

บทความวิจัย**การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในจังหวัดกระบี่**

นิตยา นิลจันทร์*

ผจงศิลป์ เพ็งมาก**

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย***

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับของการรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับของการรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการประเมินตนเอง และโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนในชุมชน จำนวน 91 ราย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้แบบสอบถามปลายปิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนของการรับรู้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการประเมินตนเองเท่ากับ 0.96 และโดยการประเมินบุคลากร ผู้ให้บริการสุขภาพเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (Paired-t-test) ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในภาพรวมโดยการประเมินตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.11$, $SD = 0.67$) และโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{x} = 3.29$, $SD = 0.69$) เมื่อเปรียบเทียบระดับของการรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการประเมินตนเองและโดยการประเมินบุคคลอื่น ในภาพรวม พบว่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 3.89$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ว่าประชาชนคาดหวังให้บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพได้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนา การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างประชาชน และบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับการคาดหวังของประชาชนต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้การมีส่วนร่วม, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, ชุมชน

* นักศึกษาระดับปริญญาโท ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** ดร. (สังคมและพฤติกรรมศาสตร์) รองศาสตราจารย์, อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** ดร. (ประชากรศาสตร์) รองศาสตราจารย์, อาจารย์ภาควิชาการบริหารและการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Research

Administrators' Leadership Styles in Islamic Private Schools under Office of the Private Education Songkhla Province

Nittaya Ninchantara *

Pajongsil Perngmark **

Phechnoy Singchungchai ***

Abstract

This descriptive research aimed to describe the level of community residents' perceptions towards participation on Dengue hemorrhagic fever (DHF) prevention and control in Krabi Province, using perceived self-evaluation and perceived health care providers' (HCP) evaluation. Sample was 91 local people from one community. A simple random sampling technique was used to indicate the sample. Close-ended questionnaire, validated by 5 expert raters, was used for collecting data. Reliability test was computed by using Cronbach's alpha coefficient, yielding the value of 0.96 for self-evaluation and 0.97 for the HCP respectively. Data was analyzed by descriptive statistics and paired sample t-test.

Results showed that the level of community residents' perceptions towards participation in DHF prevention and control exhibited a moderate mean ($\bar{x} = 3.11$, $SD = 0.67$) for the self-evaluation; while the HCP's evaluation indicated a moderate mean ($\bar{x} = 3.29$, $SD = 0.69$) as well. Comparing the two group mean difference between perceived self-evaluation and the HCP's, there was statistically significant difference at $p < 0.01$ level ($t = 3.89$).

These findings might be beneficial in promoting participation development between community residents and HCP's staff to meet the community expectation.

Key words: Perception towards Participation, Prevention and Control, Community

* Graduate students, Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

** Assoc. Prof. Ph.D. (Social & Behavioral Sciences) Lecturer, Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

*** Assoc. Prof. Ph. D (Demography) Health Service Research and Development Division, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

บทนำ

ในปัจจุบันโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของไทย จากข้อมูลสถานการณ์ในระดับประเทศข้อมูลตั้งแต่ปี 2543-2555 (กรมควบคุมโรค, 2555) ในภาคใต้ พบมีผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมา คือภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นอัตราป่วย 21.62 , 18.50 , 7.53 และ 4.65 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดในภาคใต้ พบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด (กรมควบคุมโรค, 2555) จังหวัดกระบี่พบว่ามียอดสูงสุด การระบาดที่สูงที่สุดเช่นกัน พบผู้ป่วยทุกปีตั้งแต่ปี 2543-2554 โดยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกปีเว้น 2 ปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2554) เมื่อเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องให้อัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ใน 3-5 ปี ที่ผ่านมา ปี พ.ศ. 2552-53 อัตราป่วย 70.22 127.63 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2553) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในเวลาดังกล่าว 1 ปี อัตราป่วยเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว และในปัจจุบันตั้งแต่ 1 มกราคม-18 เมษายน 2555 เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นพบว่าสูงที่สุดในภาคใต้คิดเป็นอัตราป่วย 113.93 เมื่อเทียบกับอัตราป่วยในภาพรวมระดับประเทศสูงกว่า 5 เท่าตัว แสดงให้เห็นว่าพื้นที่จังหวัดกระบี่ อาจจะมีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรอาจเนื่องจากปัจจัยประการหนึ่งคือยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง (ศิริเพ็ญ และสุจิตรา, 2551; สำนักโรคระบาดวิทยา, 2553; นภาพร, 2550)

นโยบายสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกระทรวงสาธารณสุข โดยมองถึงการกระทำที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสามในทางระบาดของการเกิดโรค คือ คน ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และสิ่งแวดล้อม รวมถึงพาหะ (ยุงลาย) ตามหลักการระบาดวิทยา (WHO, 2006; Gordis, 2004; กระทรวงสาธารณสุข, 2548; ฤทัยพร และผจงศิลป์, 2550) ด้านปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคพบว่าเชื้อไข้เลือดออกสายพันธุ์ใหม่อาจทำให้สถานการณ์โรครุนแรงขึ้นได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555; ลดาวัลย์, 2542) ในด้านสิ่งแวดล้อมสามารถปรับเปลี่ยนได้แต่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ยังคงเหมือนเดิมตามลักษณะพื้นที่ และในด้านพาหะ (ยุง) ให้ความสำคัญกับการควบคุมยุงพาหะ ด้วยการกำจัดลูกน้ำยุงลาย (ศิริเพ็ญ และสุจิตรา, 2551; กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ดังรายงานวิจัยที่ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมลูกน้ำยุงลาย ในกลุ่มประชาชนโดยใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ที่การระดมสมอง ทำให้เกิดความเข้าใจ สภาพปัญหา/ขีดจำกัด ความต้องการ/และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องต่างๆ งานที่ได้จากการประชุมมาจากความคิดของทุกคน (Appreciation Influence Control) ประสบความสำเร็จและยั่งยืน (นูนวล, 2544; บงการ, 2546 ; ลักขณา, 2547 ; สังคม และคณะ, 2547 ; งามพิสิษฐ์, 2551) ส่วนในภาคใต้มีการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแกนนำชุมชนและอสม. พบว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลและมีประสิทธิภาพจะต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (ประภาสและคณะ, 2545) ซึ่งการมีส่วนร่วมสามารถวัดได้ทั้งจากการรับรู้หรือมีการปฏิบัติซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน (กันยา, 2540)

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ 8-9 ได้มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประยุกต์แนวคิดนี้เพื่อแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพต่อมาได้ขยายแนวคิดนี้ ในมุมมองทางด้านสุขภาพ ในแผนฯ 8 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันในแผนฯ 10 มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของคนทุกภาคส่วน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548) และได้นำหลักการมีส่วนร่วมที่เป็นส่วนหนึ่งของหลักธรรมาภิบาลมาปรับปรุงใช้เพื่อจะได้ร่วมกันปรับบทบาท ปรับปรุงกลไกการทำงานให้มีความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เปิดโอกาสให้ประชาชน ได้มีส่วนร่วมรับรู้ และเสนอความคิดเห็นในการตัดสินใจปัญหาสำคัญ มีการใช้ทรัพยากรที่มีอย่าง

จำกัดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดร่วมกันแก่ส่วนรวม หลังจากนั้นได้นำมาประยุกต์ใช้ในงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยมีแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกเป็น 3 ระยะ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ดังต่อไปนี้ ระยะที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนการระบาด ระยะที่ 2 การควบคุมโรคช่วงระบาด และระยะที่ 3 การควบคุมการระบาดของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเนื่องจากต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากชุมชนจึงประสบความสำเร็จ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553; สำนักโรคติดต่อ, 2553) เนื่องจากการจัดการสุขภาพในเรื่องนี้จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน หรือให้ผู้รับบริการคือบุคคลสำคัญที่สะท้อนการทำงานของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงเน้นการศึกษาการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน โดยการประเมินตนเองและให้ประชาชนประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกเพื่อสะท้อนการปฏิบัติงานทั้ง 3 ระยะดังกล่าว

