

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมอย่างบูรณาการ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล้วงหน้า และศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมในการพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล้วงหน้าของประชาชนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ทั้งภาพรวมและกลุ่มย่อย ในสถานการณ์ระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) บทที่ 2 นี้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรมอย่างบูรณาการที่ได้จากการศึกษาข้อมูลจากตำรา เอกสารวิจัยและวิชาการ เรียงลำดับการนำเสนอ ดังนี้

1. ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)
2. พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล้วงหน้า
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล้วงหน้า
 - ปัจจัยส่วนบุคคล
 - ปัจจัยด้านการรับรู้
 - ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม

1. ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)

การระบาดของไข้หวัดใหญ่เป็นสถานการณ์ที่พบในทุกประเทศทั่วโลก ที่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza virus) และเป็นสาเหตุหลักของความเจ็บป่วยของระบบทางเดินหายใจในมนุษย์ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza virus) จำนวน 3 ชนิด ได้แก่ ชนิด A ชนิด B และชนิด C การระบาดส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A และชนิด B โดยการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A อาการมีรุนแรงกว่าชนิด B ส่วนการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด C ส่วนใหญ่มีอาการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Hunt, 2009)

การศึกษาทางไวรัสวิทยา (Virology) พบว่าเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด A เกิดจากไวรัสที่มีรหัสพันธุกรรมลักษณะท่อน ประกอบด้วย 8 ท่อน ได้แก่ PB2 PB1 PA HA NP NA M และ NS ซึ่งทั้งหมดสามารถสร้างโปรตีนได้ 10 ชนิด ได้แก่ PB2 PB1 PA HA NP NA M1 M2 NS1 และ NS2 โดยส่วนที่สำคัญคือส่วนของ HA (Hemagglutinin) ซึ่งแบ่งเป็นสายพันธุ์ย่อยได้อีก 16 ชนิด (H1–H16) และส่วนของ NA (Neuraminidase) ซึ่งแบ่งเป็นสายพันธุ์ย่อยได้จำนวน 9 ชนิด (N1–N9) ทั้ง HA และ NA เป็นโปรตีนโครงสร้างที่อยู่บนเปลือกผิวของไวรัส และเป็นตัวกำหนดความจำเพาะในการติดเชื่อเข้าสู่เซลล์ที่ได้รับเชื่อ (Host cell) ชนิดต่างๆ ซึ่งความหลากหลายในส่วนของ HA และ NA ตลอดจนความสามารถในการสลับปรับเปลี่ยนรหัสพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดความหลากหลายของสายพันธุ์ไวรัสชนิดต่างๆ (Steinhauer et al., 2002) เช่น H1N1 หรือ H5N1 เป็นต้น ดังนั้น ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) จัดเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging infectious disease) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อตัวใหม่และเป็นเชื้อไวรัสที่มีความสามารถในการหลบหลีกจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Humoral immunity) (Steinhauer et al., 2002) นอกจากนี้ความสามารถในการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ยังส่งผลให้การป้องกันโดยใช้วัคซีนจากเชื้อเดิมมีข้อจำกัด (Hunt, 2009)

สถานการณ์การติดเชื่อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) มีการระบาดจากคนสู่คนในลักษณะของส่งผ่านละอองฝอยน้ำมูก น้ำลายหรือเสมหะจากการไอจาม โดยเชื่อหรือละอองฝอยที่มีเชื้อไข้หวัดใหญ่มักมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 10 μm ซึ่งสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้โดยง่าย นอกจากนี้ละอองของการติดเชื่อยังสามารถส่งผ่านโดยการสัมผัส มีระยะฟักตัวระหว่าง 18-72 ชั่วโมง (Hunt, 2009) ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการหลังได้รับเชื่อ 1-3 วัน (โกษา สูดหอม, 2552) นอกจากนี้ลักษณะสำคัญประการหนึ่งของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) คือการที่มีความเข้มข้นอย่างสูงของเชื้อไวรัสในสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจที่พร้อมที่จะส่งผ่านและเกิดการติดเชื่อรายใหม่ได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) จึงเป็นสิ่งที่ยากในการควบคุม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้แจ้งระดับการเตือนภัย (Phase of pandemic alert) เป็นระดับ 6 ตั้งแต่วันที่ 11 มิถุนายน 2552 สะท้อนให้เห็นว่าการระบาดของโรครามีแนวโน้มในการกระจายไปทั่วโลก (Global pandemic) (WHO, 2009) ทั้งนี้การระบาดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วอาจเนื่องจากลักษณะเฉพาะของการติดเชื่อ ที่ผู้ติดเชื่อสามารถแพร่เชื่อได้ตั้งแต่ก่อนเริ่มมีอาการป่วย และแนวทางการดูแลที่มีการแยกผู้ติดเชื่อเมื่อเริ่มมีอาการจึงเป็น

