาคร้อยละ 62.0, 21.2, 16.8 ตามลำดับ

คนอง ขวสังข์ทอง (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันตนเองจากโรคเลปโตสไปโรซิสของชาวเขาเผ่าปกากะญอในอำเภอแม่ม่วง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 362 คน พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสที่พบมากที่สุดคือระยะเวลาที่ทำงานในสวนนาน 3-6 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 43.4 รองลงมาคือระยะเวลาที่เดินทางไปเลี้ยงสัตว์ น้อยกว่า 3 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 38.4 และระยะเวลาที่เดินทางไปทำงานในทุ่งนานาน 3=6 เดือน/ปี ร้อยละ 34.0 ตามลำดับ และพบน้อยที่สุดคือ ระยะเวลาที่ลงไปจับปลาหรือสัตว์น้ำมากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 2.5 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสที่พบมากที่สุดคือการสวมรองเท้าบูทในการใส่ปุ๋ยในนาข้าวหรือในสวน ร้อยละ 48.1 พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) ของโรคประกอบด้วยระยะเวลาที่เดินทางไปเลี้ยงสัตว์น้อยกว่า 3 ชั่วโมง/วัน (OR 2.563;95% CI 1.146-5.729),ระยะเวลาที่ไปทำงานในสวนนานาน 3-6 ชั่วโมง/วัน (OR 7.205;95% CI 3.411-15.221) ระยะเวลาที่ไปทำงานในสวนนาน 3-6 ชั่วโมง/ปี (OR 3.032 ;95% CI 1.505 –

6.107) พฤติกรรมการป้องกันตนเองที่มีผลต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยที่สงสัย ของโรคเลปโตสไปโรซิส คือ การไม่สวมรองเท้าบูทเลย ในการใส่ปุ๋ยในนาข้าว หรือในสวน (OR 5.455 ;95% CI 2.187-13.603) และมีความสัมพันธ์กับระบกับการปฏิบัติ คือ แนวโน้มการสวมรองเท้าบูท (ความถี่) เพิ่มขึ้น ทำให้แนวโน้มของผู้ป่วยสงสัย(Suspected case) ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)

นุชนางค์ ภูวนันติ (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี จำนวนประชาชนจำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือนและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเลี้ยงสัตว์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกัน ทักษะคิดต่อการป้องกันโรค ความเชื่ออำนาจในตน และการมองอนาคตและควบคุมตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับการสนับสนุน และกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัคร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส และตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด คือ การมองอนาคตและควบคุมตนเอง และตัวแปรร่วมทำนาย ได้แก่ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรค ลักษณะสิ่งแวดล้อมในบ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ได้ร้อยละ 38.70

ปรีชา อินทนิล (2548) ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสของเกษตรกร อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 380 คน พบว่า ร้อยละ 62.4 มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสโดยรวมอยู่ในระดับดี และร้อยละ 37.6 มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสม่ำเสมอมีค่าร้อยละแตกต่างกันในแต่ละพฤติกรรมดังนี้ ร้อยละ 89.5 หลีกเลี่ยงการเดินเท้าเปล่าบนพื้นดิน ร้อยละ 86.3 สวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวขณะทำสวนหรือทำนา ร้อยละ 86.1 ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 36.3 ไม่เคยนำสัตว์มาเลี้ยงในบริเวณบ้าน และร้อยละ 14.5 ไม่เคยกำจัดมูลสัตว์บริเวณที่เลี้ยงสัตว์

ประเสริฐศักดิ์ ภายนอก (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในเกษตรกร อำเภอภาษี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวนเกษตรกร 290

คน ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ตัวแปรรายได้ต่อเดือน ตัวแปรจำนวนสมาชิกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ทักษะคิดของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ปัจจัยเสริมและตัวแปรร่วมทำนาย ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค จำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค เลปโตสไปโรซิสของเกษตรกรได้ร้อยละ 32.6