เหตุผลที่การศึกษาต้องการให้ประชาชนประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อสะท้อนการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกว่าสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนหรือไม่คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ว่าอยู่ในระดับใด และ มีความแตกต่างกันหรือไม่ (ระหว่างการประเมินตนเองและประเมินผู้ให้บริการสุขภาพ) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยใช้หลักของการมีส่วนร่วม ผลการวิจัยนี้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางจัดทำแผน ในการแก้ปัญหาการบริหารงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในพื้นที่ ให้เป็นระบบมากขึ้น อันจะทำให้งานบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของการรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยการประเมินตนเองและประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับของการรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยการประเมินตนเองและประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา จังหวัดกระบี่ เป็นพื้นที่ศึกษาเนื่องจากมีปัญหการระบาดของโรคใช้เลือดออกสูงที่สุดในภาคใต้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และใช้แบบสอบถามปลายปิดในกลุ่มบุคคลที่เป็นตัวแทนครัวเรือน จำนวน 91 ราย

แบบสอบถามเป็นแบบสอบถามปลายปิด ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน และส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการรับรู้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการประเมินตนเองและโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ทั้งนี้แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนของการรับรู้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการประเมินตนเองเท่ากับ 0.96 และโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพเท่ากับ 0.97 ซึ่งมีความเชื่อถือได้มาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ดังนี้ 1) ข้อมูล

ส่วนบุคคลได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส อายุและรายได้ ใช้ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 2) ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการประเมินตนเองและโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างการประเมินตนเองและการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

ในการแปลความหมายของคะแนนของการรับรู้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการประเมินตนเองและโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพทั้ง (โดยรวมและรายด้าน) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 กำหนดคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2544) กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนที่ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.68 – 5.00	หมายถึง	ระดับมาก

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 67.0) อายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 39) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 91.2) สถานภาพคู่ 63 ราย (ร้อยละ 69.2) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปลาย/ปวช. จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 45.1) อาชีพเกษตรกร/ค้าขายจำนวน 39 ราย (ร้อยละ 42.9) มีรายได้ 10,001–20,000 บาทจำนวน 49 ราย (ร้อยละ 53.9)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของตัวแปรครัวเรือน จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (n = 91)

ข้อมูลพื้นฐาน	ชุมชน	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	33.0
หญิง	61	67.0
อายุ(ปี) (ค่าสูงสุด = 72 ปี ,ค่าต่ำสุด = 21 ปี)		
21-30	15	18.3
31-40	32	39.0
41-50	25	30.5
>51ปี	10	12.2

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของตัวแปรครัวเรือน จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (n = 91)

ข้อมูลพื้นฐาน	ชุมชน	
	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	8	8.0
อิสลาม	83	91.2
สถานภาพสมรส		
โสด/หม้ายหย่า/แยก	28	30.8
คู่	63	69.2
ระดับการศึกษา		
ไม่เรียน/ ประถมศึกษา	37	40.7
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปลาย/ปวช.	41	45.1
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี	13	14.3
อาชีพ		
เกษตรกรรม/ค้าขาย	39	42.9
รับจ้าง/ลูกจ้าง/ข้าราชการ	36	39.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/นักเรียน/อื่นๆระบุ(อยู่บ้านเฉยๆ)	16	17.6
รายได้ต่อเดือน (บาท) ($\bar{x}$ 2.81= ,SD = 1.07) (ค่าสูงสุด = 30000 บาท ,ค่าต่ำสุด = 1500 บาท)		
< 10,000	39	42.9
10,001-20,000	49	53.9
> 20,001	3	3.3

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการประเมินตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ (SD) = 3.11(0.67) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ระยะ 2 การควบคุมช่วงระบาด $\bar{x}$ (SD) = 3.18 (0.71) รองลงมา คือ ระยะที่ 3 การควบคุมการระบาดของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด $\bar{x}$ (SD) = 3.13 (0.78) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือระยะที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนการระบาด $\bar{x}$ (SD) = 3.04 (0.65) (ตารางที่ 2)

การรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ (SD) = 3.29 (0.69) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ระยะ 2 การควบคุมช่วงระบาด $\bar{x}$ (SD) = 3.36(0.75) รองลงมาคือระยะที่ 3 การควบคุมการระบาดของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด $\bar{x}$ (SD) = 3.28 (0.76) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือระยะที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนการระบาด $\bar{x}$ (SD) = 3.24 (0.67) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ประเมินตนเอง		ประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ	
	ค่าเฉลี่ย (SD)	แปลผล	ค่าเฉลี่ย (SD)	แปลผล
ระยะที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนการระบาด	3.04 (0.65)	ปานกลาง	3.24 (0.67)	ปานกลาง
ระยะ 2 การควบคุมช่วงระบาด	3.18(0.71)	ปานกลาง	3.36(0.75)	ปานกลาง
ระยะที่ 3 การควบคุมการระบาดของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด	3.13 (0.78)	ปานกลาง	3.28 (0.76)	ปานกลาง
รวม	3.11(0.67)	ปานกลาง	3.29(0.69)	ปานกลาง

เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ในภาพรวมของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการประเมินตนเอง กับโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพพบว่ามีข้อมูลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อดูในรายละเอียด พบว่าในแต่ละระยะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการประเมินตนเอง กับโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ

การรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ประเมินตนเอง	ประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ	t
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	
ระยะที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนการระบาด	3.04 (0.65)	3.24 (0.67)	-3.89**
ระยะ 2 การควบคุมช่วงระบาด	3.18(0.71)	3.36(0.75)	-3.44**
ระยะที่ 3 การควบคุมการระบาดของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด	3.13 (0.78)	3.28 (0.76)	-3.04**

การรับรู้ของประชาชน ต่อการมีส่วนร่วมในการ	ประเมินตนเอง	ประเมินบุคลากร ให้บริการสุขภาพ	ผู้
ป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออก	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	t
รวม	3.11 (0.67)	3.29 (0.69)	-3.89**

หมายเหตุ ** $p < 0.01$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยการประเมินตนเองพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง แต่ประชาชนก็ยังเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นว่าประชาชนอาจจะยังไม่เข้าใจว่า ตนเองควรจะมีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยควรร่วมเป็นหนึ่งในผู้รับผิดชอบหลักด้วย ประชาชนอาจมองว่าชุมชนเป็นเพียงบทบาทเสริม โดยมองว่าเจ้าหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักและมีบทบาทหลักในการให้บริการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ มรกต หน่อศักดิ์ (2552) ที่พบว่า ประชาชนมีความเข้าใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกน้อย เนื่องจากยังขาดความรู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก และยังไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงขาดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง จึงยังไม่ตระหนักถึงการเป็นเจ้าของชุมชนเท่าที่ควร (มรกต, 2552) หากประชาชนมีความรู้เรื่องใช้เลือดออกก็จะสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคใช้เลือดออกให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ (ประเสริฐ, 2548) ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้สอดคล้องกับการศึกษาของลินนอน (Lennon, 2005) ที่ศึกษาเรื่องการใช้รูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพในการให้สุขศึกษาเรื่องโรคใช้เลือดออกผลการศึกษาพบว่าโรคใช้เลือดออกสามารถป้องกันและควบคุมได้ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและให้ชุมชนดูแลกันเอง ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคใช้เลือดออกในอนาคตได้ นอกจากนั้น ฮามพิลิสส์ ดีเมืองสอง (2551) ได้กล่าวว่า การให้ชุมชนมีส่วนร่วม อาจกระทำได้ในลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งถ้าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชนให้ยั่งยืนนั้นชุมชนต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพและความสามารถให้เพียงพอที่จะดำเนินการด้วยตนเองและเพื่อชุมชนของตัวเองได้

ประเด็นปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกพบว่าประชาชนเห็นว่าเป็นปัญหาของเจ้าหน้าที่และอสม.มิใช่ปัญหาของชุมชน การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุม ประชาชนให้ความร่วมมือยังไม่ต่อเนื่อง (นภาพรณ์, 2550) ปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อการรับรู้ของปัจเจกบุคคลประกอบด้วยปัจจัย สำคัญ 3 ประการ คือ (1) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ เวลา สภาพแวดล้อมในการทำงาน และสภาพแวดล้อมทางสังคม (2) ปัจจัยด้านตัวผู้รับรู้ ได้แก่ ทักษะคิด แรงขับ ความสนใจ ประสบการณ์ และความคาดหวัง และ (3) ปัจจัยด้านเป้าหมาย

ได้แก่ ความใหม่ การเคลื่อนที่ เสี่ยง ขนาด ภาพด้านหลัง ความใกล้เคียง และความเหมือน ซึ่งการรับรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม (มนัญชัย, 2552)