เพียงการลดการแพร่เชื้อแต่ไม่สามารถหยุดยั้งการระบาดได้ ดังนั้น การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) จึงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องนานกว่า 1 ปี จนกระทั่งวันที่ 10 สิงหาคม 2553 WHO ได้แจ้งว่าไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ได้เข้าสู่ระยะหลังการระบาดแล้ว (Post pandemic period) อย่างไรก็ตาม บุคลากรด้านสุขภาพยังคงต้องเฝ้าระวังโรคอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ เนื่องจากยังไม่สามารถคาดการณ์พฤติกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ได้ (WHO, 2010)

ในประเทศไทย มีรายงานการพบผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ครั้งแรกในวันที่ 4 พฤษภาคม 2552 และตั้งแต่วันที่ 21 มิถุนายน 2552 พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น และมีการระบาดต่อเนื่องขยายออกไปในหลายๆ จังหวัดทั่วประเทศไทย (วรรณหาญเชาว์วรกุล, 2552) จากรายงานการเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 15 กรกฎาคม 2552 พบว่าตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน-15 กรกฎาคม 2552 มีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) สะสมจำนวน 4,469 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากถึง 24 ราย โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.4) มีอายุระหว่าง 11-20 ปี (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2552¹⁾ และในวันที่ 29 กรกฎาคม 2552 สำนักโรคระบาดวิทยา รายงานจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเป็นผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) สะสมจำนวน 8,879 ราย และมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกรวมจำนวนผู้เสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ทั้งหมด 65 ราย (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2552¹⁾)

การพิจารณาจากรายงานการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มอายุผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) โดยสัดส่วนของการพบในกลุ่มอายุ 11-20 ปีค่อยๆ ลดลง (จากร้อยละ 53.4 เป็น ร้อยละ 45.7) ในขณะที่กลุ่มอายุ 21-30 ปีมีสัดส่วนของการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น (จากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 13.9) ซึ่งอาจแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการแพร่ระบาดจากในโรงเรียนเข้าสู่ชุมชน อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินการค้นหาคัดกรองและวางแนวทางสอบสวน ควบคุมและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) อย่างเคร่งครัดในระยะเวลาต่อมาพบว่าการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) อยู่ในลักษณะของการคงที่ ทำให้ดูเหมือนว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์การระบาดได้ และโดยสรุป การระบาดระลอกแรกใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2552 อัตราการติดเชื้อเฉลี่ยร้อยละ 13 ในประชากรหรือมีประมาณผู้ติดเชื้อ 8.4 ล้านคน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) หรือร้อยละ 9.4 ของจำนวนประชากร (สำนักข่าวแห่งชาติ กรมประชาสัมพันธ์, 2553)

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่..... 05 ต.ค. 2555
เลขทะเบียน..... 249189
เลขเรียกหนังสือ.....



ต่อมาในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2553 พบสัญญาณการระบาดใหม่ (ระลอกสอง) โดยพบว่าผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่และผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นหลายแห่งเพิ่มสูงกว่าร้อยละ 5 นอกจากนี้ การเฝ้าระวังโดยจุดสังเกต 13 โรงพยาบาล (Sentinel Surveillance) ในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีอาการไข้หวัดใหญ่ พบผลบวกเพิ่มจากร้อยละ 6 ในเดือนธันวาคม 2552 เป็นร้อยละ 12.6 และในกลุ่มผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 20 ประกอบกับการมีข้อมูลของการระบาดเป็นกลุ่ม (Clusters of outbreaks) อย่างต่อเนื่องหลายสัปดาห์ มากกว่า 20 ครั้ง ในระยะ 3 สัปดาห์ โดยพบการระบาดอยู่ในระดับพื้นที่ อำเภอ ตำบล และในพื้นที่ที่พบการระบาดใหม่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และจากการสำรวจพบว่าผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ในระลอกสองมากถึงร้อยละ 7.8 ของประชากรที่ศึกษา (สำนักข่าวแห่งชาติ กรมประชาสัมพันธ์, 2553) สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการพยากรณ์ของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพว่าการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) นี้จะคงอยู่อีกเป็นเวลานาน และอาจมีโอกาสแทรกซ้อนโดยไข้หวัดในท้องถิ่นหรือไข้หวัดตามฤดูกาล (Seasonal influenza) (Salaam-Blyther, 2009) ซึ่งจะทำให้การแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคเป็นทวีคูณยิ่งขึ้นที่สำคัญ คำแนะนำ WHO (2010) ในการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระยะหลังการระบาด และการขอความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขในการเร่งรัดเตรียมความพร้อมและจัดการการระบาดของไข้หวัดใหญ่รวมถึงไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ในฤดูฝนและฤดูหนาวลงวันที่ 20 สิงหาคม 2553 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) แสดงให้เห็นว่ายังมีกรพบการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) กระจายอยู่อย่างต่อเนื่อง

อาการของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)

เมื่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) เข้าสู่ร่างกายจะเกิดการติดเชื้อที่เซลล์เยื่อ (Epithelial cells) ของทางเดินหายใจ อาการนำที่ทำให้ผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) มารับการรักษาได้แก่ อาการมีไข้ โดยอาการและอาการแสดงที่พบขณะแรกรับในโรงพยาบาลพบว่าร้อยละ 87.7 มีไข้สูงเกิน 37.8 องศาเซลเซียส ร้อยละ 71.2 มีอาการไอและไอมีเสมหะปนเลือด และร้อยละ 9.1 มีอาการอาเจียนและถ่ายเหลวร่วมด้วย (ดารินทร์ อารีย์โชคชัย, 2009) สอดคล้องกับรายงานของต่างประเทศ เช่น รายงานของ Echevarría-Zuno และคณะ (2009) และ Jain และคณะ (2009) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ในประเทศเม็กซิโกและประเทศสหรัฐอเมริกามีอาการนำเหมือนการเป็นไข้หวัดใหญ่ทั่วไป นอกจากนี้ยังอาจพบอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียร่วมด้วย

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาถึงความรุนแรงของโรค พบว่าผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและไม่มีอาการแทรกซ้อน ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพอย่างรุนแรงประกอบด้วย การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น ปอดอักเสบ ปอดอักเสบอย่างรุนแรง และการหายใจล้มเหลว ได้แก่ กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (Jain et al., 2009; Jamieson et al., 2009) สอดคล้องกับการรายงานผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ของประเทศไทย (คารินทร์ อารีย์โชคชัย, 2552) ที่พบว่าเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมากถึงร้อยละ 63.1 โดยเป็นผู้ที่มีโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 21.5 เบาหวานและโรคอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม) ร้อยละ 13.8 เท่ากัน โรคปอดหรือสูบบุหรี่จัดร้อยละ 10.8 และตั้งครรภ์ร้อยละ 4.6 เป็นต้น

การรักษา

การรักษาไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ที่ผ่านมามีการใช้ยาต้านไวรัส (Antiviral therapy) ตามแนวทางของ Centers of Disease Control and Prevention (CDC) (2009) คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health organization: WHO) (2009) และคณะทำงานด้านการรักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2552) โดยใช้ยาในกลุ่ม neuraminidases ได้แก่ oseltamivir (Tamiflu, GPO-A-FLU) ที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ neuraminidase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ใช้ในขั้นตอนการแบ่งตัวเพื่อหลุดออกจากเซลล์ เป็นการยับยั้งการแพร่กระจายไปยังเซลล์ใหม่ได้ (Hayden, 2001) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลการใช้ยาในกลุ่ม neuraminidases ในผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์อื่นพบว่าได้ผลในการลดระยะเวลาของการมีอาการ (Shun-Shin et al., 2009) ซึ่งการรักษาควรเริ่มให้ภายใน 2 วันของการมีอาการ อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ที่ไม่มีโรคประจำตัวแต่เสียชีวิตพบว่าเป็นผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสล่าช้า (วรรณฯ หาญเชาว์วรกุล, 2552)

การป้องกันและข้อเสนอแนะเพื่อการควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)

สำหรับประเทศไทย จากการรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2553) พบว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไข และเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551-2553 และแผนปฏิบัติการแม่บทการเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ พ.ศ. 2552 ซึ่งมุ่งเน้นการผลักดันให้เกิดกลไกการบูรณาการการดำเนินงานของทุกภาคส่วน โดยการเตรียมความพร้อมและป้องกันแก้ไขสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาขีดความสามารถหลักของประเทศ ในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมแก้ไขสถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาระดับนานาชาติ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายในปี ค.ศ. 2012 ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 หรือ International Health Regulations (2005)

