

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังสาระสำคัญเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1)

ความหมาย

ระบาดวิทยา

สาเหตุการเกิดโรค

อาการและอาการแสดง

การวินิจฉัยโรค

การดูแลรักษา

2. สถานการณ์และแนวโน้มการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ในประเทศไทยและระดับนานาชาติ

3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความร่วมมือ

4. แนวคิดการป้องกัน ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ในประเทศไทยและระดับนานาชาติ

5. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1)

ความหมาย

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) หมายถึง โรคติดต่อที่แพร่ระหว่างคนสู่คน เกิดจากการผสมสารพันธุกรรมของเชื้อ ไข้หวัดใหญ่ของคน สุกร และนก การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 พบเป็นการระบาด ทั่วโลกตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส ไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (H1N1) สายพันธุ์ใหม่ พบครั้งแรกในรัฐเวรากูซ ประเทศเม็กซิโก จึงเรียกชื่อว่า “ไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก” ต่อมาเรียกว่า “ไข้หวัดหมู” ปัจจุบันสถาบันสุขภาพแห่งชาติ ได้เรียกชื่อว่า “ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1)”

ระบาดวิทยา

นับตั้งแต่มีการระบาดครั้งแรกเมื่อเดือนเมษายน 2552 ถึง 18 มกราคม 2553 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกที่ได้รับการรับรอง จำนวน 14,286 ราย (ECDC) สำหรับประเทศไทยจากการเฝ้าระวังของสำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข รายงานไว้ว่าตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน 2552 ถึง 6 มีนาคม 2553 มีผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต จำนวน 218 ราย (<http://epid.moph.go.th>) ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) จัดได้ว่าเป็น “โรคติดต่ออุบัติใหม่” (Emerging infectious diseases) เพราะเข้าใจผิดว่าเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อตัวใหม่ (อันเนื่องมาจากการกลายพันธุ์ของไวรัส จนเกิดเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่มีสารพันธุกรรมผสมกันของเชื้อไข้หวัดใหญ่ของหมู นก และคน)

ในปัจจุบัน ทั่วโลกได้เข้าสู่ภาวะหลังการระบาดของไข้หวัดใหญ่ด้วยข้อมูลความรู้ที่มีอยู่จากการระบาดใหญ่ในอดีต ทำให้คาดการณ์ว่าเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) จะยังคงมีการแพร่กระจายอย่างทั่วไปเช่นเดียวกับเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในช่วงหลายปีข้างหน้า ถึงแม้ว่าความตระหนักของประชาชนได้ลดลงเป็นอย่างมาก แต่การเฝ้าระวังโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศต่างๆ ยังคงมีความสำคัญ เช่นเดียวกับ การเฝ้าระวังไวรัสในระยะหลังการระบาดใหม่ๆ ก็ยังคงเป็นช่วงที่สำคัญ เพราะเราไม่สามารถคาดการณ์พฤติกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้เช่นเดียวกับไวรัสไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (World Health Organization, 2010)

สาเหตุการเกิดโรค

โรคไข้หวัดใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส มีอยู่ด้วยกัน 3 ชนิด ได้แก่ ไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด A, B และ C (<http://www.vcharkarn.com/varticle/38631>)

1. ไข้หวัดใหญ่จากเชื้อไวรัสชนิด A เกิดจากไวรัสที่มีรหัสพันธุกรรมเป็นท่อนๆ มีทั้งหมด 8 ท่อน ได้แก่ PB2, PB1, PA, HA, NP, NA, M, และ NS ซึ่งสามารถสร้างโปรตีนได้ 10 ชนิด ได้แก่ PB2, PB1, PA, HA, NP, NA, M1, M2, NS1 และ NS2 โดยส่วนที่สำคัญคือ HA (Hemagglutinin) ซึ่งแบ่งเป็นสายพันธุ์ย่อยได้ 16 ชนิด (H1–H16) และ NA (Neuraminidase) ซึ่งแบ่งเป็นสายพันธุ์ย่อยได้ 9 ชนิด (N1–N9) ทั้ง HA และ NA เป็นโปรตีนโครงสร้างที่อยู่บนเปลือกผิวของอนุภาคไวรัส และเป็นตัวกำหนดความจำเพาะในการติดเชื่อเข้าสู่เซลล์เจ้าบ้าน (Host cell) ชนิดต่างๆ ซึ่งความหลากหลายในส่วนของ HA และ NA นี้เองที่เป็นตัวกำหนดความหลากหลายของสายพันธุ์ไวรัสชนิดต่างๆ เช่น H1N1, H1N2 เป็นต้น

2. ไข้หวัดใหญ่จากเชื้อไวรัสชนิด B ไม่มีสายพันธุ์ย่อย พบเฉพาะในคน
3. ไข้หวัดใหญ่จากเชื้อไวรัสชนิด C ไม่มีสายพันธุ์ย่อย พบในคนและสุกร

การรับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ปัจจุบันพบว่า ไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ติดต่อกันในสัตว์จะเป็นไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด A เท่านั้น ส่วนในมนุษย์ สามารถติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้ทั้งชนิด A (เฉพาะ H1, H2, H3 และ N1, N2 เท่านั้น) ชนิด B และ ชนิด C ส่วนสัตว์ปีก สามารถติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A ได้ทั้ง H1-H16 และ N1-N9

เนื่องจากโรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ การรับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย มี 2 ทาง คือ

- 1) จากการสัมผัสกับหมูที่ติดเชื้อเป็นโรค หรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนด้วยเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ฯ
- 2) จากการสัมผัสระหว่างคนกับคนที่ติดเชื้อเป็นโรค การแพร่กระจายจากคนสู่คนคือการไอ หรือ จามของผู้ติดเชื้อ

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อของบุคคล

- อายุ
- ระดับภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล
- สิ่งแวดล้อม ทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน สถานศึกษา
- ความถี่ของการคลุกคลีกับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ

อาการและอาการแสดง

อาการคล้ายกันกับอาการของคนที่เป็นหวัดปกติ คือ มีไข้ ท้องเสีย เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะ หนาว และไม่มีเรี่ยวแรง อ่อนล้า บางคนมีอาการท้องเสียร่วมกับอาเจียน อาการแทรกซ้อนรุนแรง คือ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบขั้นรุนแรง (fulminant myocarditis) ภาวะสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดปอด (pulmonary embolism) อาจทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งตามรายชื่อนี้ต้องไปรับการรักษาที่แพทย์โดยด่วน