วรวิทย์ นุ่มดี (2546) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค เลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีร่องเท้าบุทและถุงมือสวมใส่ การมีแหล่งน้ำอุปโภค บริโภค สะอาด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัตนา ชีรวัดน์ (2547) การศึกษาปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการฆ่าสัตว์ต่างๆ การหาปลา เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส 2.1 และ 1.6 เท่า ตามลำดับ การสวมรองเท้าบู๊ตประกอบอาชีพจะลดโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเลปโตสไปโรซิน้อยกว่า 1.6 และ 2.2 เท่าเมื่อเทียบกับการใส่รองเท้าแตะ สภาพแวดล้อม ได้แก่ แหล่งน้ำนิ่ง สภาพหญ้าขึ้นรก ท้องนา/ขึ้นแฉะ การปล่อยสัตว์หากินรอบแหล่งน้ำเพิ่มโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส 8.9, 3.6, 2.3, 0.6 เท่า ตามลำดับ อาการที่พบในผู้ป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ ไอเป็นเลือด (Haemoptysis) ตับโต (Hepatomegaly) ภาวะทางไต(Renal disease) ความดันโลหิตต่ำ(Hypotension) เยื่อตาขาวแดง (Conjunctival suffusion) ตัวเหลืองตาเหลือง(Jaundice) กดเจ็บที่ท้อง (Calve tenderness) กดเจ็บกล้ามเนื้อ(Muscle tenderness) ปวดศีรษะ(Headache) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Myalgia) ปัสสาวะสีเข้ม(Dark urine) พบมากเป็น 4.3, 3.4, 3.1, 3.1, 2.4, 2.2, 2.0 1.8, 1.7, 1.5, 1.5 เท่า ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเลปโตสไปโรซิส

บุภาพร สุภาคดี (2548) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 คน พบว่า ระดับสิ่งจูงใจในการปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอยู่ในระดับมาก ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับสูง ส่วนการมีส่วนร่วมกับชุมชนอยู่ในระดับปานกลางการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง อสม.ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อสม. ที่แตกต่างกันมีการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส

ในชุมชนไม่แตกต่างกัน การมีส่วนร่วมกับชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสสามารถร่วมกันทำนุบำรุงการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนได้ร้อยละ 25.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

อิสรา ตุงกระโทก (2548) ทำการศึกษาเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ จำนวน 140 คน พบว่า การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสแบบมีส่วนร่วมของชุมชนประสบผลสำเร็จ ผลการดำเนินงานโครงการอยู่ในระดับดี ความรู้ของประชาชนและนักเรียนอยู่ในระดับดีมาก การปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้รับความร่วมมือจากทุกส่วนอยู่ในระดับดี และมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานในระดับมาก ส่งผลต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนลดลง สอดคล้องกันทั้งปัจจัยบริบท ปัจจัยเบื้องต้นและปัจจัยด้านกระบวนการ มีส่วนส่งผลให้เกิดปัจจัยด้านผลผลิตตามมา

Pappas, Papadimitriou, Siozopoulou, Christou, 2008) ได้ทำการศึกษาแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเลปโตสไปโรซิสทั่วโลก เก็บข้อมูลรายปีจากแต่ละประเทศทั่วโลก ด้วยรายงานจากองค์กรในประเทศ และระหว่างประเทศ เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของแต่ละประเทศ ผลการศึกษา พบว่า ประเทศในแถบแคริบเบียน ลาตินอเมริกา อินเดีย เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โอเชียเนีย ยุโรปตะวันออก มีการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นจุดๆ รวมทั้งประเทศที่มีนักท่องเที่ยวเดินทางไปท่องเที่ยวมาก จะมีการระบาดของโรคเป็นจุดๆ การศึกษายังพบว่าการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส มีผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะพิเศษที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของเชื้อ

Victor et al (2009) ได้ทำการศึกษาโรคเลปโตสไปโรซิสในแถบประเทศเอเชียแปซิฟิก พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคเลปโตสไปโรซิสมีอัตราสูง การติดเชื้อมีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพที่มีการสัมผัสเชื้อโรค การเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค มีการกระจายของเชื้อโดยมีสัตว์ที่เป็นพาหนะนำโรค มีการสัมผัสปัสสาวะของสัตว์ที่เป็นพาหนะนำโรค ซึมผ่านเข้าสู่กระแสเลือดในคน การระบาดของโรคจะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมประจำวัน จากการสุขาภิบาลที่ไม่ดีจากสภาพภูมิอากาศในช่วงที่มีฝนตกหนักและน้ำท่วม