สำหรับมาตรการป้องกันควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ประกอบด้วย มาตรการใช้เวชภัณฑ์ (Pharmaceutical Interventions) ได้แก่ การใช้ยาต้านไวรัส และมาตรการไม่ใช่เวชภัณฑ์ (Non-Pharmaceutical Interventions) ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้คนไทยมีพฤติกรรมสุขอนามัยป้องกันโรค นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดยุทธศาสตร์ 2 ลด 3 เร่ง ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ลดการเสียชีวิตให้ได้มากที่สุด ยุทธศาสตร์ลดการติดเชื้อและการป่วยให้ได้มากที่สุด ยุทธศาสตร์เร่งการออกเยี่ยมบ้าน ยุทธศาสตร์เร่งการเผยแพร่สื่อสาร และยุทธศาสตร์เร่งการบริหารจัดการ โดยยุทธศาสตร์ลดการป่วยลงให้ได้มากที่สุด เป็นงานพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญมาก ที่จะช่วยชะลอและลดการแพร่ระบาดเป็นผลให้ลดการเสียชีวิตลงด้วย มีแนวทางหลัก 2 ประการ ได้แก่ การสร้างพฤติกรรมป้องกันโรค โดยประชาชนทุกคน และการลดโอกาสการแพร่เชื้อในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อสู่คนอื่น ซึ่งนอกจากจะมีประสิทธิภาพในการลดการแพร่ระบาดแล้วยังช่วยลดผลกระทบต่อการเรียนการสอน การดำเนินธุรกิจ และการดำเนินกิจกรรมตามวิถีชีวิตปกติได้อีกด้วย

ภายหลังการประกาศของ WHO ถึงการเข้าสู่ภาวะหลังการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ในวันที่ 10 สิงหาคม 2553 WHO ได้เสนอแนะแนวทางในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และการติดตามทางไวรัสวิทยา ตลอดจนการดูแลให้ประชาชนได้รับวัคซีนและการดูแลรักษาทางคลินิกในผู้ติดเชื้อ ดังนี้



1. การเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Monitoring of respiratory disease activity) โดยการติดตามเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินหายใจที่มีลักษณะผิดปกติ เช่น รายงานการติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นกลุ่ม สอบสวนโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการรุนแรงหรือผิดปกติ และในสถานการณ์ที่มีการติดเชื้อเป็นกลุ่มหรือระบาด เพื่อค้นหาและแยกแยะการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาหรือความรุนแรงของการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ต่อไป จัดระบบการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องรวมถึงกลุ่มที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่และรายที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจอย่างรุนแรงเฉียบพลัน สื่อสารข้อมูลไปยังหน่วยงานเฝ้าระวัง เช่น FluID, FluNet และ EUROFlu และแจ้ง WHO ทันทีที่พบการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่คือยา การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่จากเชื้อไวรัสที่ไม่เคยมีการติดเชื้อในคน และเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงของการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) รวมถึงการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่สำคัญของไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)

2. การดูแลให้ประชาชนได้รับวัคซีน (Vaccination) โดยวัคซีนยังคงเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่ WHO แนะนำให้ฉีดวัคซีนในกลุ่มเสี่ยงสูงในประเทศที่มีวัคซีนเพียงพอ นอกจากนี้ ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ที่เป็นสาเหตุการแพร่ระบาดในปี 2009 จะยังคงแพร่กระจายในบางส่วนของโลกและมีความรุนแรงในการระบาดหลายระดับแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในหลายประเทศได้มีการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลชนิดวัคซีนรวม 3 สายพันธุ์ (trivalent) ที่ครอบคลุมถึงไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) อย่างไรก็ตามในประเทศที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ WHO แนะนำให้ใช้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ชนิดวัคซีนสายพันธุ์เดียว (monovalent) ได้ การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ชนิดวัคซีนสายพันธุ์เดียวควรให้ตามแนวทางของหน่วยงานผู้ควบคุมกำกับดูแลวัคซีนภายในประเทศ ในการนี้องค์การอนามัยโลกจะได้ทำการปรึกษาคณะผู้เชี่ยวชาญต่อไป

3. การดูแลรักษาทางคลินิกในผู้ติดเชื้อ (Clinical management) ผู้ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ควรได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ของ WHO จากการคาดการณ์พบว่าเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) จะยังคงเกิดการระบาดคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในช่วงหลายปีต่อจากนี้ ดังนั้นจึงสามารถพบผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงทั้งในกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มสุขภาพดี การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วเพื่อการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาอย่างรวดเร็วและการรักษาที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้จึงมีความสำคัญ ซึ่ง WHO ได้เสนอคำแนะนำสำหรับการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ไว้แล้ว

กลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) คือ กลุ่มเด็ก สตรีมีครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางระบบหายใจและระบบอื่นๆ เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน เป็นต้น ผู้ติดเชื้อที่มีอาการไข้หวัดใหญ่รุนแรงหรือทรุดลง ควรได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุดด้วยยาต้านไวรัส (oseltamivir) ผู้ติดเชื้อที่ความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากไข้หวัดใหญ่ด้วยแล้ว ควรได้รับการรักษาด้วยยา oseltamivir หรือ zanamivir โดยเร็วที่สุดเช่นกัน