สัญญาณเตือนฉุกเฉินในผู้ใหญ่

1. หายใจลำบากหรือหายใจกระชั้น
2. เจ็บ ปวด หรือรู้สึกอึดอัดบริเวณอกหรือท้องน้อย
3. อาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน
4. มีอาการสับสน
5. อาเจียนอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง
6. ร่างกายมีอุณหภูมิต่ำ

สัญญาณเตือนฉุกเฉินในเด็กและทารก

1. หายใจถี่หรือหายใจลำบาก
2. สีผิวเป็นสีน้ำเงินอ่อน
3. ปลูกไม่ตื่นหรือไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง
4. มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการดีแล้ว แต่กลับเป็นอีก โดยมีไข้และไออย่างรุนแรง
5. มีไข้และมีผื่น
6. ไม่รับประทานอาหาร

ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงนั้น จะพบภาวะปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัสได้บ่อยที่สุด และมักเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาในสัตว์ทดลอง ยืนยันว่าไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ เป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบรุนแรงโดยตรง ส่วนการติดเชื้อที่เกิดจากแบคทีเรียซ้ำพบว่า เป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 30% ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต ซึ่งมักเสียชีวิตจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และเกิดอาการช็อค

ลักษณะทางคลินิกในผู้ป่วยอาการรุนแรงแตกต่างจากรูปแบบโรคที่เกิดในช่วงการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลอย่างมาก โดยผู้ป่วยอาการรุนแรงจำนวนมากอยู่ในช่วงอายุน้อยและสุขภาพดี ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะทางการแพทย์ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ได้จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรครุนแรงในผู้ป่วยเหล่านี้ ในผู้ป่วยอาการรุนแรง โดยทั่วไปอาการจะเริ่มทรุดลงราวๆ 3-5 วันหลังจากเริ่มป่วย อาการจะทรุดลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยหลายรายจะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลวภายใน 24 ชั่วโมง จนต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก และต้องให้เครื่องช่วยหายใจทันที อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายไม่ตอบสนองต่อเครื่องช่วยหายใจ ทำให้การรักษาทำได้ยาก ในขณะที่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสโอเซลทามิเวียร์ (oseltamivir) หรือซานามิเวียร์ (zanamivir) อย่างทันท่วงที จะช่วยลดอาการป่วยรุนแรงและเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต นอกจากโรคปอดอักเสบที่เกิดจากการเพิ่มจำนวนของไวรัสโดยตรงแล้ว โรคปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อร่วมของแบคทีเรีย ทำให้อาการป่วยรุนแรง และทรุดลงอย่างรวดเร็ว แบคทีเรียที่พบว่ามักเป็นสาเหตุดังกล่าวได้แก่ *Streptococcus pneumoniae* และ *Staphylococcus aureus* รวมถึงสายพันธุ์ที่ดื้อต่อ methicillin เมื่อพบการติดเชื้อร่วมกับแบคทีเรียบ่อยขึ้น แพทย์จึงเน้นย้ำในการพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับการรักษาโรคปอดอักเสบที่ติดเชื้อในชุมชน (World Health Organization, 2009)

การวินิจฉัยโรค

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ A (H1N1) ร่วมกับ

1. อาการแสดงที่สงสัยว่าจะมีปอดอักเสบ ได้แก่

1.1 อัตราการหายใจเร็ว

- อายุ < 2 เดือน อัตราการหายใจ > 60 ครั้ง/นาที
- อายุ 2-12 เดือน อัตราการหายใจ > 50 ครั้ง/นาที
- อายุ 1-5 ปี อัตราการหายใจ > 40 ครั้ง/นาที
- เด็กโตและผู้ใหญ่ อัตราการหายใจ > 24 ครั้ง/นาที
- อายุ > 5 ปี อัตราการหายใจ > 30 ครั้ง/นาที

1.2 หายใจหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก

1.3 ฟังปอดได้ยินเสียงผิดปกติ

1.4 SpO₂ < 95% โดยไม่ได้ให้ออกซิเจนเพิ่ม

2. ภาพรังสีปอดที่แสดงว่าปอดอักเสบ

2.1 ในระยะแรกอาจพบแค่ increased bronchovascular marking หรือคล้ายกับมี cardiogenic pulmonary congestion ได้ ควรถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำในวันถัดไปเพื่อยืนยันการวินิจฉัย

2.2 ภาพรังสีปอดส่วนใหญ่มีลักษณะเป็น interstitial infiltration แบบ bilateral หรือ unilateral ส่วนที่พบเป็น lobar หรือ multi-lobar infiltration พบน้อย

การส่งตรวจหาไวรัสไข้หวัดใหญ่

ส่งตรวจหาเชื้อไวรัสโดยวิธี RT-PCR ทุกราย โดยส่งตรวจจาก nasopharyngeal swab หรือ throat swab (ให้ได้ epithelial cells โดยหมุน swab 2-3 ครั้ง) หรือ ดูดเสมหะจากปอด (endotracheal aspirate) ในรายปอดอักเสบ

การดูแลรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ควรได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งคาดการณ์ว่าเชื้อไวรัส H1N1 จะยังคงเกิดการระบาดคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในช่วงหลายปีที่จะถึงนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงในกลุ่มเสี่ยงสูง รวมทั้งกลุ่มคนสุขภาพดีก็อาจพบได้มาก การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว เพื่อการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาอย่างรวดเร็วและการรักษาที่

เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความสำคัญ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอคำแนะนำสำหรับการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) (World Health Organization, 2010)

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่มาก เช่น ไข้ต่ำๆ ตัวไม่ร้อนจัด และยังสามารถรับประทานอาหารได้ อาจไปพบแพทย์ที่คลินิก หรือขอรับยาและคำแนะนำจากเภสัชกรใกล้บ้าน และดูแลรักษาที่บ้านโดย (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2552)

1. รับประทานยารักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้พาราเซตามอล ยาละลายเสมหะ วิตามิน เป็นต้น
2. เช็ดตัวลดไข้เป็นระยะด้วยน้ำอุ่น เพื่อลดไข้
3. ดื่มน้ำสะอาดและน้ำผลไม้มากๆ
4. พยายามรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ได้มากพอเพียง เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ไข่ ผัก ผลไม้ เป็นต้น
5. ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ ยกเว้นติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ซึ่งต้องรับประทานยาจนหมดตามแพทย์สั่ง เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อคื้อยา
6. ให้ออนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ในห้องที่มีอากาศถ่ายเทดี

กลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) คือ กลุ่มเด็ก สตรีมีครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางระบบหายใจและระบบอื่นๆ เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน เป็นต้น ผู้ป่วยดังกล่าวที่มีอาการไข้หวัดใหญ่รุนแรงหรืออาการทรุดลง ควรได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด ด้วยยาต้านไวรัส (oseltamivir) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากไข้หวัดใหญ่ด้วยแล้ว ควรได้รับการรักษาด้วย oseltamivir หรือ zanamivir โดยเร็วที่สุดเช่นกัน (World Health Organization, 2010)

นอกจากนี้ สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (2552) ได้ระบุแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ไว้ดังนี้

1. การรักษาด้วยการให้ยา

1.1 ยาต้านไวรัส

- ให้เริ่มยา oseltamivir ทันที โดยไม่ต้องรอผลการตรวจเชื้อไวรัส ควรให้ยานาน 5 วัน แต่หากเป็นผู้ป่วยหนัก หรือยังมีอาการหนักเมื่อรักษาไปได้ 5 วัน ให้กินยาต่ออีก 5 วัน รวมเป็น 10 วัน

- ไม่หยุดยาก่อนกำหนดแม้ว่าผลการตรวจจะพบเป็นลบในภายหลัง จะหยุดยาก่อนกำหนดได้เมื่อพบและเปลี่ยนการวินิจฉัยสาเหตุของปอดอักเสบว่าเกิดจากสาเหตุอื่น เท่านั้น
- ผู้ป่วยปอดอักเสบที่อาการรุนแรงมาก หรือไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา อาจพิจารณาให้ zanamivir ร่วมด้วย
- ขนาดยา oseltamivir โดยทั่วไปในผู้ใหญ่ คือ 75 มก.ต่อครั้ง วันละ 2 ครั้ง ในคนอ้วนมากอาจจะพิจารณาให้เป็นสองเท่าของคนปกติ หรือ 150 มก. ต่อครั้ง วันละ 2 ครั้ง
- ขนาดยา oseltamivir สำหรับเด็กวันละ 2 ครั้ง โดยให้ขนาดยาตามอายุ และน้ำหนักตัว มีดังนี้

อายุ/น้ำหนักตัว	ขนาดยา oseltamivir (มิลลิกรัม)
< 3 เดือน	12 มก.
3-5 เดือน	20 มก.
6-11 เดือน	25 มก.
> 1 ปี, น้หนัก < 15 กก.	30 มก.
น้ำหนัก > 15 - 23 กก.	45 มก.
น้ำหนัก > 23 - 40 กก.	60 มก.
น้ำหนัก > 40 กก.	75 มก.

- ขนาดยา oseltamivir ในผู้ป่วยไตบกพร่อง ที่มี creatinine clearance 10-30 มล./นาที ให้ขนาดต่อ dose เท่าเดิม แต่ลดเหลือวันละครั้ง
- ขนาดยา zanamivir ในผู้ใหญ่ ใช้ 10 มก. ต่อครั้ง วันละ 2 ครั้ง พ่นเข้าทางเดินหายใจด้วยวิธีการที่เหมาะสม ในเด็กให้ได้ตั้งแต่อายุ 5 ปีขึ้นไปในขนาดเท่ากับผู้ใหญ่

1.2 ยาต้านแบคทีเรีย

พิจารณาให้ยาต้านแบคทีเรียร่วมด้วย ในผู้ป่วยปอดอักเสบ เป็นเวลา 5-7 วัน

1.3 Systemic corticosteroid

- พิจารณาให้ hydrocortisone 250-300 มก.ต่อวัน หรือ dexamethasone มก.ต่อวัน ในผู้ป่วยปอดอักเสบอาการรุนแรงทุกราย
- การให้ corticosteroid ในผู้ป่วยเด็ก ควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป เฉพาะผู้ป่วยที่รุนแรงมาก โดยอาจพิจารณาใช้ methylprednisolone 2 มก./กก./วัน

1.4 ยาขยายหลอดลม

- พิจารณาให้ยาขยายหลอดลม และ inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยที่ฟังเสียงปอดได้ rhonchi ผู้ป่วยที่ไอมาก และผู้ป่วยที่มี airway resistance สูงกว่าปกติขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ

- หลีกเลี่ยงการให้ยาขยายหลอดลมในรูปแบบของ nebulization (โดยเฉพาะผู้ป่วยที่หายใจเอง) ให้ใช้ metered-dose inhaler (MDI) แทนและให้ผ่าน spacer

2. การให้สารน้ำ

2.1 ให้สารน้ำอย่างสมดุล (balanced intake/output) ขณะเดียวกันควรระมัดระวังการให้น้ำเกิน (over-hydration)

2.2 ในผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วย acute respiratory distress syndrome (ARDS) และมี hemodynamic ดี ควรให้สารน้ำอย่างสมดุล (balanced intake/output) หรือให้อยู่ในภาวะขาดน้ำเล็กน้อย ถ้าผู้ป่วยมี severe hypoxia พิจารณาให้ยาขับปัสสาวะ เช่น furosemide เพื่อให้ปอดแห้ง ในกรณีที่มี “leaky lungs”

3. การแก้ภาวะพร่องออกซิเจน

3.1 ให้ออกซิเจน ผ่านทาง nasal cannula, simple mask หรือ partial rebreathing mask เพื่อให้ $SpO_2 > 95\%$

3.2 พิจารณาให้ทาง endotracheal intubation และการช่วยหายใจ ในกรณีที่

- ให้ออกซิเจนทาง partial rebreathing mask > 10 LPM แล้ว SpO_2 ยังน้อยกว่า 95%

- มีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง เช่น respiratory alternations หรือ respiratory paradox

- ซึมลงหรือกระสับกระส่าย

- มี Respiratory failure เช่น หายใจตื้นลง หรือ $PaCO_2 > 45$ mmHg

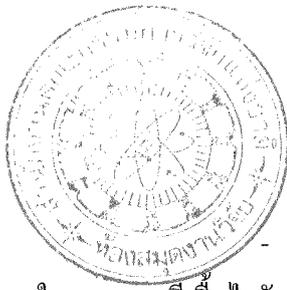
4. การดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยหายใจ

4.1 ควรรับการรักษาใน ICU ทุกราย

4.2 การดูดเสมหะ ควรใช้ in-line closed-circuit suctioning catheter ในการดูดเสมหะทุกครั้ง เพื่อป้องกันการกระจายของไวรัส

4.3 การใช้เครื่องช่วยหายใจ

- ควรใช้ critical care ventilator ทุกราย และต้องต่อ filter เพื่อกรองเชื้อที่ exhalation port เสมอ



- หลีกเลี่ยงการใช้ pressure cycling ventilator (เช่น Bird ventilator) เพราะลมหายใจออก อาจมีเชื้อไวรัสปนเปื้อนอยู่ แต่ไม่มีการกรองอากาศที่หายใจออก และการที่มีความเร็วลมสูง อาจเป็นสาเหตุให้ไวรัสแพร่กระจายได้มาก