การรับรู้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระยะที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนการระบาดโดยการประเมินตนเอง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าประชาชนยังขาดความเข้าใจในประเด็นการป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนการระบาดเพื่อตัดวงจร การแพร่เชื้อในหน้าแล้ง (การทรวงสาธารณสุข, 2552) ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดในจังหวัดกระบี่มากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2553) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือเมื่อพบผู้ป่วย ในหมู่บ้านได้ร่วมในการแนะนำชุมชนให้ใช้ สารเคมีพ่นกำจัดยุงลายตัวแก่ทั้งในบ้านและรอบๆบ้านอย่างรวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมง อธิบายได้ว่า ประชาชนได้ตระหนักในการกำจัดศักยภาพของ แหล่งแพร่โรค โดยการ กำจัดภาชนะเสี่ยงสำคัญ มีการจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ มีการกวาดล้างลูกน้ำยุงลายให้ลดลงต่ำที่สุด (การทรวงสาธารณสุข, 2552) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ในฤดูฝน (พค.-กย.และ พย.-มค.) ท่านได้เข้าร่วมคิดหาวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอธิบายได้ว่า ประชาชนขาดการร่วมคิดอาจทำให้การมีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์ ดังเช่นการศึกษาในต่างประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่แถบอเมริกาใต้ (Tatar, 1996 ; Toledo, 2007) ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และกิจกรรม ดำเนินงาน (participate in planning program) จะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดของการให้ชุมชนพึ่งตนเองโดยบุคลากรของรัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุน เน้นที่กระบวนการ ที่จะเปิดให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมเสนอปัญหา/ประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดหาแนวทางร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนา ในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา (กรมส่งเสริมสหกรณ์, 2552)

การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความแตกต่างระหว่างการประเมินตนเองกับการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่าประชาชนรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณา ในรายละเอียดในระยะที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนการระบาดโดยการประเมินตนเอง กับโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพพบว่าในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่าประชาชนได้ว่าประชาชนรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้มีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับที่น้อยกว่าบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ เมื่อพิจารณารายละเอียด รายข้อแล้วพบว่ายังมีบางข้อที่ไม่แตกต่างกันคือได้ช่วยในการแนะนำให้ประชาชนใช้ยาทากันยุง สวมเสื้อผ้าให้มิดชิดและการใช้สมุนไพรไล่ยุง เป็นต้น ($p = 0.12$) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ได้ประกาศ ยกย่องหลังคาเรือนที่ปลอดลูกน้ำยุงลาย ($p = 0.43$) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ได้ร่วมในการประเมินผลลูกน้ำในครัวเรือน ในละแวกที่รับผิดชอบ เพื่อรับรองเป็นบ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย ($p = 0.57$) ได้ช่วยในการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้าน/บริเวณรอบบ้านของตนเองทุกสัปดาห์ ($p = 0.14$) อธิบายได้ว่าในส่วนของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว ทั้งประชาชนและบุคลากร ผู้ให้บริการสุขภาพในระดับ ที่ใกล้เคียงกัน

เปรียบเทียบระดับการรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ระยะ 2 การควบคุมช่วงระบาดโดยการประเมินตนเองกับโดยการประเมินบุคลากร ผู้ให้บริการสุขภาพ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้ว่าประชาชนรับรู้ว่าคุณค่าตนเอง ได้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ เมื่อพิจารณารายละเอียดรายข้อแล้ว พบว่ายังมีข้อที่ไม่แตกต่างกัน คือ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อมีผู้ป่วยไข้เลือดออกได้ประชาสัมพันธ์หรือแจ้งข่าวสาร/สถานการณ์การเกิดโรค ไข้เลือดออกแก่อบต./ชุมชนทราบภายใน 24 ชม. ($p = 0.06$) อธิบายได้ว่าระดับของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว ทั้งประชาชนและบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ อยู่ในระดับที่ค่อนข้างน้อย

เปรียบเทียบระดับการรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระยะที่ 3 การควบคุมการระบาดของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดโดยการประเมินตนเองกับโดยการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบาย ได้ว่า ประชาชนรับรู้ว่าคุณเองได้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กับบุคลากร ผู้ให้บริการสุขภาพ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างประชาชนและบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพแล้ว พบว่าประชาชน ประเมินว่าบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มากกว่าประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. การรับรู้ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง จึงดำเนินการนโยบายในการประชาสัมพันธ์ ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งในส่วนของคุณชนและบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อใช้เป็นข้อมูล ในการตัดสินใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และควรเพิ่มการรณรงค์ให้ความรู้แก่ชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก และบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ในประเด็นของกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ยังขาดการมีส่วนร่วมควรมีการนำผลที่ได้จากการศึกษา นำไปวางแผนในการหาวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้มากขึ้นเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลเชิงลึกมาใช้ศึกษาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของคุณชน และบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพประจำสถานีอนามัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่ สาธารณสุขอำเภอเมือง อำเภอเหนือคลอง และอำเภอเขาพนม ที่ให้ความเมตตาและกรุณาเอาใจใส่ ตลอดจนอำนวยความสะดวก ในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และที่ขาดไม่ได้คือบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ และประชาชนผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยชิ้นนี้อย่างดียิ่ง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณค่าของงานวิจัยฉบับนี้ แก่ผู้ที่มีพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวมาแล้ว

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. 2555. **สถานการณ์โรคไข้เลือดออก**. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.
- กันยา สุวรรณแสง. 2540. **จิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2544. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธามพิสิษฐ ดีเมืองสอง. 2551. **การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน: กรณีศึกษา บ้านขมิ้น ม.4 ต.กุดสระ อ.เมือง จ.อุดรธานี**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นภาพร อินทรสิทธิ์. 2550. **การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมในของชุมชน ที่บ้านบ่อคำ ตำบลคันทากล้ำ จังหวัดสกลนคร**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นุมนวล อุทงบุญ. 2544. **การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดเลย**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏเลย.
- บงการ ชัยชาญ. 2546. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต การส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเสริฐ ลมจะเป๊ะ. 2548. **การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหนองบุญมาก จ.นครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มรกต หน่อศักดิ์. 2552. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฤทัยพร ตริตรง และพวงจิตปี เฟิงมาก. 2550. **ระบาดวิทยาแนวคิดพื้นฐานและแนวทางการนำไปใช้**. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ลดาวลย์ ผาตินาวิน. 2542. **หลักการเกิดโรค ในสุริยะ คูหะรัตน์ (บรรณาธิการ) คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา**. 1:8-13 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ลักขณา เนตรยัง. 2547. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยใช้แนวคิดเทคนิค AIC: กรณีศึกษา บ้านนาสีดา ม.7 ต.กลางใหญ่ อ.บ้านฝ่อ จ.อุดรธานี**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สังคม ศุภรัตน์สกุล และคนอื่นๆ. 2547. **การพัฒนาแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำซาก จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2547**. วารสารควบคุมโรค, 32(1): 47-62.
- สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง. 2552. **คู่มือการประเมินผลตามตัวชี้วัดงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับจังหวัดปี 2552**. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรุจ และสุจิตตรา นิมมานนิตย์. 2546. **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเปื้อน.

- Lennon, L. Jeffrey ,L. 2005. The Use of the health belief model in Dengue Health Education. **Dengue Bulletin**. 29:217–219.
- Tatar , M. . 1996. Community participation in health care : the Turkish case . **Journal of Elsevier**, 42(11) : 1493–1500.
- Toledo , M.E., Vanlerberghe , V.,Baly, A., Ceballos, E., Valdes,L. , Searret,M., et al. 2007. Towards active community participation in dengue vector control: results from action research in Santiago de Cuba, Cuba. **Journal of Elsevier**. 101: 56–63.
- World Health Organization. 2005 **Guidelines for Conducting a Review of a Nation Dengue Prevention and Control Programme**. **Dengue Bulletin**. 29: 228–230.
- World Health Organization. 2006. **Guidelines for Prevention and Control of Dengue**. report of nation institute of communicable diseases. 1:13–19.
- World Health Organization. 2006. **Dengue/dhf Situation of Dengue / Dengue Haemorrhagic Fever in Asia Region Report**. WHO/สืบค้นจาก HTW/DHF/2009
- World Health Organization. 1991. **Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services, Report Series 809**. World Health Organization, Geneva.