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่าการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ในประเทศไทยและต่างประเทศ เป็นสถานการณ์ที่ยากแก่การควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของการแพร่กระจายเชื้อโรคเกิดขึ้นได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว และแม้ภายหลัง WHO ได้แจ้งว่า ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ได้เข้าสู่ระยะหลังการระบาดแล้วก็ตาม สถานการณ์ดังกล่าวยังไม่สามารถเป็นที่วางใจได้ ดังจะเห็นได้จากคำแนะนำของ WHO ที่สอดคล้องกับหนังสือขอความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขในการเร่งรัดดำเนินการเตรียมความพร้อมและจัดการการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาวลงวันที่ 20 สิงหาคม 2553 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การวิจัยนี้มุ่งศึกษาพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าของประชาชนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีสถานการณ์ระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) และมีอัตราการติดเชื้อในอันดับต้นๆทั้งในการระบาดรอบแรกและระลอกสอง องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้ จะสามารถนำไปพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อลดความสูญเสียจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ต่อไป

2. พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า

พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า (Precautionary behavior) เป็นการปฏิบัติของบุคคล ชุมชนและสังคม โดยมีหลักการว่าในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนหรือไม่แน่ใจว่าจะเป็นอันตราย ควรหลีกเลี่ยงหรือป้องกันล่วงหน้าไว้ก่อนเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอันตราย โดยไม่ต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนสนับสนุนการกระทำนั้นๆ (Tickner, 2002; Grandjean, 2004; Chaudry, 2008) ซึ่งมีความแตกต่างจากพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ที่ต้องได้รับการพิสูจน์อย่างแน่ชัดเสียก่อนว่าพฤติกรรมดังกล่าวสามารถปฏิบัติและได้ผลจริง ในกรณีไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ การป้องกันสุขภาพล่วงหน้ามีความสำคัญยิ่ง

และเป็นแนวทางการดำเนินงานในแทบทุกประเทศที่มีการระบาด ซึ่ง Brug, Aro, และ Richardus (2009) ซึ่งให้เห็นว่าการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าเป็นความรับผิดชอบของบุคคล ชุมชนและสังคม และเป็นการปฏิบัติที่ช่วยลดภาระของระบบสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีกำลังทรัพยากรไม่มากนัก ที่สำคัญ ผลการวิจัยที่ผ่านมาให้ข้อมูลสนับสนุนว่าการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า เช่น การล้างมือ สามารถลดการระบาดของโรคไข้หวัดมรณะ (SARS) ได้ (Fung & Cairncross, 2006) ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการสุขภาพล่วงหน้า และปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันการสุขภาพล่วงหน้าของประชาชนในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ระบาดของโรค จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสุขภาพล่วงหน้าและใช้ในการคาดการณ์แนวโน้มการระบาดตลอดจนผลกระทบด้านเศรษฐกิจด้วย (Sadique et al., 2007)

สำหรับแนวทางการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) กระทรวงสาธารณสุขได้แนะนำให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันไข้หวัดใหญ่อีก 5 พฤติกรรมเพิ่มเติมนอกเหนือจากการออกกำลังกาย รับประทานอาหารครบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิตามินซี และพักผ่อนอย่างเพียงพอ ได้แก่ 1) การปิดปากและจุมเมื่อป่วยหรือไอจาม 2) การล้างมือบ่อยๆ 3) การเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือที่ที่มีคนจำนวนมาก 4) การหยุดงาน หยุดเรียนและหยุดกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นเมื่อป่วย และ 5) การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2010) การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการสุขภาพล่วงหน้าในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ในประเทศอื่นพบว่าประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการสุขภาพล่วงหน้าที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ Lau, Griffiths, Choi และ Tsui (2010) พบว่าร้อยละ 76.5 ของกลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้านและการอยู่ในที่ชุมชน ส่วนการศึกษาของ Lau, Griffiths, Choi และ Lin (2010) พบว่าร้อยละ 88.76 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อมีอาการคล้ายไข้หวัด ในขณะที่ร้อยละ 46.65 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีการล้างมือมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการป้องกันสุขภาพล่วงหน้ามากกว่าในสถานการณ์ปกติ

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการสุขภาพล่วงหน้า (Precautionary behavior) พบว่าในประเทศไทยยังมีความจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่พบในต่างประเทศ ในลักษณะของพฤติกรรมป้องกันการสุขภาพ (Health protective behavior) และในสถานการณ์ของโรคระบาดเช่น โรคไข้หวัดมรณะ (SARS) ไข้หวัดนก รวมถึงในสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพ เช่น การเกิดภัยพิบัติตามธรรมชาติ การเกิดมลพิษ เป็นต้น ซึ่งพบว่าประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการสุขภาพล่วงหน้าสอดคล้องกับแนวทางการ