- ในระยะแรกๆ ของการช่วยหายใจ ควรตั้งเครื่องด้วย full-support mode เช่น volume-controlled ventilation, pressure-controlled ventilation หรือ high-frequency ventilation (HFV) หรือ bilevel ventilation, airway pressure release ventilation (APRV)

- จะใช้ partial support mode เช่น continuous positive airway pressure (CPAP) หรือ pressure support ventilation (PSV) เมื่อผู้ป่วยดีขึ้น และเข้าสู่กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจเท่านั้น

- ผู้ป่วย ARDS ส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการตั้ง positive end-expiratory pressure (PEEP) ระดับน้อยถึงปานกลาง (<12-15 cmH₂O) เนื่องจากกลศาสตร์พื้นฐานของปอดเป็นแบบ restriction การตั้ง PEEP ที่ระดับสูงกว่านี้ควรจะพิจารณาเฉพาะราย

- ARDS คือ ภาวะที่มีภาพรังสีทรวงอกมีลักษณะ bilateral infiltrates โดยไม่ปรากฏร่องรอยของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น มีขนาดของหัวใจโตขึ้น หรือมี pulmonary artery wedge pressure สูงกว่าปกติ และการตรวจแก๊สในเลือดแดง พบ PaO₂ / FiO₂ < 200

4.4 ข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วยเด็กซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่

- ให้พิจารณาเลือก pressured-controlled CMV mode ตั้งแต่แรก

- เนื่องจากพยาธิสภาพที่รุนแรงในปอดทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะ air-leak syndrome (pneumothorax, pneumo-mediastinum or subcutaneous emphysema) โดยให้ติดตามวัดค่า peak airway pressure และ plateau pressure อย่างใกล้ชิด

- ในกรณีที่ต้องใช้ peak airway pressure สูงกว่า 30 ซม.น้ำ เพื่อให้ได้ optimal chest rising ให้พิจารณาเพิ่ม inspiratory time เพื่อให้ได้ tidal volume ที่ต้องการ แทนการเพิ่ม peak airway pressure หรือลดค่าเป้าหมายของ tidal volume ลงจากเดิม (ในเด็ก ค่าเป้าหมายของ tidal volume คือ 5-8 ซีซี ต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมของ predicted body weight) นอกจากนี้ให้พิจารณานำ permissive hypercapnia concept มาใช้ โดยเฝ้าติดตาม blood pH ควบคู่ไปกับ PaCO₂ (ในกรณีที่แพทย์มีประสบการณ์ในการทำ lung recruitment และ PEEP titration ให้พิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม ระดับของ PEEP ที่เหมาะสมอาจเริ่มที่ 8-10 ซม.น้ำ)

- หลังจากให้ออกซิเจน 100% (FiO₂ 1.0) และผู้ป่วยดีขึ้น คือ มีค่า SpO₂ ในระดับที่เหมาะสม ควรลดปริมาณออกซิเจนที่ให้ โดยลด FiO₂ ให้น้อยกว่า 0.6 และรักษาระดับ SpO₂ ไว้ที่ระดับเป้าหมาย เพื่อป้องกันภาวะพิษจากออกซิเจน ซึ่งเป็นอันตรายต่อปอด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กรมการแพทย์
ชื่อ..... 115 110 2185
เลขที่..... 244806
และ.....

สถานการณ์และแนวโน้มการระบาดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ในประเทศไทย และระดับนานาชาติ

สถานการณ์ทั่วโลก

จากสถานการณ์โลกของการระบาดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ซึ่งข้อมูล องค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 6 กรกฎาคม 2552 เกิดการระบาดใน 136 ประเทศ พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อนี้ จำนวน 94,512 ราย และพบผู้เสียชีวิตแล้ว 429 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายประมาณร้อยละ 0.45 ขณะนี้ยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่องและขยายวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งนับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงถึงระดับสูงสุด คือ ระดับ 6 และองค์การอนามัยโลก (WHO) กำลังหายุทธวิธีในการหยุดยั้งการระบาดในครั้งนี้ให้ได้ (WHO, 2009) ก่อนที่จะกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องเผชิญกันทั่วโลกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ได้ขยายการระบาดและส่งผลกระทบต่อเป็นวิกฤติทางสาธารณสุขของประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคนี้ ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2553 (เว็บไซต์ <http://www.who.int>) ทั่วโลกมากกว่า 214 ประเทศ และพบผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 18,156 คน

สถานการณ์ในประเทศไทย

สถานการณ์ของประเทศไทย นับตั้งแต่วันที่ 21 มิถุนายน 2552 พบว่า มีผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้น และมีการระบาดอย่างต่อเนื่องขยายออกไปหลายๆ จังหวัดของประเทศไทย (วรรณหาญเชาว์วรกุล, 2552) และจากรายงานการเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ของสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 15 กรกฎาคม 2552 พบว่าตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน-15 กรกฎาคม 2552 มีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) สะสม จำนวน 4,469 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากถึง 24 ราย โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.4) มีอายุระหว่าง 11-20 ปี (สำนักโรคติดต่อวิทยา, 2552) และล่าสุดในวันที่ 29 กรกฎาคม 2552 สำนักโรคติดต่อวิทยา รายงานจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเป็นผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) สะสม จำนวน 8,879 ราย และมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกรวมจำนวนผู้เสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ทั้งหมด 65 ราย (สำนักโรคติดต่อวิทยา, 2552) และเมื่อพิจารณาจากรายงานในระยะเวลา 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มอายุผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) โดยสัดส่วนของการพบในกลุ่มอายุ 11-20 ปี ค่อยๆ ลดลง (จากร้อยละ 53.4 เป็นร้อยละ 45.7) ในขณะที่กลุ่มอายุ 21-30 ปี มีสัดส่วนของการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น (จากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 13.9) ซึ่งอาจแสดงให้เห็นถึงแนวโน้ม

การแพร่ระบาดจากในโรงเรียนเข้าสู่ชุมชน นอกจากนี้จากการรายงานเบื้องต้นลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้เสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) พบว่ามากกว่าร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (คารินทร์ อารีย์โชคชัย, 2552)

ตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน 2552 ถึงวันที่ 12 มิถุนายน 2553 ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) แพร่ระบาดในประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก กล่าวคือ ลักษณะการระบาดจะเริ่มจากการพบผู้ติดเชื้อจากต่างประเทศต้นเดือนพฤษภาคม 2552 โดยเริ่มจากการแพร่ในวงจำกัด และแพร่กระจายเป็นวงกว้าง จนปัจจุบัน ณ วันที่ 12 มิถุนายน 2553 พบผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ 229 ราย ส่วนจำนวนผู้ป่วยคาดว่า จะมีหลายล้านคนทั่วประเทศ การระบาดระลอกแรกใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2552 อัตราการติดเชื้อเฉลี่ยร้อยละ 13 ในประชากรหรือมีประมาณผู้ติดเชื้อ 8.4 ล้านคน

ในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2553 พบ 5 สัญญาณการระบาดใหม่ (ระลอกสอง) ดังนี้

1. แนวโน้มพบไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่และมารับบริการที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น หลายจุดเพิ่มสูงกว่าร้อยละ 5
2. การเฝ้าระวังโดยจุดสังเกต 13 โรงพยาบาล (Sentinel Surveillance) ในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีอาการไข้หวัดใหญ่ พบผลบวกเพิ่มจากร้อยละ 6 (เดือนธันวาคม 2552) เป็นร้อยละ 12.6 และในกลุ่มผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 20
3. มีการระบาดเป็นกลุ่ม (Clusters of outbreaks) อย่างต่อเนื่องหลายสัปดาห์ มากกว่า 20 ครั้ง (ในระยะ 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา) พบการระบาดอยู่ในระดับพื้นที่ อำเภอ ตำบล และมักจะมีการระบาดรุนแรงในพื้นที่ที่พบการระบาดใหม่
4. มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง จากสัปดาห์ละ 0-1 ราย ในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 2-4 รายต่อสัปดาห์ในปัจจุบัน
5. จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (เสียชีวิตหรือป่วยเป็นปอดอักเสบ) บางส่วนยังเข้าถึงบริการหรือได้รับการบริการล่าช้า โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท

สำหรับสถานการณ์การระบาดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ของจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2552 - 2 กรกฎาคม 2552 มีผู้ป่วยรายงานเข้ามาในระบบเฝ้าระวังจำนวน 110 ราย มีผู้ป่วยยืนยันเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) จำนวน 6 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2552) และจากการรายงานของนายแพทย์วัฒนา กาญจนกามล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เปิดเผยถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ว่า ข้อมูลถึงวันที่ 7 กรกฎาคม 2552 พบผู้ป่วยติดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) แล้ว

ทั้งหมด 13 ราย แพทย์ได้ให้การรักษาไปตามระบบและมีผู้ป่วยต้องสงสัยที่รอผลการตรวจยืนยันอีก 29 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2552)

เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 40.216 ตารางกิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 4 แขวง ได้แก่ แขวงกาวิละ แขวงนครพิงค์ แขวงเมืองราย และแขวงศรีวิชัย โดยครอบคลุมพื้นที่ 14 ตำบลของอำเภอเมืองเชียงใหม่ ได้แก่ ตำบลหายยา ตำบลช้างม้อย ตำบลศรีภูมิ ตำบลวัดเกต ตำบลช้างคลาน ตำบลพระสิงห์ ตำบลสุเทพ ตำบลป่าแดด ตำบลฟ้าฮ่าม ตำบลหนองป่าครั่ง ตำบลท่าศาลาบางส่วน ตำบลป่าตัน ตำบลหนองหอย และตำบลช้างเผือก มีประชากรประมาณ 146,346 คน ชาย 67,958 คน หญิง 78,388 คน มีความหนาแน่นของประชากร 3,639 คนต่อตารางกิโลเมตร (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2551) นอกจากนี้จังหวัดเชียงใหม่ยังเป็นศูนย์การท่องเที่ยวที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศ การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) นี้ ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวเชียงใหม่เท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อภาคธุรกิจการท่องเที่ยวของประเทศอีกด้วย

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความร่วมมือ

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรก โดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกที่ตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2536) ซึ่งต่อมาโรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974) ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันการและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

พฤติกรรมความร่วมมือ หมายถึง การกระทำของบุคคล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจากพฤติกรรมเดิม และรับพฤติกรรมใหม่ด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะนำ และแนวทางในการปฏิบัติตนในการป้องกันความเสี่ยงในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

เฮย์เนส (Haynes) ให้คำจำกัดความพฤติกรรมความร่วมมือ คือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากบุคคลในการรับประธานยา การลดน้ำหนักตามที่กำหนด หรือการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตต่าง ๆ ภายใต้อำนาจแนะนำ และการให้ข้อมูลของบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพ (Haynes, 1979)

ปัจจุบันพฤติกรรมความร่วมมือ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในวิชาชีพทางสุขภาพทุกแขนง ซึ่งพบว่าการศึกษาวิจัย มีการศึกษาตัวแปรด้านพฤติกรรมความร่วมมือเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นประเด็นที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางวิชาการแพร่หลายมากยิ่งขึ้น แนวคิดพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับการรักษาถูกกำหนดโดยบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพ ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการทำกิจกรรมร่วมกัน ภายใต้อำนาจเชื่อของทีมสุขภาพในสิทธิการเป็นตัวของตัวเอง และความสามารถในการกำกับตนเองของผู้ป่วย (Playle, 2000) ในขณะที่บุคลากรทีมสุขภาพมีบทบาทในการให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องที่สุด เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสเลือกวิถีทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง ส่งผลให้เกิดความเต็มใจในการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งวิธีการนี้มีส่วนกระตุ้นให้มีการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยในกระบวนการการเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (Playle, 2000)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรค

บุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจที่ดี จะนำสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคระบาด นอกจากบุคลากรต้องมีความรู้แล้วความเชื่อยังเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล โดยความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคไว้ (Becker, 1974; Janz and Becker, 1984) ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อระดับความรุนแรงของการป่วย ซึ่งอาจจะมีผลกระทบท่อนหน้าที่การงาน

เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมามากเท่าใดจะยิ่งทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อมากขึ้นเช่นกัน

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ปลอดภัยจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย โดยบุคลากรทางการแพทย์ทราบว่า การปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อ เป็นการเพิ่มความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เมื่อบุคลากรรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติแล้วจะส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการดำเนินการมากขึ้น

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อ เป็นการดำเนินการที่ยุ่งยากและเป็นการเพิ่มภาระงาน ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการโรค และพฤติกรรมนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อในโรงพยาบาลได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker & Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ด้านคือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดามารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทักษะคิดและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเสี่ยงต่อการมีสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่าคุณมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เชื่อว่าจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการลดภาวะอันตราย โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อจำกัด หรืออุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติตัว ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูง และมีข้อเสียหรืออุปสรรคน้อย ก็จะมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติเกิดขึ้น ในขณะที่เดียวกันความพร้อมมีน้อยในขณะที่มีอุปสรรคมากก็จะไม่มีพฤติกรรมปฏิบัติที่เปลี่ยน ในสถานการณ์ที่ความพร้อมมีมากและอุปสรรคก็มีมากด้วย บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้ง (conflict) และอาจมีปฏิกิริยาออกมาใน 2 ลักษณะ คือ 1) พยายามหนีออกจากสถานการณ์นั้นเพื่อผลทางจิตใจโดยการปฏิบัติพฤติกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง หรือเป็นผลเพื่อการลดภาวะอันตรายที่เกิดขึ้น 2) มีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างมาก ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่สามารถคิดอย่างมีเป้าหมายหรือลงมือปฏิบัติอย่างมีเหตุผลได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543)

แนวคิดการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ในประเทศไทยและระดับนานาชาติ

มาตรการควบคุมป้องกันโรคเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดในวงกว้าง และการลดอัตราการเสียชีวิต จึงควรเร่งรัดมาตรการ 1) เฝ้าระวังโรคในกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ และปอดอักเสบอย่างใกล้ชิด เพื่อตรวจจับการระบาดให้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) สถานพยาบาลทุกแห่ง ควรทบทวนและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด รวมทั้งมีการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยรุนแรง หรือภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ/หรือตั้งครรภ์ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย 3) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมรณรงค์ให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อทั้งในครอบครัวและชุมชน

นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการป้องกันควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

1. นโยบาย

ตามนโยบายการเตรียมความพร้อมแห่งชาติ รัฐบาลได้กำหนดให้ภัยร้ายแรงจากโรคระบาดในมนุษย์เป็นสาธารณสุขภัยชนิดหนึ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อรุนแรงหลายด้าน และได้มอบให้กระทรวงมหาดไทยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อให้ทุกภาคส่วนทุกระดับ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงประชาชน มีความรู้ ความเข้าใจ

ความตระหนัก เพื่อให้เตรียมความพร้อมตั้งแต่ในยามปกติ สามารถร่วมกันป้องกันแก้ไขสถานการณ์การระบาดใหญ่ในยามที่เกิดภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่จะเกิดแก่ประเทศชาติได้มากที่สุด

2. ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันควบคุมไข้หวัดใหญ่ระบาดใหม่

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการภายใต้ “แผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไข และเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551-2553” และ “แผนปฏิบัติการแม่บทการเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ พ.ศ. 2552” ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบ และแจ้งให้ทุกกระทรวงและทุกจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการบูรณาการรองรับ เพื่อผลักดันให้เกิดกลไกการบูรณาการการดำเนินงานของทุกภาคส่วน ซึ่งในระดับชาติ การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการนี้ ให้ใช้กลไกที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของไข้หวัดนก ซึ่งอยู่ภายใต้การบัญชาการและการสนับสนุนของคณะกรรมการอำนวยการฯ ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ และในระดับจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการ

การเตรียมความพร้อมและป้องกันแก้ไขสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ จะเน้นการพัฒนาขีดความสามารถหลักของประเทศ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมแก้ไขสถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาระดับนานาชาติ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายในปี ค.ศ. 2012 ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 หรือ International Health Regulations (2005)

3. ยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1)

มาตรการป้องกันควบคุมไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ เช่น กรณีการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) นั้น ประกอบด้วย มาตรการใช้เวชภัณฑ์ (Pharmaceutical Interventions) ซึ่งรวมถึงการใช้อาตุยไวรัส เวชภัณฑ์อื่นๆ ที่จำเป็น รวมทั้งชุดป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ สำหรับ มาตรการไม่ใช่เวชภัณฑ์ (Non-Pharmaceutical Interventions) จะเน้นการส่งเสริมให้คนไทยมีพฤติกรรมสุขอนามัยป้องกันโรค และการใช้มาตรการควบคุมการระบาด เช่น การแยกผู้ป่วย โดยการหยุดงาน หยุดเรียน ปิดชั้นเรียน การป้องกันการแพร่เชื้อในกิจกรรมการชุมนุมของคนหมู่มาก หรือหากการระบาดรุนแรง อาจจำเป็นต้องปิดโรงเรียน เลื่อน ลด หรืองดกิจกรรมการชุมนุมดังกล่าว

กรณีที่เกิดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ขึ้น จะมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว เพราะคนทั่วโลกไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งจะทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมากกว่าไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลที่เกิดเป็นประจำทุกปี จึงต้องจัดระบบการสื่อสารความเสี่ยงให้

ประชาชนเข้าใจ และให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันตอบสนองและแก้ไขปัญหาอย่างดีที่สุด กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนด ยุทธศาสตร์ 2 ลด 3 เร่ง ได้แก่

ยุทธศาสตร์ลดการเสียชีวิตให้ได้มากที่สุด โดยเร่งปรับปรุงและขยายเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลภาครัฐ ไปสู่โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ และเปิดให้คลินิกเอกชนเข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพได้อย่างรวดเร็ว และทั่วถึง โดยมีदानไวรัสพอเพียงสำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับยา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว หญิงมีครรภ์ ผู้ที่เป็น โรคอ้วน ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ลดการป่วยลงให้ได้มากที่สุด เป็นงานพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญมาก ที่จะช่วยชะลอและลดการแพร่ระบาด เป็นผลให้ลดการเสียชีวิตลงด้วย มีแนวทางหลัก 2 ประการ ได้แก่

1) แนวทางแรก การสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคโดยประชาชนทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง ต้องป้องกันตนเองอย่างดีที่สุดไม่ให้ติดเชื้อ และผู้ที่มีอาการป่วยต้องป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อสู่คนอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง

2) แนวทางที่สอง การลดโอกาสการแพร่เชื้อในชุมชน ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด คือ ผู้ป่วยต้องหยุดเรียน หยุดงาน ดูแลรักษาตนเองอยู่ที่บ้าน หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ไปในที่ชุมนุมชน เพื่อป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อสู่คนอื่น ซึ่งนอกจากจะมีประสิทธิภาพในการลดการแพร่ระบาดแล้ว ยังช่วยลดผลกระทบต่อการศึกษา การสอน การดำเนินธุรกิจ และการดำเนินกิจกรรมตามวิถีชีวิตปกติได้อีกด้วย