ปฏิบัติในสถานการณ์ดังกล่าว และในการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันสุขภาพล่วงหน้า ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาและสามารถจัดกลุ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันสุขภาพล่วงหน้าเป็น 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ (Rubin, Amlot, Page, & Wessely, 2009) เพศ (Rubin, Amlot, Page, & Wessely, 2009; Weiss, Larsen, & Baker, 1996) และระดับการศึกษา (Krick & Sobal, 1996) 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรค (Brewer et al., 2007; Smith, 2006) ความวิตกกังวล (Rubin, Amlot, Page, & Wessely, 2009) ต้นทุนในการปฏิบัติพฤติกรรม (Grothmann & Reuswig, 2006) และการรับรู้ประสิทธิผลของพฤติกรรมกำบังกัน (Tang & Wong, 2004) และ 3) ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย อิทธิพลทางสังคม (Weiss, Larsen, & Baker, 1996) และความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (Tang & Wong, 2003; Wray et al., 2008) การทำความเข้าใจในพฤติกรรมกำบังกันสุขภาพล่วงหน้าและเข้าใจปัจจัยที่สัมพันธ์กันจะนำไปสู่ข้อค้นพบที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าว อันจะนำไปสู่การควบคุมหรือการชะลอตัวของโรคระบาดได้

สำหรับการประเมินพฤติกรรมกำบังกันสุขภาพล่วงหน้า การวิจัยที่ผ่านมาใช้วิธีการประเมินที่แตกต่างกัน แบ่งเป็นการประเมินเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงวิธีการกำบังกันสุขภาพล่วงหน้า (Jiang et al., 2009) และเชิงปริมาณ (Eastwood et al., 2009; Zwart, Veldhuijzen, Richardus, & Brug, 2010; Sadique et al., 2007; Brown, Aitken, Leggat, & Speare, 2010) ซึ่งแบบประเมินเชิงปริมาณประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ 4-18 ข้อ สำหรับงานวิจัยนี้ใช้การประเมินเชิงปริมาณประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อที่ใช้ประเมินการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรายในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ครอบคลุมพฤติกรรมตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยๆ การใช้ช้อนกลาง การหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนหนาแน่น เป็นต้น

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันสุขภาพล่วงหน้า

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่ประกอบขึ้นเป็นบุคคลและมีในตัวบุคคลที่มีความสำคัญในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันสุขภาพล่วงหน้าในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดหมู (Swine flu outbreak) โดยพบว่าผู้ที่มีอายุ 18-24 ปี มีแนวโน้มในการมีพฤติกรรมกำบังกันสุขภาพล่วงหน้า (Rubin, Amlot, Page, & Wessely, 2009) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาอื่นที่พบว่าอายุมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ (Carmal, Shani, & Rosenberg, 1994; de Zwart, Veldhuijzen, Richardus, & Brug, 2010)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในเรื่องเพศ ผลการศึกษาของ Rubin, Amlot, Page และ Wessely (2009) และ Weiss, Larsen และ Baker (1996) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการวิจัยของ Eastwood และคณะ (2009) ที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ประชาชนชาวออสเตรเลียในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่พบว่าผู้ให้ข้อมูลเพศชายให้ความร่วมมือในการป้องกันสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิง

สำหรับในประเด็นของระดับการศึกษา Krick และ Sobal (1996) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพที่ดีกว่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Eastwood และคณะ (2009) ที่แบ่งระดับการศึกษาเป็น 4 ระดับ ได้แก่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาปีที่ 4 ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5-6 ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ และระดับมหาวิทยาลัย และพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการแยกพักที่บ้าน (Home quarantine) หลังจากการสัมผัสเชื้อไข้หวัดใหญ่ ในขณะที่ผลการศึกษาของ de Zwart, Veldhuijzen, Richardus, และ Brug (2010) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดนก

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมาพบในสถานการณ์ที่แตกต่างกันยังคงให้คำตอบที่แตกต่างกัน

3.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจของการติดเชื้อ โรค ความวิตกกังวล ต้นทุนในการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ประสิทธิผลของพฤติกรรมป้องกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีผลสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน (Rogers, 1983) โดย Rogers กล่าวถึงว่าแรงจูงใจในการป้องกันส่งผลให้เกิดพฤติกรรมโดยในการศึกษานี้มุ่งเน้นที่พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า โดยแรงจูงใจในการป้องกันตามแนวคิดของ Rogers เป็นผลมาจากการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ซึ่งประกอบด้วยความรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสของการเกิดโรคในการศึกษานี้เลือกศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรค ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสของการเกิดโรค และการรับรู้ความเสี่ยงอาจเกิดความลำเอียงได้จากการรับรู้ความเสี่ยงที่น้อยกว่าความเป็นจริง (Unrealistic bias) และการรับรู้ความเสี่ยง

ที่มากกว่าความเป็นจริง (Pessimistic bias) และในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลโดยทั่วไปมักมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคหรือได้รับอันตรายที่มากกว่าความเป็นจริง (Slovic, 1987) จากการศึกษาที่ผ่านมาและการวิเคราะห์ห่อภิมานในสถานการณ์การระบาดของโรค พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า (Brewer et al., 2007; Smith, 2006; Di Giuseppe, Abbate, Albano, Marinelli, & Angelillo, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hong และ Collins (2006) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดมรณะ (SARS) พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และผลการศึกษาของ de Zwart และคณะ (2009) ในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดมรณะและไข้หวัดนก (Avian Influenza) พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันยังกล่าวถึงการประเมินค่าสถานการณ์ (Coping appraisal) อันเป็นองค์ประกอบของการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) และความคาดหวังในความสามารถของตน (Self efficacy) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน ในการวิจัยนี้ศึกษาการรับรู้ประสิทธิผลของพฤติกรรมการป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกัน (Response efficacy) นั่นเอง ส่วนต้นทุนในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดเป็นความสามารถของตน (Self efficacy) ทั้งในด้านค่าใช้จ่าย เวลา แรงงานและภาวะที่เกิดจากการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าโดยที่ผ่านมา ผลการวิจัยของ Tang และ Wong (2004) และ Grothmann และ Reusswig (2006) พบว่าทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Hong และ Collins (2006) ในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดมรณะ (SARS) ที่พบว่าความเชื่อว่าวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สามารถลดการติดเชื้อได้ส่งผลให้ความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งนับได้ว่าเป็นพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าอย่างหนึ่ง

นอกจากปัจจัยตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันแล้ว ผลการวิจัยที่ผ่านมายังพบว่าความวิตกกังวลเป็นการรับรู้ อารมณ์และความรู้สึกของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและอาจรับรู้ว่าคุณภาพต่อตนเอง ซึ่งการศึกษาของ Jones และ Salathe (2009) ในระยะแรกของการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเนื่องจากรู้ว่าไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) คุณภาพตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lau, Griffiths, Choi และ Tsui (2010) ที่พบว่าร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่างกังวลมากเกี่ยวกับการติดเชื้อ

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับ ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างในฮ่องกงที่พบว่ามีความวิตกกังวลในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) เพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Cowling et al., 2010) สำหรับ ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการดูแลสุขภาพล่วงหน้า ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติด้วยการล้างมือ ใกล้เคียงกับงานของ Rubin, Amlot, Page และ Wessely (2009) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองล่วงหน้าด้วย

ดังนั้น การวิจัยนี้จึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง ของการติดเชื้อโรค การรับรู้ประสิทธิผลของพฤติกรรมป้องกัน ต้นทุนในการปฏิบัติพฤติกรรม และความวิตกกังวลกับพฤติกรรมป้องกันการดูแลสุขภาพล่วงหน้า ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมายังมี ข้อจำกัดที่สำคัญ ยังไม่มีงานวิจัยที่ผ่านมาชิ้นใดที่ศึกษาในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัด ใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)

3.3 ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใน สถานการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) โดยจากการศึกษาทฤษฎีการ รับรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) (Bandura, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอิทธิพลทาง สังคมและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพในสถานการณ์นั้นๆ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดในการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอิทธิพลทางสังคมและความน่าเชื่อถือของข้อมูลในสถานการณ์การ ระบาดของโรคยังมีความจำกัด งานวิจัยนี้นำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองกับ พฤติกรรมสุขภาพในบริบทอื่นร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอิทธิพลทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากคนใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มที่ต้องการลดน้ำหนัก (Dailey, Richards, & Lomo, 2010) นอกจากนี้ การศึกษาของ Baker, Little และ Brownell (2003) พบว่าการรับรู้อิทธิพลของ สังคมในลักษณะของการยอมรับในสังคม (Subjective norms) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ที่ประเมินได้จากการรับประทานอาหารและการปฏิบัติกิจกรรมในวัยรุ่น สอดคล้องกับผล การศึกษาของ Kinsman, Romer, Furstenberg และ Schwarz (1998) ที่ศึกษาอิทธิพลทางสังคมใน ลักษณะของแรงกดดันจากเพื่อน (Peer pressure) พบว่าอิทธิพลทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพที่ประเมินจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และผลการศึกษาของ Weiss, Larsen และ Baker (1996) ที่พบว่าอิทธิพลทางสังคมจากผู้ปกครองและเพื่อนสามารถพยากรณ์การมีส่วน