ยุทธศาสตร์เร่งการออกเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศจำนวน เก้าแสนแปดหมื่นกว่าคน เพื่อให้คำแนะนำและแจกเอกสารให้ความรู้เรื่องไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ค้นหาผู้ป่วยในทุกหมู่บ้าน ทุกชุมชน ให้คำแนะนำการดูแลรักษาที่บ้าน หรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ยุทธศาสตร์เร่งการเผยแพร่สื่อสาร โดยหน่วยงานและทุกภาคส่วน ให้ความร่วมมือกันเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นแก่นประชาชนผ่านช่องทางและสื่อต่างๆ อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ไม่ตื่นตระหนก สามารถป้องกันและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ยุทธศาสตร์เร่งการบริหารจัดการ การจัดการในระดับจังหวัดและระดับชาติ โดยรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานศูนย์ปฏิบัติการระดับชาติ ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานศูนย์ฯ ระดับจังหวัด เพื่อระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วน กำหนดมาตรการและดำเนินงานอย่างเป็นเอกภาพ

4. ยุทธการ 4 เดือน (พฤศจิกายน 2552 – กุมภาพันธ์ 2553) เพื่อเตรียมความพร้อมรับและลดผลกระทบจากการระบาดระลอกใหม่ช่วงฤดูหนาว

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้สั่งการให้หน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศมุ่งดำเนินการตามยุทธศาสตร์ 2 ลด 3 เร่ง เพื่อลดการป่วย ลดการตาย เร่งเสริมบทบาทอาสาสมัครเร่งเผยแพร่สื่อสารข้อมูลองค์ความรู้ รวมทั้งเร่งบริหารจัดการประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งนี้ในช่วง 4 เดือนที่ต้องเตรียมความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการปัญหาไข้หวัดใหญ่ในระยะต่อไปนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำกรอบแนวทางการเร่งรัดการดำเนินงาน “ยุทธการ 4 x 4 x 4 x 4” ในช่วง 4 เดือน ดังนี้

4.1 การดำเนินงาน 4 มาตรการ

รับรู้ : รู้เรื่องโรค รู้สถานการณ์โรค รู้ความเสี่ยงของตนเอง

ร่วมแรง : การจัดการความร่วมมือทุกภาคส่วนในการป้องกันควบคุมโรค

ลดป่วย : สนับสนุนการดำเนินงานของทุกภาคส่วน

ลดตาย : การป้องกันในกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง การรักษาเร็ว ได้ยาเร็ว

รวมทั้งลดการระบาดเป็นกลุ่มก้อน

4.2 การสร้างความปลอดภัยจากโรคใน 4 กลุ่มคน

วัยเรียน : ทุกระดับชั้น ถึงระดับอุดมศึกษา (เน้นชั้นอนุบาล ชั้นประถม)

วัยทำงาน : สำนักงาน โรงงาน ฯลฯ

วัยอยู่บ้าน : เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : ผู้ป่วยโรคปอด หัวใจ ไต ฯลฯ รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง เช่น หญิงตั้งครรภ์ ผู้เป็นโรคอ้วน

4.3 การเสริม 4 พฤติกรรมป้องกันโรค

ปิด : ปิดปากปิดจมูกอย่างถูกต้องเมื่อไอจาม ใช้กระดาษทิชชูเมื่อป่วย สวมหน้ากากอนามัย หรือไอใส่ต้นแขนตนเอง

ล้าง : ล้างมือบ่อยๆ และทุกครั้งหลังไอ จาม ก่อนรับประทานอาหาร ฯลฯ

เลี่ยง : สถานที่เสี่ยง (แออัด อากาศไม่ถ่ายเท ทึบ แสงแดดส่องไม่ถึง) การอยู่ใกล้ชิดกับผู้มีอาการป่วย (ไอ จาม)

หยุด : เมื่อป่วย (หยุดงาน หยุดเรียน หยุดกิจกรรม) เพื่อให้หายป่วยเร็วและไม่แพร่เชื้อให้ผู้อื่น

5. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ เพื่อปกป้องระบบสาธารณสุขของประเทศ และลดอัตราป่วย/อัตรารายของประชาชน โดยกรมควบคุมโรค องค์การเภสัชกรรม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ซื้อวัคซีน 2 ล้าน doses ส่งไปยังโรงพยาบาล 1,154 แห่ง 1,029,970 doses และโรงพยาบาลเอกชน 212 แห่ง 35,880 doses (เฉพาะหญิงตั้งครรภ์) และจะส่งวัคซีนเพิ่มตามเป้าหมาย โดย

- เป็นวัคซีนเชื้อตายของฝรั่งเศส เทคโนโลยีการผลิตระดับสูง ขึ้นทะเบียนยา และใช้ในหลายประเทศ ผ่านการทดสอบความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสร้างภูมิคุ้มกัน โรคร้อยละ 90
- ผ่านการขึ้นทะเบียนยาโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และการรับรองการผลิตชีววัตถุ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- ฉีดวัคซีนในโรงพยาบาล ตามความสมัครใจของผู้รับบริการ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน และเฝ้าสังเกตอาการหลังฉีดวัคซีน 30 นาที เฝ้าระวังอาการไม่ปกติต่ออีก 4 สัปดาห์ และเปิด Call center รับแจ้งเหตุ 16 หมายเลขทั่วประเทศ
- ลำดับกลุ่มเป้าหมายเสี่ยงสูงในการให้วัคซีน ได้แก่ 1) แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคจากผู้ป่วย 2) หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป 3) บุคคลที่มีน้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัม/เมตร² 4) ผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 5) บุคคลอายุ 6 เดือน - 64 ปี ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว คือ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย มะเร็ง โรคเลือด ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เบาหวาน

ผลการดำเนินงาน

1. รายงานการให้วัคซีนช่วงวันที่ (11-27 มกราคม พ.ศ. 2553)
 - มีรายงานทั้งสิ้นจาก 74 จังหวัด จำนวนผู้รับวัคซีน 52,398 ราย
2. รายงานการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีน มีรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น

23 ราย

ช่วงแรกของการฉีดวัคซีนมีผู้รับบริการไม่มาก เนื่องจากผู้ให้และผู้รับบริการส่วนหนึ่งไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน ดังนั้นในระยะต่อไปควรเร่งทำความเข้าใจและประชาสัมพันธ์ให้เข้าใจมากขึ้น ประกอบกับในระยะนี้มีการระบาดของโรคมามากขึ้น รวมทั้งการระบาดในบุคลากรหลายโรงพยาบาล ดังนั้นการฉีดวัคซีนน่าจะเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ และต้องขอการสนับสนุนจากผู้บริหารและหน่วยงานทุกภาคส่วนด้วย

6. แนวทางในการป้องกันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ในประเทศไทย (http://202.29.63.4/news_system/news_files/20090713090141.doc) มีดังนี้

6.1 แนวปฏิบัติสำหรับประชาชนทั่วไป

- 1) รักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยเฉพาะผัก ผลไม้ ดื่มน้ำสะอาด นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
- 2) หมั่นล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำ และสบู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังไอ หรือจาม
- 3) ใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น
- 4) ไม่ใช้แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ช้อนอาหาร ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้าร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่
- 5) ทำความสะอาดโทรศัพท์เป็นประจำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ด้วยแอลกอฮอล์ 70%

6) หากไม่มีความจำเป็น ควรชะลอการเดินทางไปยังประเทศที่เป็นพื้นที่เกิดการระบาด จนกว่าสถานการณ์การระบาดจะสงบหรือควบคุมสถานการณ์ได้

7) ถ้าผู้ป่วยมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก เสมหะ ควรปิดปากจมูกเวลาไอ โดยใช้ผ้าเช็ดหน้า หรือกระดาษทิชชู และทิ้งลงถังขยะที่มีฝาปิด และสวมหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่ในสังคมหรือชุมชน และควรปรึกษาแพทย์

6.2 แนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคสำหรับสถานศึกษา

- 1) คัดกรองนักเรียน/นักศึกษาที่ป่วย เป็นไข้หวัดทุกเช้าหรือก่อนทำการเรียนการสอนโดยพิจารณาจาก
 - มีไข้มากกว่า 37.8 องศาเซลเซียส
 - มีอาการร่วมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก
- 2) ทำสมุดทะเบียน บันทึกชื่อ นามสกุล ชั้นเรียน สาขาวิชา และวันที่เริ่มป่วย
- 3) คัดแยกผู้ป่วยให้พักในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเท
- 4) ให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีตลอดเวลา
- 5) ให้สุขศึกษาแก่นักเรียน/นักศึกษาและผู้ปกครอง รวมถึงคนใกล้ชิด
- 6) ให้ลาป่วย 7 วันและส่งจดหมายหรือติดต่อผู้ปกครองนักเรียน/นักศึกษาที่

ติดเชื้อ

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ได้แก่ การศึกษาของ ทนงค์ สนธิศักดิ์ (2552) ศึกษาวิจัยกระบวนการสร้างเครือข่ายที่จะมีบทบาทในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในชุมชน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ไม่ได้มีเฉพาะบุคคลที่มีหน้าที่และบทบาทในการควบคุมโรคเท่านั้น พบว่า มีอีกหลายองค์กรที่มีบทบาทที่น่าสนใจในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรค เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบลที่เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการ รวมถึงช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ สามารถทำหน้าที่จัดการภาวะฉุกเฉินได้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ต้องอาศัยศิลปะในการพูด ครูและผู้นำนักเรียนมีบทบาทสำคัญที่มีผลต่อการเรียนรู้ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรค การสร้างการเรียนรู้ในการป้องกันโรคและระบบข้อมูลในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่มีความสำคัญในการเตรียมระดับครอบครัว ชุมชน และการควบคุมสถานการณ์

การศึกษาวิจัยของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2552) สำรวจความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 และนำผลการสำรวจไปใช้ในการเผยแพร่ และจัดทำแนวทางในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินการแจ้งเตือนประชาชนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม จากกลุ่มตัวอย่างเขตพื้นที่ 7 จังหวัดภาคกลาง จำนวน 843 คน ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 95.40 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในภาพรวม อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 92.30 สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของ อสม. ที่มีการปฏิบัติน้อย คือ พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วันๆ ละอย่างน้อย 30 นาที หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชนหนาแน่น และการทำความสะอาดบริเวณพื้นที่มือสัมผัส เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได ฯลฯ ด้วยน้ำ ผงซักฟอก หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ

นอกจากนี้จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคติดต่อชนิดอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของฉันทพิชญา โพธิ์สาจันทร์ นาดยา เกรียงชัยพุกษ์และบุญดา เจนสุขอุดม (2551) เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดนก การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกของเครือข่ายแกนนำสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยชีวทางสังคม การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของเครือข่ายแกนนำสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายแกนนำสุขภาพ จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า เครือข่ายแกนนำสุขภาพ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับปานกลาง มีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับมาก และมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับมาก ปัจจัยชีวทางสังคม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ในพื้นที่ เพศ และศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก และพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานะทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก

การศึกษาของ กัลยา วชิรพันธุ์สกุล และรัชณี ธีระวิทย์เลิศ (2550) ทำการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงสำรวจในลักษณะ Cross sectional study เพื่อประเมินด้านผลผลิตเกี่ยวกับความรู้ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าครัวเรือน มีความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 77.2 กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพหลัก เป็นปัจจัยมีผลทำให้ความรู้แตกต่างกัน ($p < .01$) ความพึงพอใจของหัวหน้าครอบครัวต่อการรณรงค์ป้องกันโรคในระดับดีและระดับปานกลาง ร้อยละ 50.8, 48.5 ตามลำดับ ความพึงพอใจแตกต่างกันตามปัจจัยกลุ่มอายุ ระดับการศึกษาและอาชีพหลัก ($p < .01$) ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า ครอบครัวมีร่องเท้าบูต ร้อยละ 85.7 แต่ละครอบครัวมีร่องเท้าบูตเฉลี่ย 1.78 คู่ ผู้ถูกสัมภาษณ์และสมาชิกในครอบครัวใส่รองเท้าประกอบอาชีพใกล้เคียงกันเฉลี่ยใส่เป็นประจำ ใส่เป็นบางครั้ง และไม่เคยใส่เลย ร้อยละ 40.0, 54.3, 50.7 ตามลำดับ มีส่วนร่วมควบคุมโรคโดยให้ความรู้แนะนำเพื่อนบ้าน ร้อยละ 39.4 ร่วมกำจัดหนูในบ้าน ร้อยละ 62.9 ร่วมกำจัดหนูในนา ร้อยละ 42.4 และกำจัดขยะในบ้าน และบริเวณบ้าน ร้อยละ 94.2 ผลการศึกษาค้นคว้านี้ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมสนับสนุนประชาชนใส่รองเท้าประกอบอาชีพเพื่อป้องกันการติดโรคมีความเป็นไปได้สูง ซึ่งต้องกระทำอย่างต่อเนื่องโดยประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐดำเนินการแบบมีส่วนร่วม

พัชราภรณ์ หมั่นจง และรองรัตน์ อองกุลณะ (2550) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนบ้านนาสร้างและโรงเรียนวัดวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและเปรียบเทียบความแตกต่างของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง มีเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับสูง ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเป็นไข้เลือดออก การได้รับความรู้ เจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05