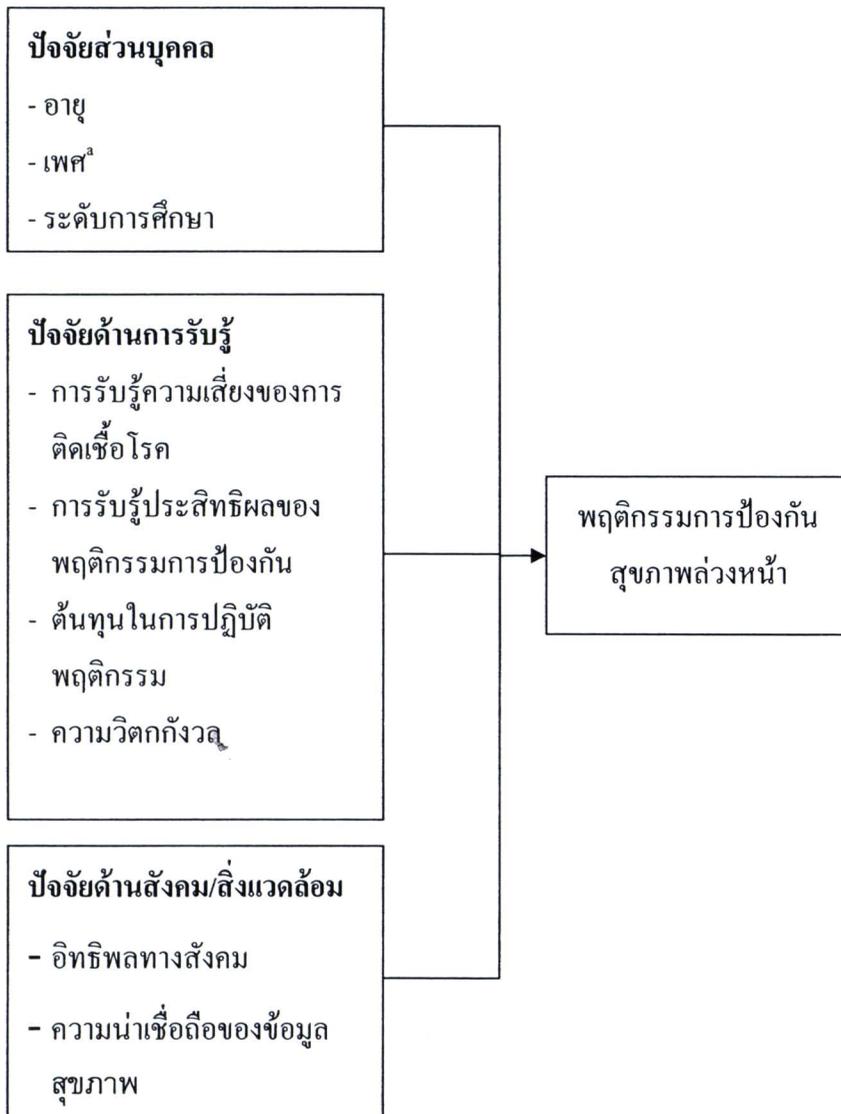
ร่วมในพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพได้ ดังนั้น อิทธิพลทางสังคมในการศึกษานี้จึงหมายถึงการรับรู้ของบุคคลว่าการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าของตนเองเป็นผลจากบุคคลอื่น สังคมหรือสิ่งแวดล้อมน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า โดยการได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าดังเช่นในการศึกษาของ Rubin, Amlot, Page และ Wessely (2009) ในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดหมู (Swine flu) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เชื่อถือข้อมูลจากหน่วยงานด้านสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีกรรมการป้องกันสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jones และ Salathe (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความน่าเชื่อถือของข้อมูลกับตัวชี้วัดพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรด้านสุขภาพและอินเทอร์เน็ต มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพดีขึ้น ในการวิจัยนี้ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพหมายถึงการรับรู้ถึงความเชื่อถือได้ของข้อมูลและแหล่งข้อมูลในเรื่องไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้า

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าในสถานการณ์อื่น การวิจัยนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกลุ่มนี้กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพล่วงหน้าในสถานการณ์เฉพาะของการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) กรอบแนวคิดของการวิจัยที่ประกอบด้วยตัวแปรทั้งหมดนำเสนอ ดังแผนภาพที่ 1



กรอบแนวคิดการวิจัย



^๑ยกเว้นในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย