

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

ผู้วิจัย ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคไข้หวัดนก

- 1.1 ความหมายและชนิดของโรคไข้หวัดนก
- 1.2 การระบาดของโรคไข้หวัดนก
- 1.3 ระยะฟักตัวและอาการของโรคไข้หวัดนก
- 1.4 วิธีการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดนก
- 1.5 ผลกระทบของการระบาดของโรคไข้หวัดนก

2. การปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

3. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

4. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza)

ความหมายและชนิดของโรคไข้หวัดนก

โรคไข้หวัดนก หมายถึง โรคติดเชื้อที่เกิดในสัตว์ปีกชนิดต่างๆ ก่อให้เกิดพยาธิสภาพ และอาการแสดงตั้งแต่ไม่มีอาการและก่อโรคล็กน้อยไปจนถึงชนิดรุนแรง ที่ทำให้สัตว์ปีกตาย ภายใน 24-48 ชั่วโมงภายหลังเริ่มแสดงอาการ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อ ที่ก่อโรคและแหล่งของเชื้อหรือสัตว์ที่ติดเชื้อ โดยพบอาการและอาการแสดงในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหารและระบบประสาท (กนกรัตน์ ศิริพานิช, 2547)

โรคไข้หวัดนกในคน เป็นโรคติดเชื้อในกลุ่มโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เกิดจาก เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่มีกำเนิดจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ของสัตว์ตระกูลนก (นลินี อัสวโกที, 2547)

เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ แบ่งเป็น 3 ชนิด (Occupational Safety & Health Administration, 2004) ได้แก่

1. ชนิด A แบ่งออกเป็น 15 ชนิดย่อย ตามความแตกต่างของฮีแมกกลูตินินแอนติเจน (Haemagglutinin Antigen [HA]) 15 ชนิด และนิวรามินิดีสแอนติเจน (Neuraminidase Antigen [NA]) 9 ชนิดพบได้ในคนและสัตว์ เช่น สุกร ม้า แมวน้ำ ปลาฉลาม และสัตว์ปีกทุกชนิด เป็นต้น
2. ชนิด B ไม่มีชนิดย่อย พบเฉพาะในคน
3. ชนิด C ไม่มีชนิดย่อย พบเฉพาะในคนและสุกร

โรคไข้หวัดนก เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A จัดอยู่ในกลุ่ม *Orthomyxoviridae* ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสชนิดมีเปลือกหุ้ม และมีลักษณะสายพันธุกรรมเป็นแบบ RNA ที่มีลักษณะเป็น ท่อนสั้นๆจำนวน 8 ท่อน โดยแต่ละท่อนจะมี 1 ยีน ที่เป็นต้นแบบในการสร้างโปรตีนที่เป็น ส่วนประกอบต่างๆ ของเชื้อไวรัส โดยจะมีโปรตีนสำคัญ 2 ชนิดที่อยู่บริเวณเปลือกหุ้มของไวรัส ได้แก่ HA และ NA โปรตีน HA มีหน้าที่สำคัญในการจับกับตัวรับของผิวเซลล์ของโฮสต์เพื่อเข้าไป เพิ่มจำนวนภายในเซลล์ต่อไป และเป็นโปรตีนสำคัญที่จะกำหนดความสามารถของไวรัส ไข้หวัดใหญ่แต่ละชนิดว่าจะสามารถจับกับเซลล์ของโฮสต์แต่ละชนิด และนำเชื้อเข้าสู่เซลล์ได้ดีเพียงใด ซึ่งสามารถโยงไปถึงความไวต่อการรับเชื้อของโฮสต์แต่ละชนิดได้ ส่วน NA เป็นโปรตีนที่ไวรัสใช้ในการปลดปล่อยเชื้อไวรัสที่สร้างขึ้นใหม่ภายในเซลล์ออกสู่ภายนอกเพื่อเริ่มวงจรของการเพิ่มจำนวนเชื้อใหม่ต่อไปรวมทั้งมีส่วนในการนำเชื้อผ่านกลไกการป้องกันของร่างกายที่บริเวณ เยื่อเมือกของโฮสต์ เนื่องจากโปรตีนทั้ง 2 ชนิดเป็นโปรตีนหลักบนเปลือกหุ้มไวรัส ดังนั้นจึงถือเป็น

แอนติเจนที่สำคัญที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโฮสต์จะใช้เป็นเป้าหมายในการโจมตีเพื่อต่อสู้กับการติดเชื้อไวรัสเหล่านี้อีกด้วย (สันนิภา สุรทัตต์, 2547)

นอกจากนี้ลักษณะของความเป็นแอนติเจนของโปรตีน HA และ NA ยังถูกนำมาใช้ในการจัดกลุ่มของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A ได้ ซึ่งปัจจุบันมีอยู่ 15 ชนิด (H1-H15) และ NA ซึ่งมีอยู่ 9 ชนิด (N1-N9) (อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, 2547) จากการรายงานที่ผ่านมาสามารถพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A ในสัตว์ปีกและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิด โดยพบว่านกป่าโดยเฉพาะกลุ่มนกน้ำ จำพวกเป็ด ห่าน และนกนางนวล เป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A ในธรรมชาติ และอาจมีการรวมกันของ HA และ NA อันเนื่องจากคุณลักษณะของสายพันธุ์กรรมที่เป็นท่อน จึงสามารถแลกเปลี่ยนชิ้นส่วนของยีนต่างๆ ได้ง่ายกว่าไวรัสหรือสิ่งมีชีวิตอื่น จากการที่นกเขตนี้มีการเดินทางอพยพย้ายถิ่นตามธรรมชาติเป็นประจำทุกปี จึงมีโอกาสเชื้อไวรัสที่อยู่ในนกดังกล่าวจะสามารถถ่ายทอดเข้าสู่คนประจำถิ่น สัตว์ปีกอื่น หรือแม้แต่สัตว์เลี้ยงที่มีโอกาสสัมผัสคลุกคลีหรือใช้แหล่งที่อยู่อาศัยร่วมกับนกอพยพอย่างต่อเนื่อง (Fouchier et al., 2003) เชื้อไวรัสไข้หวัดนกที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรง เมื่อมีการถ่ายทอดในสัตว์ปีกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะของยีนทำให้เกิดเชื้อที่มีพยาธิสภาพรุนแรงได้ (highly pathogenic avian influenza) (สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, 2547)

การระบาดของโรคไข้หวัดนก

โรคไข้หวัดนกเป็นโรคของสัตว์ปีกที่พบครั้งแรกที่ประเทศอิตาลีเมื่อกว่าร้อยปีมาแล้ว ต่อมาพบเกิดขึ้นในทุกภูมิภาคทั่วโลก รายงานการติดเชื้อของไข้หวัดนกมาสู่คนครั้งแรกเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2540 ที่เขตปกครองพิเศษฮ่องกง (Yuen et al., 1998; Chan, 2002) เมื่อเชื้อ H5N1 ทำให้เกิดโรคติดเชื้อระบบหายใจในผู้ป่วย จำนวน 18 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กจำนวน 11 ราย มีผู้เสียชีวิตจากการของระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน 6 ราย จำเป็นต้องทำลายไถ่ถึง 1.5 ล้านตัวภายในเวลาเพียง 3 วันเพื่อหยุดการแพร่ระบาดของโรค (คารินทร์ อารีย์โชคชัย และ ศุภมิตร ชุณหะวัณ, 2550) การมีผู้ป่วยในช่วงเดียวกับที่มีการระบาดล้มตายของสัตว์ปีกจากเชื้อ H5N1 แสดงว่าเป็นการแพร่ระบาดจากนกที่ป่วยมาสู่คน สำหรับการแพร่เชื้อจากคนสู่คนอาจเกิดได้ แต่แสดงอาการไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการ ต่อมาในเดือนกุมภาพันธ์ปี พ.ศ. 2546 มีการระบาดของเชื้อไข้หวัดนก H5N1 มาสู่คนอีกครั้งที่เขตปกครองพิเศษฮ่องกง มีผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยัน 2 ราย เป็นครอบครัวที่เดินทางกลับมาจากประเทศจีน มีผู้เสียชีวิต 1 ราย โดยสมาชิกอีกคนหนึ่งในครอบครัวนี้ที่อาศัยอยู่

ในประเทศจีนก็เสียชีวิตลงด้วยปอดอักเสบรุนแรง แต่ไม่ได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นการติดเชื้อไข้หวัดนกหรือไม่ (สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์, 2547)

ต่อมาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ได้มีรายงานการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเดินหายใจรุนแรงอย่างผิดปกติของเด็ก 11 ราย ในเวลาใกล้เคียงกันที่กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม พร้อมๆกับมีการตายผิดปกติของสัตว์ปีกในฟาร์มจำนวนมาก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในสัตว์ปีกพบเชื้อไวรัส H5N1 นอกจากนี้ยังมีการตรวจพบเชื้อไวรัส H5N1 ในผู้ป่วยเด็ก 2 ราย ด้วยเช่นกัน ในช่วงเวลาเดียวกันที่ประเทศญี่ปุ่นก็พบการระบาดของเชื้อไวรัส H5N1 ในสัตว์ปีก ส่วนที่ประเทศเวียดนามใน 3 สัปดาห์ต่อมาพบการระบาดของเชื้อไวรัส H5N1 มากกว่า 400 แห่ง และมีไก่ที่น่าจะติดเชื้อมากกว่า 3 ล้านตัว จนกระทั่งสิ้นสุดเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ได้มีการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกในประเทศเกาหลี เวียดนาม ญี่ปุ่นและไทย ต่อมามีการรายงานเพิ่มขึ้นในประเทศกัมพูชา ลาว อินโดนีเซีย และจีน มีการทำลายสัตว์ปีกซึ่งเป็นวิธีการที่ได้ผล การระบาดของโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ได้หยุดลงในเดือนเมษายน พ.ศ. 2547 การระบาดในรอบนั้นส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในประเทศไทยและเวียดนามรวม 35 ราย เสียชีวิต 24 ราย เป็นผู้ป่วยเกือบสองเท่าของการระบาดในปี พ.ศ. 2540 และมีอัตราการตายสูงกว่ามาก

เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2547 ได้เกิดการระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ขึ้นอีกรอบในประเทศกัมพูชา จีน อินโดนีเซีย ไทย เวียดนาม และมาเลเซีย และยังมีรายงานการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในสัตว์อื่นๆ ได้แก่ แมว เสือ นกอินทรี และยังพบการตายของนกอพยพเป็นจำนวนมากจากเชื้อไวรัสไข้หวัดนกนี้ ซึ่งโดยปกตินกอพยพจะเป็นเพียงรังโรคที่ติดเชื้อแต่ไม่มีอาการเท่านั้น ในขณะที่เปิดเศรษฐกิจที่ไม่มีอาการก็ถูกตรวจพบว่าสามารถขับถ่ายเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ออกมาในสิ่งแวดล้อมได้ การระบาดในรอบที่สองนี้ทำให้เกิดการติดเชื้อในคนอีกเช่นเดิม โดยตั้งแต่ตลอดปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีก 5 ราย เสียชีวิต 4 ราย ประเทศเวียดนามพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีกรวม 52 ราย เสียชีวิต 22 ราย และยังพบผู้ป่วยที่ประเทศกัมพูชาอีก 4 ราย เสียชีวิตทั้งหมด เชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ได้แพร่กระจายอยู่ในสัตว์ปีกเป็นจำนวนมากในทวีปเอเชีย และยังถ่ายทอดเชื้อไปยังสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิด และยังพบการติดเชื้อในคนเป็นกลุ่ม (cluster) อีกด้วย (คารินทร์ อารีย์โชคชัย และ ศุภมิตร หุณห์สุทธีวัฒน์, 2550)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน เชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ยังคงสร้างปัญหาให้กับทั่วโลก โดยเกิดการในสัตว์ปีกทั้งสัตว์ปีกปศุสัตว์และนกธรรมชาติขยายวงกว้างในหลายประเทศในทวีปเอเชียตะวันออกกลาง ยุโรป และแอฟริกา ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 มีประเทศที่ยืนยันว่ามีการระบาดของในสัตว์ปีกแล้วทั้งสิ้น 15 ประเทศ ได้แก่ ประเทศ

ไนจีเรีย เวียดนาม อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ฮังการี อังกฤษ รัสเซีย ตุรกี อัฟกานิสถาน ปากีสถาน คูเวต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เขตปกครองพิเศษฮ่องกงและประเทศไทย และทำให้มีผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในหลายประเทศ ซึ่งตั้งแต่ พ.ศ. 2546 นับถึงวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 พบผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 แล้วใน 12 ประเทศ ได้แก่ ประเทศไทย เวียดนาม กัมพูชา อินโดนีเซีย ไนจีเรีย ตุรกี อิรัก อียิปต์ อาเซอร์ไบจาน สาธารณรัฐประชาชนจีน สาธารณรัฐจิบูตี และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 319 ราย เสียชีวิต 192 ราย (WHO, 2007a)

โรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในประเทศไทยมีการระบาดในสัตว์ปีก รอบแรกรวม 181 แห่ง ใน 41 จังหวัด และการระบาดในระลอกที่ 2 ซึ่งเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2547 จากรายงานการระบาดจนถึงเดือนพฤศจิกายน 2547 ได้มีการตรวจยืนยันพบเชื้อ 206 แห่ง ใน 39 จังหวัด และได้มีการทำลายสัตว์ปีกทั้ง 2 รอบไปประมาณ 60 ล้านตัว การระบาดที่เกิดขึ้นดังกล่าวได้แพร่ติดต่อมาถึงคน (สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์, 2547) โดยในวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศยืนยันว่าพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 เป็นรายแรกของประเทศไทย โดยผู้ป่วยเป็นเด็กชายอายุ 7 ปี ที่จังหวัดสุพรรณบุรี การประกาศในครั้งนั้นทำให้ประเทศไทยดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกดังกล่าวในสัตว์ปีก และเริ่มการทำลายสัตว์ปีกขึ้นอย่างจริงจัง (คารินทร์ อารีย์โชคชัย และสุกมิตร์ ชุณหะวัณ, 2550) จนกระทั่งสิ้นสุดการระบาดในรอบแรกตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2547 ประเทศไทยมีการระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในสัตว์ปีกในพื้นที่ 52 จังหวัด และพบผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคไข้หวัดนกทั้งสิ้นจำนวน 12 ราย เสียชีวิต 8 ราย จาก 9 จังหวัด ได้แก่ สุพรรณบุรี 3 ราย กาญจนบุรี 2 ราย สุโขทัย 1 ราย ชัยภูมิ 1 ราย อุตรดิตถ์ 1 ราย ขอนแก่น 1 ราย ลพบุรี 1 ราย นครราชสีมา 1 ราย และปทุมธานี 1 ราย ซึ่งในผู้ป่วยที่สงสัย 21 ราย ระหว่างการรอผลการตรวจยืนยันเสียชีวิต 8 ราย (สำนักกระบาดวิทยา, 2547ข; WHO, 2005a)

การระบาดในรอบสองเกิดขึ้นในเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2547 โดยพบการตายอย่างผิดปกติของสัตว์ปีกใน 49 จังหวัด นอกจากนี้ยังพบการระบาดของโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในสัตว์ที่สวนสัตว์แห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี และมีสัตว์ป่วยอย่างน้อย 147 ตัว จากทั้งหมด 441 ตัว ซึ่งสาเหตุเกิดจากการที่ทางสวนสัตว์ให้เสือกินไก่ดิบที่ติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 โดยไม่ทราบมาก่อน การระบาดในรอบที่สองนี้ทำให้มีผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคไข้หวัดนกเพิ่มขึ้นอีก 5 ราย เสียชีวิต 4 ราย ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ ปราจีนบุรี กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ และสุโขทัย โดยผู้ป่วยสองรายที่จังหวัดกำแพงเพชรนั้นมีประวัติเข้าข่ายติดเชื้อจากคนสู่คนอีกด้วย อย่างไรก็ตามไม่พบหลักฐานว่าบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกจากการ

ดูแลผู้ป่วยแต่อย่างใด ส่วนการระบาดในรอบที่สาม ประเทศไทยมีผู้ป่วยยืนยันว่าเป็นโรคไข้หวัดนกใน พ.ศ. 2548 รวม 5 ราย เสียชีวิต 2 ราย จาก 4 จังหวัด ได้แก่กาญจนบุรี นนทบุรี กรุงเทพมหานคร และนครนายก (คารินทร์ อารีโยชัย และ ศุภมิตร ชุณหสวัณ, 2550)

โดยสรุปสถานการณ์โรคไข้หวัดนกในคนตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) นับถึงวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคไข้หวัดนกในประเทศไทยจำนวน 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย (WHO, 2007a) การระบาดของโรคไข้หวัดนกจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด H5N1 ในสัตว์ปีกและคนก่อให้เกิดความกังวลใจแก่วงการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลกว่าจะมีการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ (pandemic influenza) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสายพันธุ์ H5N1 เกิดขึ้น องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าเมื่อมีการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ จะมีผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิดนี้ถึงร้อยละ 20-35 (WHO, 2005b) โดยที่ครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อนี้จะมารับบริการทางการแพทย์จากสถานบริการแบบผู้ป่วยนอก ส่วนอีกครึ่งหนึ่งอาจจะรักษาเอง (ทวี โชติพิทยสุนนท์, 2550) ยิ่งหากเชื่อมีการกลายพันธุ์ หรือเกิดการผสมข้ามสายพันธุ์ของเชื้อไวรัส จะมีโอกาสทำให้การระบาดของโรครุนแรงมากขึ้น (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2548; สันนิบา สุทธิต์, 2547) โดยทั่วไปการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ทำให้มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 - 40 ของประชากรทั้งหมด ขณะนี้ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 65 ล้านคน หากเกิดการระบาดใหญ่จะมีผู้ป่วยขึ้นต่ำประมาณ 6.5 ล้านคน ขึ้นสูงประมาณ 26 ล้านคน ถ้าการรักษารวดเร็ว ควบคุมการระบาดได้ดี มีอัตราตายร้อยละหนึ่งของจำนวนผู้ป่วย คาดว่าจะมีคนตายจากโรคไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ขึ้นต่ำ 65,000 คนและขึ้นสูง 260,000 คน (สำนักโรคไข้หวัดใหญ่, 2550ค)

ระยะฟักตัวและอาการของโรคไข้หวัดนก

อาการแสดงที่เกิดในสัตว์ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ชนิดของสัตว์ อายุ และโรคแทรกซ้อน เป็นต้น โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงในสัตว์ปีกชนิดหนึ่งอาจไม่ทำให้เกิดอาการใดๆ ในสัตว์ปีกอีกชนิดหนึ่ง (สถานวิชาการภูมิภาคสัตวแพทยศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548) เชื้อไวรัส H5N1 มีระยะฟักตัวในสัตว์สั้นเพียงไม่กี่ชั่วโมงถึง 3 วัน อย่างไรก็ตามระยะฟักตัวนานที่สุดที่อาจเป็นไปได้คือ 21 วัน อาการที่พบเมื่อมีการติดเชื้อได้แก่ ไอ จาม หายใจลำบาก น้ำมูก หนองตาหรือปิด หงอนเหินยและหน้าแข้งบวมหรือมีสีคล้ำ และอาจมีอาการทางระบบประสาท ท้องเสีย หรือสัตว์ขุ่นงัน ซึม ไม่กินอาหาร ชุบพอม ออกไข่ลดลง หรือมีลักษณะผิดปกติ หรือบางครั้งไม่พบอาการผิดปกติแต่ก็ตายกะทันหันโดยไม่แสดงอาการ

อัตราการตายอาจสูงเกือบถึงร้อยละ 100 หรืออัตราการตายสะสมร้อยละ 40 มาเป็นช่วงระยะเวลา 3 วัน (นลินี อัสวโกกิ, 2544)

โรคไข้หวัดนกเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ในคน รายละเอียดข้อมูลทางคลินิกยังค่อนข้างจำกัด และเป็นข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างรุนแรง ถึงแม้ข้อมูลในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าเชื้อนี้ติดจากคนสู่คนได้ยาก แต่ก็มีหลักฐานการรายงานที่อาจมีความเป็นไปได้ว่ามีการติดเชื้อในผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการติดเชื้อโดยที่ไม่แสดงอาการ (จุไร วงศ์สวัสดิ์, นาฎพฐ์ สงวนวงศ์, และบุญชัย โควาดิษฐ์บุรณะ, 2550) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงดีมากก่อนและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยอาการทางระบบทางเดินหายใจเป็นส่วนใหญ่ มีระยะฟักตัวตั้งแต่คนได้รับเชื้อจนกระทั่งมีอาการใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน (WHO, 2004a) และมักไม่เกินกว่า 7 วัน (กรมควบคุมโรค, 2548ข; WHO, 2004a) เชื้อไวรัสไข้หวัดนก H5N1 ที่ระบาดใน พ.ศ. 2540 พบว่ามีระยะฟักตัว 2-4 วันหลังสัมผัสโรค (Yuen et al., 1998) แต่เชื้อไข้หวัดนก H5N1 ที่มีการระบาดใน พ.ศ. 2547-2548 พบว่ามีระยะฟักตัวที่ยาวนานขึ้น โดยอยู่ในช่วง 2-8 วัน (คารินทร์ อารีชัยโชคชัย และคณะ, 2547) สำหรับกรณีที่สงสัยว่าจะเป็นการแพร่เชื้อจากคนสู่คนที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน (family cluster) นั้น จากข้อมูลที่มีพบว่าการเกิดโรคอยู่ในช่วง 2-5 วัน โดยอาจนานได้ถึง 8-17 วัน อย่างไรก็ตามข้อมูลยังค่อนข้างจำกัดและยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจนว่าเป็นการติดเชื้อจากคนสู่คนหรือติดจากสิ่งแวดล้อมเดียวกัน (จุไร วงศ์สวัสดิ์ และคณะ, 2550)

สำหรับอาการแสดงที่เกิดขึ้นในคนนั้น จากรายงานการระบาดของโรคไข้หวัดนกชนิด H5N1 ในประเทศเขตปกครองพิเศษฮ่องกง พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วยจำนวน 18 ราย อายุระหว่าง 1-60 ปี อายุเฉลี่ย 9.5 ปี และครึ่งหนึ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี มีอาการรุนแรง 11 ราย และเสียชีวิต 6 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมาด้วยอาการไข้ โดยมีอาการไอ อาเจียน ปวดศีรษะ และปวดเมื่อยตามตัว คิดเป็นร้อยละ 67 33 22 และ 11 ตามลำดับ และพบว่าการมีโรคประจำตัวอยู่เดิม รวมทั้งอาการทางระบบทางเดินอาหาร ไม่ใช่ตัวทำนายว่าผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง (Yuen et al., 1998) ส่วนรายงานการระบาดของโรคไข้หวัดนกชนิด H5N1 ใน พ.ศ. 2547 ในประเทศไทยและเวียดนาม พบว่ามีอาการนำคล้ายโรคไข้หวัดใหญ่ คือส่วนใหญ่มีไข้สูง ไอ ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ หนาวสั่น น้ำมูกไหล บางครั้งพบว่ามีตาแดงร่วมด้วย ผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบตามมาซึ่งมักเกิดในวันที่ 3-5 ของการดำเนินโรค โดยผู้ป่วยยังมีหายใจหอบเหนื่อย ชายโครงบวม บางครั้งอาจไอมีเสมหะและเลือดปนได้ (สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, 2547; Hien et al., 2004) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกชนิด H5N1 ในประเทศไทยมีอุจจาระร่วงนำมา 1 สัปดาห์ก่อนที่จะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ (Apisarnthanarak et al., 2004) โดยมีความสอดคล้องกับรายงานลักษณะอาการของผู้ป่วย 10

ราย จากประเทศเวียดนามที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 70 มีอาการระแวงโดยมีลักษณะถ่ายเหลวเป็นน้ำ (Hien et al., 2004) ส่วนอาการทางระบบอื่นๆ ที่พบได้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

นอกจากอาการที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโรคไข้หวัดนกที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยมีอาการนำที่มาจากอาการทางสมอง โดยไม่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ (De Jong et al, 2005) ซึ่งจากรายงานโรคไข้หวัดใหญ่ที่ผ่านมาก็พบว่าไวรัสนี้สามารถทำให้เกิดอาการทางสมองได้โดยเฉพาะในผู้ป่วย (จุโร วงศ์สวัสดิ์ และคณะ, 2550)

การดำเนินของโรคพบว่า อาการและอาการแสดงของระบบทางเดินหายใจส่วนล่างมักปรากฏตั้งแต่ในระยะแรก จากรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกในประเทศไทยพบว่าอาการหอบเหนื่อยจะเกิดขึ้นในวันที่ 1-16 หลังจากเริ่มป่วย คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 5 วัน ส่วนรายงานจากประเทศเวียดนามพบว่าบางครั้งอาจมีเสมหะและเลือดปนได้ โรคจะดำเนินดำเนินสู่ภาวะระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลันและเกิดการหายใจล้มเหลวตามมา ซึ่งพบได้ร้อยละ 76-90 ภาวะนี้มักเกิดในวันที่ 4-13 หลังจากเริ่มป่วย คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 5 วัน อัตราตายจะสูงมากโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ในประเทศไทยพบว่าอัตราตายเท่ากับร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี แต่เท่ากับร้อยละ 89 ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในวันที่ 6-30 หลังจากเริ่มเจ็บป่วย คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 9-10 วัน (จุโร วงศ์สวัสดิ์ และคณะ, 2550)

การติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนก H5N1 ในสัตว์ปีกและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิด เช่น หนู แมว เสือ พบว่ามีการติดเชื้อแบบแพร่กระจายทั่วร่างกาย แต่สำหรับในคนกลับพบว่าการติดเชื้อจำกัดตัวอยู่ในปอดและทางเดินอาหารแต่ไม่พบการเพิ่มจำนวนของเชื้อในอวัยวะอื่นๆ ทำให้มีทฤษฎีที่เสนอว่าพยากรณ์ของโรคนี้อาจไม่ได้เป็นผลจากการเพิ่มจำนวนของไวรัสโดยตรง แต่อาจเกิดจากการที่ไวรัสกระตุ้นการหลั่งสารที่ทำให้เกิดการอักเสบและความเสียหายต่อเนื่องเชื้อต่างๆ แต่ถึงแม้ว่าการติดเชื้อในคนจะเป็นไปอย่างจำกัดมากกว่าการติดเชื้อในสัตว์ปีก แต่ความรุนแรงของการติดเชื้อในคนก็สูงมาก โดยสามารถทำให้เกิดความผิดปกติของหลายอวัยวะ และมีอัตราการตายสูง (มงคล อุยประเสริฐกุล และประเสริฐ เอื้อวรากุล, 2550)

วิธีการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดนก

นกน้ำเป็นสัตว์สำคัญในวงจรการแพร่เชื้อ โดยเฉพาะเป็ดป่า เนื่องจากสามารถแยกไวรัสทุกชนิดย่อยได้จากสัตว์ชนิดนี้ (พิไลพันธ์ พุฒวนะ, 2550) การติดต่อของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกเกิดจากการสัมผัสกับมูลสัตว์โดยตรง ซึ่งเป็นวิธีติดต่อที่สำคัญระหว่างนกด้วยกัน นกป่าได้แก่นกเป็ดน้ำ นกอพยพ และนกในธรรมชาติ จะเป็นตัวนำเชื้อไวรัสไข้หวัดนกไปยังสัตว์ปีกที่เลี้ยงใน

โรงเรียนเปิดโดยผ่านการปนเปื้อนของมูล (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2548) โดยสัตว์เหล่านี้เป็นพาหะของโรคแต่ไม่แสดงอาการป่วย เมื่อนกอพยพไปที่ใดก็จะนำเชื้อไปด้วย หากสภาพแวดล้อมเหมาะสมก็จะแพร่พันธุ์ไปยังสัตว์เลี้ยงและสัตว์ปีกอื่น (กนกรัตน์ ศรีพานิช, 2547) วิธีการติดเชื้อระหว่างสัตว์โดยการสัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนเชื้อโรค (mechanical transmission) โดยมูลของนกเป็นแหล่งของเชื้อไวรัสที่สำคัญ ซึ่งพบว่าการจับเชื้อไวรัสทางมูลเป็นเวลา 7-14 วัน หลังจากการติดเชื้อ โดยพบไวรัสในวัสดุปูรอง มูลสัตว์ได้ในระยะเวลานานถึง 4 สัปดาห์หลังการปนเปื้อนเชื้อ นอกจากนี้การติดเชื้อจากการหายใจเอาเชื้อที่อยู่ในสิ่งคัดหลั่งของสัตว์ที่ป่วยก็พบว่าเกิดขึ้นได้ (กรมปศุสัตว์, 2548) นอกจากนี้เชื้อไวรัส H5N1 สามารถแพร่ไปสู่สัตว์อื่น เช่น เสือ แมว และสุนัข โดยในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคในประเทศไทยมีรายงานตรวจพบแอนติบอดีในสุนัขถึงร้อยละ 25 และในแมวร้อยละ 7 ซึ่งอาจติดเชื้อมาจากการกินสัตว์ปีกที่ติดเชื้อ (พิไลพันธ์ พุรวัดนะ, 2550)

คนติดเชื้อจากสัตว์ได้ทางตรงจากการสัมผัสสัตว์ป่วย และทางอ้อมจากการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งจากสัตว์ที่เป็นโรค เช่น อุจจาระ น้ำมูก น้ำตา น้ำลายของสัตว์ป่วย การขนส่งหรือขนย้ายสัตว์ที่เป็นโรค การปนเปื้อนจากอุปกรณ์การเลี้ยง เช่น รางสำหรับวางไข่ รางอาหาร การได้รับเชื้อจากนกที่อพยพ หรือจากน้ำดื่มหรืออาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ที่ปนเปื้อนอุจจาระของสัตว์ที่เป็นโรค หรือการอยู่ในแหล่งระบาด (ภทิตรา วาดวงศรี, 2547) จากข้อมูลของเชื้อไข้หวัดนกชนิดต่างๆพบว่าเชื้อไวรัสสามารถอยู่ในน้ำที่มีอุณหภูมิ 22 องศาเซลเซียสได้นาน 4 วัน และอยู่ได้นานขึ้นในน้ำเย็น หากน้ำมีอุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส เชื้อจะอยู่ได้นานถึง 30 วัน ทั้งนี้ความคงทนสำหรับเชื้อไข้หวัดนกในน้ำ นอกจากขึ้นกับอุณหภูมิแล้วยังขึ้นอยู่กับความเป็นกรดเป็นด่างด้วย สำหรับความคงทนของเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในมูลสัตว์เป็ยกพบว่าสามารถตรวจพบไวรัสที่มีชีวิตที่อุณหภูมิต่ำนานกว่าที่อุณหภูมิสูงดังนี้ ที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียสพบได้นาน 2-4 วัน ที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียสพบได้นาน 7 วัน ที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียสพบได้นานกว่า 20 วัน อย่างไรก็ตามจากข้อมูลดังกล่าวเมื่อเทียบกับข้อมูลจากไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์อื่นๆพบว่า ไวรัส H5N1 มีความคงทนในมูลสัตว์เป็ยกที่อุณหภูมิสูงได้นานกว่า ซึ่งอาจเป็นคำอธิบายได้ว่าเหตุใดจึงพบการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในเดือนที่มีอากาศร้อนของทวีปเอเชียได้เช่นเดียวกัน (จริยา แสงสัจจา, 2550)

การศึกษาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคไข้หวัดนกในประเทศไทยจำนวน 25 ราย มีประวัติสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ที่สงสัยป่วยตายจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 มีการเลี้ยงไก่ในบ้านที่อยู่อาศัยจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 88 ทำการฆ่าและไก่ด้วยตนเองจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 ผู้ป่วยทุกรายมีลักษณะการสัมผัสกับแหล่งรังโรคอย่างต่อเนื่อง ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคไข้หวัดนกที่เป็นคนงานใน

ฟาร์มสัตว์ปีก ผู้กำจัดสัตว์ปีกในช่วงการระบาด หรือบุคลากรทางสาธารณสุข (คารินทร์ อารีย์โชคชัย และสุกมิตร ชุณหะวัณ, 2550) และจากการเฝ้าระวังและข้อมูลการเกิดโรคในคน ในเขตปกครองพิเศษฮ่องกงและประเทศไทย ยังไม่มีรายงานการติดต่อระหว่างคนหรือติดต่อกับคน โดยการบริโภคเนื้อไก่และไข่ แต่พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือติดโรคได้แก่ ผู้ที่มีอาชีพหรืออยู่ใกล้ชิดกับสัตว์ปีก เช่น ผู้เลี้ยง ฆ่า ขนย้าย ขนส่ง ผู้ที่ขายสัตว์ปีกและซากสัตว์ปีก สัตว์บาล และสัตว์แพทย์ รวมถึงเด็กหรือผู้ใหญ่ที่เล่นและคลุกคลีกับสัตว์ (CDC, 2005b; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

การติดต่อของไข้หวัดนกระหว่างคนสู่คนยังไม่เป็นที่ยืนยันแน่นอน อย่างไรก็ตามขณะนี้ข้อมูลที่แสดงว่าอาจมีความเป็นไปได้ที่จะพบการติดต่อจากคนสู่คนโดยการสัมผัสอย่างใกล้ชิดโดยไม่มีเครื่องป้องกันการติดเชื้อ (personal protective equipment) ดังเช่นกรณีญาติที่อาจติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 จากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Ungchusak, 2005) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการไอ หรือจาม โดยเชื้อส่วนมากมักปนอยู่ในน้ำคัดหลั่งของระบบทางเดินหายใจ โดยมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 10 micrometers ล่องลอยในละอองฝอยในอากาศ (Occupational Safety & Health Administration, 2004) นอกจากการแพร่เชื้อจากทางเดินหายใจแล้ว เชื้อไวรัสไข้หวัดนก H5N1 อาจจะมีการแพร่กระจายเชื้อทางอุจจาระได้ด้วย เนื่องจากมีหลักฐานพบว่า การเพิ่มจำนวนของไวรัสอยู่ที่ปอดและทางเดินอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งในประเทศไทยและเวียดนามซึ่งพบสัดส่วนของอาการอุจจาระร่วงได้สูง (มงคล อุษประเสริฐกุล, ประเสริฐ เอื้อวรากุล, 2550) นอกจากนี้การศึกษาของเทลเลอร์ (Tellier, 2006) พบข้อมูลที่บ่งชี้ว่าไวรัสชนิดนี้สามารถแพร่กระจายโดยฝอยละอองขนาดเล็ก (aerosol transmission) ถึงแม้จะมีระยะทางแพร่กระจายได้ไม่ไกลเหมือนเชื้อโรคบางชนิดเช่นเชื้อวัณโรคก็ตาม แต่ก็ทำให้ความสำคัญของการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกมีความสำคัญมากขึ้น ทั้งนี้ ระยะเวลาที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ถือปฏิบัติในการป้องกันสำหรับโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 คือในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 12 ปี ใช้ระยะเวลา 7 วันหลังไข้ลง สำหรับผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี ใช้ระยะเวลา 21 วัน นับตั้งแต่มีอาการ (WHO, 2007b)

ผลกระทบจากการระบาดของโรคไข้หวัดนก

โรคไข้หวัดนกส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากสภาวะการเจ็บป่วย การดำเนินโรคอาจมีความรุนแรงสู่ภาวะระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักมีการหายใจล้มเหลว

และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมง (Hien, 2004) ความรุนแรงของการติดเชื้อไข้หวัดนกในคนสูงมาก สามารถทำให้เกิดความผิดปกติของหลายอวัยวะ และมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 60-80 (มงคล อยู่ประเสริฐกุล และประเสริฐ เอื้อวรากุล, 2550)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดนกได้แก่ เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีก ผู้ค้า ผู้ประกอบอาหารที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ปีก เป็นกลุ่มที่สูญเสียทั้งรายได้ อาชีพ หรือบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต (ปฐม จูจันทร์, ชลธิชา ทาสัง, วราภรณ์ ใจสุขยะ, อภิชาติ ผุยกัน, และ ทศพร ชัยระจับ, 2549) จากการศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนก ในเขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยติดตามตามเกณฑ์การเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีคะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป และโรคทางจิตเวชที่แพทย์ลงความเห็น ว่า ควรเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 9.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล และมีอาการแสดงทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียดโดยอาการมีความรุนแรงจนทำให้เกิดความบกพร่องทางหน้าที่การงานหรือสังคม คิดเป็นร้อยละ 41.3 และ 12.7 ตามลำดับ แพทย์ให้การรักษาด้วยยาทางกายและจิตรวมกันร้อยละ 55.7 หลังจากประสบภัย 1 เดือน พบผู้ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปร้อยละ 14.4 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.3 โดยเฉพาะมีผู้ป่วยโรคในกลุ่มอาการซึมเศร้า 1 รายที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง (ทวี ตั้งเสรี, วัชนี หัตถพนม, ละเอียด ปัญญาใหญ่, และ สุภาณี กิตติสารพงษ์, 2548)

โรคไข้หวัดนกส่งผลกระทบต่อบุคลากรของโรงพยาบาล โดยทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ตลอดจนเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อไข้หวัดนกไปสู่ผู้ป่วยอื่น และสิ่งแวดล้อมได้ นอกจากนี้การระบาดของโรคไข้หวัดนกทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคไข้หวัดนกและมาตรการฟื้นฟูของภาครัฐและเอกชนที่รายงานไว้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 73.1 (สุชน ตั้งทวีวิวัฒน์ และคณะ, 2548) ผลกระทบต่อโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลมีโอกาสรับผู้ป่วยเข้ามารับการรักษามากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ต้องเพิ่มทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เพื่อสังเกตอาการผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งสูญเสียอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และอาจทำให้โรงพยาบาลเสื่อมเสียชื่อเสียงหรือถูกฟ้องร้องทางกฎหมายได้ (สมหวัง คำนชัยจิตร, 2544)

ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคไข้หวัดนกมีต่ออุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์ไก่ของประเทศ ไทย ซึ่งสินค้าไก่ของไทยติดอันดับ 1 ใน 4 ผู้ส่งออกรายใหญ่ของโลกรองจากประเทศสหรัฐอเมริกา บราซิล และสหภาพยุโรป นอกจากอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์ไก่จะสร้างรายได้เข้าประเทศเป็นจำนวนมากแล้วยังเป็นอุตสาหกรรมที่ก่อให้เกิดการจ้างงาน สร้างรายได้ให้เกษตรกรและก่อให้เกิด

อุตสาหกรรมต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นอุตสาหกรรมอาหารแปรรูปจากไก่ อุตสาหกรรมอาหารสัตว์ รวมไปถึงอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวและบริการอีกด้วย โดยอุตสาหกรรมอาหารแปรรูปจากไก่ประสบปัญหาเนื่องจากการขาดแคลนวัตถุดิบ และผู้บริโภคไม่มั่นใจในความปลอดภัยของไก่ที่นำมาผลิตเป็นอาหารแปรรูป ในขณะที่อุตสาหกรรมอาหารสัตว์อาจจะมีปริมาณการใช้ลดลงถึงร้อยละ 15-20 ใน พ.ศ. 2547 เนื่องจากปริมาณการใช้อาหารสัตว์ในไก่ลดลง สวนทางกับการผลิตอาหารสัตว์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นราวร้อยละ 4-5 เนื่องจากปัญหาด้านทุนวัตถุดิบที่ปรับสูงขึ้น ธุรกิจโรงแรมก็อาจได้รับผลกระทบทางอ้อมด้วย ผู้บริโภคอาจงดการบริโภคอาหารที่ทำจากไก่ และหากพบผู้ป่วยจากโรคไข้หวัดนกมากขึ้นก็อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของนักเดินทางและส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวได้ ส่วนผลกระทบต่อเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพการเลี้ยงสัตว์ปีกเนื่องจากภาวะการขาดทุนและต้องทำลายสัตว์ปีกไปเป็นจำนวนมาก รวมทั้งเสียโอกาสในการที่จะมีรายได้จากการเลี้ยงไก่อีกอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป รัฐบาลได้มีมาตรการเพื่อช่วยเหลือเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่โดยคาดว่าจะต้องใช้เงินงบประมาณ 1,500 ล้านบาท ในการพักชำระหนี้ทั้งเงินต้นและดอกเบี้ย โดยรัฐจ่ายดอกเบี้ยให้ 1 ปี จ่ายชดเชยค่าเสียหายผู้เลี้ยงไก่ตัวละ 40 บาท จัดหาพันธุ์ไก่ให้ผู้ได้รับความเสียหายตามจริง จัดหาเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อสร้างฟาร์มระบบปิด ใช้เงินกองทุนพัฒนาอาชีพจ่ายผู้เลี้ยงไก่ฟักอบรมวันละ 50 บาท และระดมสัตวแพทย์และทหารตรวจไก่ นอกจากนี้โรคไข้หวัดนกยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ โดยสำนักวิจัยและวางแผน ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ประเมินไว้ว่าการที่ประเทศไทยไม่สามารถส่งออกไก่ได้ประมาณ 6 เดือนจะทำให้ต้องสูญเสียรายได้จากการส่งออกไปประมาณ 20,346 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.53 ของมูลค่าการส่งออกทั้งหมด ซึ่งเมื่อรวมกับผลกระทบที่เกิดจากความเสียหายภายในประเทศเนื่องจากผู้บริโภคขาดความเชื่อมั่นต่อผลิตภัณฑ์ไก่ก็อาจจะทำให้มีผลกระทบร้อยละ 0.45-0.96 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศ (ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ, 2548)

โรคไข้หวัดนกมีผลกระทบทางสังคม ดังการศึกษาผลกระทบของโรคไข้หวัดนกในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งรายงานผลกระทบของโรคไข้หวัดนกทางด้านสังคมในกลุ่มผู้ประกอบการเลี้ยงสัตว์ปีกว่ามีความหวาดกลัวโรคไข้หวัดนกร้อยละ 43.01 มีผู้ไม่กล้ากลับมาเลี้ยงสัตว์ปีกอีกร้อยละ 6.33 เนื่องจากกลัวว่าโรคไข้หวัดนกจะกลับมาระบาดอีกคิดเป็นร้อยละ 50 การระบาดของโรคไข้หวัดนกยังส่งผลกระทบต่อธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับเนื้อสัตว์ และผู้บริโภค โดยมีรายงานว่าผู้บริโภคจากทุกอาชีพกลัวการติดเชื้อไข้หวัดนกร้อยละ 65.67 (สุทธิพงศ์ อริยะพงศ์สรณ์ และคณะ, 2547) นอกจากนี้การระบาดของโรคไข้หวัดนกทำให้เกิดความตื่นกลัวของประชาชน รวมทั้งความไม่มั่นใจในการดำเนินงานของรัฐบาล (คณะกรรมการพิจารณาแก้ไขสถานการณ์โรคไข้หวัดนก, 2548)

การปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุข

กำเนิดของอาสาสมัครสาธารณสุข มาจากลักษณะทางสังคมไทยในอดีตที่ประชาชนมีการดูแลตนเอง การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพโดยมี “หมอโบราณ” หรือ “หมอกกลางบ้าน” คอยให้การดูแลเมื่อมีผู้เจ็บป่วยด้วยการใช้ยาสมุนไพร รักษา รวมทั้งการมี “หมอตำแย” คอยให้การช่วยเหลือทำคลอด จนกระทั่งได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้โดยผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในขั้นแรกได้นำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้านโดยมีการจัดตั้งเป็น “คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ต่อมา มีการชักชวนให้ประชาชนเข้ามาเป็น “อาสาสมัครมาลาเรีย” เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการฟันคีมักัดยุงกันปล่องเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย นอกจากนั้นได้มีการทดลองหารูปแบบต่างๆ ในหลายพื้นที่ แต่ที่ชัดเจนและมีความสำคัญคือ “โครงการสารภี” ซึ่งดำเนินการที่จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้นำเอาประชาชนเข้ามาฝึกอบรมความรู้ทางสุขภาพอนามัย และเป็นแม่แบบนำไปทดลองในจังหวัดต่างๆ จนกระทั่งกลายเป็นรูปแบบที่เรียกว่า “ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข” (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542) การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยใช้รูปแบบผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขได้ดำเนินการเรื่อยมา จนกระทั่งสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ก็พบว่าสามารถทำให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบคลุมทุกพื้นที่หมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีการกำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น อบรมยกฐานะผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ นอกจากนี้ได้มีการส่งเสริมให้ทุกหมู่บ้านและชุมชนจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนประจำหมู่บ้านเพื่อให้เป็นที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขของหมู่บ้านซึ่งเป็นการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนั้นยังส่งเสริมให้กลุ่มรวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมเพื่อเป็นองค์กรสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จนมาถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้กำหนดให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ได้มีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ให้สามารถดำเนินบทบาทให้เป็นผู้โน้มน้าผู้นำชุมชนและ

ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนและสังคม (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542) ต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยอัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศโดยอาศัยคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสนับสนุนกลไกเครือข่ายหรือภาคีสุขภาพระดับพื้นที่ ดังนั้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับการจัดสรรงบประมาณประจำปีสำหรับอุดหนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานในด้านการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน และในปัจจุบันเป็นยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 มุ่งหวังการบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพคนโดยหวังให้คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ และมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต อาสาสมัครสาธารณสุขได้ปรับบทบาทของตน และขยายแนวทางการพัฒนามาสู่ด้านอื่นๆมากขึ้น โดยนอกจากจะทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขแล้วยังประสานความร่วมมือกับผู้อื่นๆที่มีอยู่ในชุมชนทำการพัฒนาเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง จนสามารถพัฒนาตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้าได้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

อาสาสมัครสาธารณสุข คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจะออกหนังสือรับรองความรู้ความสามารถและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน และจะฟื้นฟูสภาพในกรณี พ้นสภาพตามวาระ ตาย ลาออก ย้ายที่อยู่ หรือประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น, 2549)

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน หรือมีผู้ใหญ่บ้านหรือกำนันรับรอง มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่างได้ เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข มีความสนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงาน

สาธารณสุข เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านหรือประชาชนรับรองว่ามีความประพฤติดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน ไม่เป็นกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านมาก่อนที่จะสมัครใจเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีจิตใจที่ต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง และมีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขโดยไม่รบกวนเวลาในการประกอบอาชีพและชีวิตครอบครัว (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

การกำหนดจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข มีวิธีการแบ่งละแวกบ้านและกำหนดผู้รับผิดชอบโดยใช้แผนที่ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเฉลี่ยในพื้นที่ชนบทและชุมชนเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท ให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน ส่วนพื้นที่เขตเมืองในเขตชุมชนแออัด ให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือน (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น, 2549ก; กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550) ดังนั้นในหมู่บ้านหรือชุมชนหนึ่งๆ อาจมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้านหรือชุมชนนั้น (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

สิทธิและสวัสดิการที่พึงได้รับของอาสาสมัครสาธารณสุข (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550) ได้แก่

1. การได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว โดยไม่ต้องเสียเงิน 30 บาท และลดค่าห้องพักรวมทั้งค่าอาหารห้องพิเศษร้อยละ 50
2. การลดค่าโดยสารรถไฟ อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับส่วนลดค่าโดยสารรถไฟประเภทชั้นที่ 3 ที่นั่งธรรมดาเป็นรายบุคคล ในอัตราร้อยละ 20 ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกันยายนของทุกปี ตลอดทางทุกสาย แต่ไม่รวมค่าธรรมเนียมต่างๆ
3. การสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับบุตร-ธิดาของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้เงินส่วนเกินของหวายสามตัว สองตัว ภายใต้การดูแลของศูนย์บริหารโครงการแก้ไขปัญหาเด็กยากจนและเด็กด้อยโอกาส กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนเฉพาะปีและคณะรัฐมนตรีมีมติยกเลิกโครงการในปี 2550
4. การจัดสรรโควตาแก่อาสาสมัครสาธารณสุข และบุตร-ธิดาของอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ในสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข
5. การเทียบตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข กรมบัญชีกลางได้เทียบตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขจากตำแหน่งข้าราชการพลเรือนระดับ 1 เป็นเท่ากับตำแหน่งข้าราชการพลเรือนระดับ 3 ตามพระราชกฤษฎีกากำหนดให้จ่ายในการเดินทางไปราชการ พ.ศ. 2526 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

6. การยกระดับการศึกษา โดยการเทียบโอนผลการเรียนตามหลักเกณฑ์ และวิธีการจัดการศึกษานอกโรงเรียน หลักสูตรการศึกษาพื้นฐาน พุทธศักราช 2544 (ฉบับปรับปรุง) พุทธศักราช 2548

7. การเบิกค่าใช้จ่ายในการออกปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุข กรมบัญชีกลางได้อนุมัติให้เบิกจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินให้ทางราชการได้เท่าที่จ่ายจริงในอัตราวันละไม่เกิน 100 บาท

8. การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางแก่อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นของตำบล การสร้างขวัญและกำลังใจของอาสาสมัครสาธารณสุข (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

1. การจัดกิจกรรมในงานวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้วันที่ 20 มีนาคม ของทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ พร้อมทั้งจัดให้มีพิธีประกาศเกียรติคุณแก่อาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ

2. กระบวนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขต ภาค และระดับชาติ จำนวน 10 สาขา ได้แก่ สาขาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (โรคไข้เลือดออก โรคไข้หวัดนก) สาขาสุขภาพจิตในชุมชน สาขายาเสพติดในชุมชน สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนประจำหมู่บ้าน สาขาคู่ครองผู้บริโภคน สาขาการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ สาขาเอดส์ในชุมชน สาขาการส่งเสริมสุขภาพ สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และสาขาการจัดการสุขภาพชุมชน

3. การมอบเข็มเชิดชูเกียรติ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลาครบ 10 ปี ขึ้นไป

4. การขอรับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับชาติ

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550; ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น, 2549ค)

1. สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น โดยแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ

2. ให้การส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยให้แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายยุงยากอนามัย การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

4. ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หรือสถานที่ตามกำหนดของหมู่บ้านโดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคระบาดและโรคติดต่อประจำถิ่น

6. บริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือจากแหล่งอื่น ๆ

7. ชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

8. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบลและเครือข่ายสุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

บนพื้นฐานข้อมูลของชุมชน สอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจควบคู่กันไป

โดยสรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่าบทบาทหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขคือการพัฒนาหมู่บ้านหรือชุมชนของตนเองให้บรรลุสภาพดีถ้วนหน้า หรือหมู่บ้านจัดการสุขภาพเพื่อหมู่บ้านแข็งแรงสู่เมืองไทยแข็งแรงหรือหมู่บ้านอยู่เย็นเป็นสุข อยู่ดีมีสุข (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550) ซึ่งเป็นบทบาทหัวใจหลักของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะต้องทำต่อเนื่องตลอดไป ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่ามีส่วนช่วยให้ภาวะโภชนาการเด็กทารกและเด็กวัยเรียนดีขึ้น อัตราการเพิ่มของประชากรลดลง รวมทั้งอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลง (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542) จากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า ส่วนใหญ่พอใจการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขถึงร้อยละ 86.2 สำหรับความคิดเห็นต่อการยอมรับในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลเห็นว่าประชาชนยอมรับอาสาสมัครสาธารณสุขมากร้อยละ 95.5 และเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลไกที่ยังจำเป็นต้องมีในหมู่บ้านร้อยละ 80.7 (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2549ก) นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการกล่าวขานยกย่องในสังคมจนสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่กลุ่มประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หลายประเทศที่ได้ทุนจากองค์การอนามัยโลกมาศึกษาดูงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย และชื่นชมกับการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาพลักษณ์ด้านคุณค่าของผู้มีจิตใจอาสา เสียสละเพื่อประโยชน์สุขส่วนรวม สามารถรวมกลุ่มกันอย่างมีพลังและมีเอกลักษณ์ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทในการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีส่วนต่อการจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ ตลอดจนการเป็นผู้ที่ตัดสินใจที่จะขับเคลื่อนชุมชนและสังคมไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า โดยมีมาตรการทางสังคมเป็นเครื่องมือสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550) ซึ่งหลักการที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคนี้คือ การสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในการควบคุมและกำจัดโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด โดยการทำลายสัตว์ปีก ณ จุดสงสัยทันที พร้อมทั้งการเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มงวดทั้งในคนและสัตว์ปีก เน้นให้เกิดความ

ปลอดภัยในคนเป็นสำคัญ และให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่อย่างใกล้ชิดเพื่อประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน รวมทั้งการบูรณาการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับจังหวัด กระทรวงมหาดไทย, 2547) สำหรับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก ประกอบด้วย

1. การเข้าร่วมทีมและวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับทีมเครือข่ายสุขภาพตำบลซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชนได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ ในการจัดทำแผนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการจัดตั้งกลุ่มหรือเครือข่ายเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในชุมชน และสร้างแกนนำการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกในระดับครัวเรือน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548)

2. การให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทในการร่วมจัดเวทีประชาคมในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกเพื่อสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548) การถ่ายทอดความรู้และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกผ่านสื่อชุมชน เช่น วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว การประชุม กิจกรรมของชุมชน รวมทั้งการแจกเอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ โดยความรู้ที่ให้ในภาพรวมประกอบด้วย การบริโภคสัตว์ปีกอย่างปลอดภัย การป้องกันตนเองในการสัมผัสสัตว์ปีก การดูแลสุขภาพตนเอง อาการของสัตว์ปีกที่ป่วย อาการของคนที่เป็น และการทำงานสะอาดบ้านเรือน เป็นต้น (ศุภมิตร ชุนห์สุทธิวัฒน์, 2550) การร่วมจัดประชุมผู้เลี้ยงสัตว์ปีกหรือเจ้าของฟาร์มเพื่อให้มีความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก การณรงค์เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกในหมู่บ้าน และการให้ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกแก่เด็กและเยาวชนในชุมชนเพื่อเป็นแกนนำในการเผยแพร่ความรู้ในโรงเรียน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548)

3. การสำรวจจำนวนสัตว์ปีกในหมู่บ้าน ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขนับเป็นตัวหลักในการสำรวจไก่ เป็ด และนกที่มีอยู่ในหมู่บ้าน ตามสภาพการเลี้ยงคือ เลี้ยงแบบปล่อยตามบ้าน เลี้ยงแบบในกรง ฟาร์ม หรือไล่ทุ่ง และจัดทำรายงานตามแบบบันทึกการเฝ้าระวังพื้นที่ป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขตามแบบรายงานไข้หวัดนกถึงศูนย์ประสานงานเครือข่ายการควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกระดับตำบลเป็นประจำทุกวัน (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น, 2549)

4. การเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก คนและสิ่งแวดล้อม อาสาสมัครสาธารณสุข ต้องทำการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถค้นหาหรือทราบถึงการเกิดโรคและการระบาดในพื้นที่นั้นๆ ได้อย่างรวดเร็ว ทันทั่วถึง และทราบธรรมชาติของการเกิดโรค การกระจายของโรค แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรค รวมทั้งปัจจัยที่มีผลสนับสนุนการเกิดโรค ซึ่งจะสามารถทำให้สามารถประมาณการเกิดโรคที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรค วางแผนงาน จัดลำดับความสำคัญ ประเมินผลและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและทรัพยากร (กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์, 2542)

การเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทในการเฝ้าระวัง และสังเกตอาการของสัตว์ปีกในละแวกที่ตนรับผิดชอบถึงสภาวะการเจ็บป่วยและการตาย โดยสังเกตอาการป่วยของสัตว์ปีกที่มีไข้ ซึม หงอย ไม่กินอาหาร ขนยุ่ง หน้าหงอน เหนียงบวม มีสีคล้ำ มีจุดเลือดออกที่หน้าแข้ง เมื่อมีการตายหรือป่วยของสัตว์ปีกอย่างผิดปกติ อาสาสมัครสาธารณสุข เขียนบันทึกจำนวนสัตว์ปีกที่สงสัยหรือป่วยเป็นโรคไข้หวัดนก และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือปศุสัตว์ทราบเมื่อพบสัตว์ปีกที่เลี้ยงไว้ตายผิดปกติมากกว่า 1 ตัว (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548)

การเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในคน กรมควบคุมโรคโดยสำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนิยามสำหรับการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (อุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล และ วรรณ หาญเชาว์วรกุล, 2550) ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (suspected case) ได้แก่ ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงต่อไปนี้ ไข้ (อุณหภูมิกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส) ร่วมกับอาการอย่างหนึ่งอันได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ ไอ หายใจผิดปกติ เช่น หายใจหอบ หรือหายใจลำบาก เป็นต้น หรือ แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าสงสัยเป็นปอดบวมหรือไข้หวัดใหญ่ ร่วมกับมีประวัติการสัมผัสสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายโดยตรงในระยะ 7 วันที่ผ่านมา หรือมีการตายของสัตว์ปีกอย่างผิดปกติในหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในรอบ 14 วันที่ผ่านมา

ผู้ป่วยที่น่าจะเป็น (probable case) ได้แก่ ผู้ป่วยที่สงสัยตามนิยามข้างต้น ร่วมกับผลการตรวจเบื้องต้นพบว่ามีกรดนิวคลีอิกไข้หวัดใหญ่ กลุ่ม A แต่ยังบอกไม่ได้ว่าเป็นเชื้อสายพันธุ์ของคนหรือของสัตว์ปีก หรือ มีอาการระบบหายใจล้มเหลว หรือเสียชีวิต

ผู้ป่วยยืนยัน (confirm case) ได้แก่ ผู้ป่วยที่สงสัยและผลการตรวจสุดท้ายพบเชื้อไข้หวัดใหญ่กลุ่ม A (H5) ซึ่งเป็นสายพันธุ์ของสัตว์ปีกด้วยวิธี PCR (polymerase chain reaction) หรือการเพาะเชื้อ

ผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยที่น่าจะเป็น หากมีผลการตรวจยืนยันพิสูจน์ได้ว่าเกิดจากเชื้อสาเหตุอื่นให้จัดสถานะเป็นผู้ป่วยจำหน่ายออก (exclude)

ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขจึงมีบทบาทในการเฝ้าระวังและสังเกตอาการป่วยในผู้ที่มีประวัติเสี่ยงตามแนวทางการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในหมู่บ้านที่ตนรับผิดชอบ ถ้ามีให้รีบพาไปตรวจรักษาที่สถานอนามัย ซึ่งถ้าพบว่ามิใช่สูงและอาศัยอยู่ในบ้านหรือหมู่บ้านที่มีสัตว์ปีกตายให้อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยเหลือส่งตัวผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลชุมชนตามระบบส่งต่อ (สุกมิตร ชุณหสวัณ, 2550) พร้อมกับบันทึกจำนวนคนที่สงสัยหรือป่วยเป็นโรคไข้หวัดนก และรายงานให้สาธารณสุขอำเภอทราบ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังความผิดปกติที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านหรือชุมชนได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึงทุกพื้นที่ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548)

การเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในสิ่งแวดล้อม อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทในการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมโดยเฝ้าระวังไม่ให้นำสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายมารับประทานหรือจำหน่าย เฝ้าระวังไม่ให้ผู้อื่นนำสัตว์ปีกไปทิ้งในที่สาธารณะ หากพบเห็นซากสัตว์ปีกตายต้องเผาหรือฝังกลบให้ถูกวิธี และในกรณีที่มีสัตว์ปีกตายด้วยอาการผิดปกติต้องแจ้งองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ศูนย์ประสานงานเครือข่ายการควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกระดับตำบล และอำเภอ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น, 2549)

5. การกำจัดหรือทำลายสัตว์ปีกร่วมกับเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่มหาดไทย (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548) ในกรณีมีสัตว์ปีกป่วยหรือตายผิดปกติ และมีลักษณะอาการตามนิยามโรคไข้หวัดนก สัตวแพทย์ประจำท้องที่จะใช้ดุลยพินิจตามหลักวิชาการสั่งทำลายสัตว์ปีกทั้งหมดในฝูงทันที รวมทั้งทำลายสัตว์ปีกฝูงอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะสัตว์ปีกที่เลี้ยงแบบไม่มีระบบความปลอดภัยทางชีวภาพ โดยไม่ต้องรอผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ และต้องทำลายสัตว์ปีกให้แล้วเสร็จภายใน 12 ชั่วโมง และห้ามเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกและซากสัตว์ปีกในพื้นที่รัศมี 10 กิโลเมตรรอบจุดสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 วัน หรือจนกว่าจะมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นลบ (สำนักควบคุมป้องกันและบำบัดโรคสัตว์ กรมปศุสัตว์, 2550) ก่อนที่จะทราบว่าเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดนกเมื่อเกิดการตายของสัตว์ปีกในหมู่บ้าน เจ้าของสัตว์ปีกมักจะนำไปทิ้งหรือบางครั้งนำมารับประทานด้วยทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เมื่อเกิดการระบาดขึ้นทีมอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนจะเป็นผู้จับสัตว์ปีกใส่ถุงดำ หรือดองลงหลุม หรือเป็นผู้ฆ่าโดยการใช้น้ำยาล้าง และทางองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สนับสนุนในการขุดหลุมฝังและสนับสนุนชุดถุงมือในการจับสัตว์ปีก ส่วนเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์จะเข้าร่วมในการให้คำแนะนำในการใช้สารเคมีในการกลบหรือฝังสัตว์ปีก

ซึ่งจะกำจัดซากสัตว์โดยการฝังในหลุมที่มีขนาดความลึกไม่น้อยกว่า 50 เซนติเมตร แล้วราดทับด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเช่น คลอรีนหรือปูนขาว จากนั้นฝังกลบให้แน่นแล้วราดทับด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือปูนขาวอีกครั้ง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548) สำหรับวัสดุอุปกรณ์ที่ยังไม่ผ่านการฆ่าเชื้อต้องฝังพร้อมซากสัตว์เช่นกันและกลบดินให้สูงอย่างน้อย 40 เซนติเมตร (ศูนย์อำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก กระทรวงมหาดไทย, 2547) ผู้ทำลายต้องสวมถุงมือยาง หน้ากาก และรองเท้าก่อนจับซากสัตว์ปีก ถ้าไม่มีถุงมือยางให้ใช้ถุงพลาสติกสภาพดีชนิดหนาสวมมือแทน ห้ามใช้มือเปล่าจับซากสัตว์ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น, 2549)

6. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขมีการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องทุกระดับในพื้นที่เช่น ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลหากพบสัตว์ปีกมีอาการหงอย ซึม ขนยุ่ง หงอนบวมมีสีคล้ำ มีจุดเลือดออกตามหน้าแข้ง หรือตายมากผิดปกติ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ในการเก็บตัวอย่างสัตว์ปีกที่ป่วยตายอย่างผิดปกติเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสทางห้องปฏิบัติการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนงบประมาณด้านการพัฒนาองค์ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขและการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในชุมชน รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองเช่น ถุงมือ รองเท้าบูท และปูนขาว เป็นต้น (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548)

ความสำเร็จของยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกในสัตว์และในคนทั้ง 3 รอบในประเทศไทยเกิดจากความร่วมมืออย่างเข้มแข็งของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขกว่า 8 แสนคนในการเฝ้าระวังและควบคุมระดับหมู่บ้าน และภาครัฐมีระบบตรวจสอบที่แจ้งผลได้รวดเร็ว สามารถควบคุมไม่ให้โรคไข้หวัดนกมีการระบาดใหญ่ได้ ทำให้องค์กรนานาชาติชื่นชมไทยเป็นอันมาก และยกเป็นประเทศตัวอย่างในหลายเวทีการประชุมระดับโลกและภูมิภาค (สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เอจเซน (Ajzen) ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีไว้เมื่อปี ค.ศ. 1991 (Ajzen, 1991) โดยเนื้อหาของทฤษฎีได้พัฒนาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของฟิชไบน์และเอจเซน (Fishbein & Ajzen, 1975) ที่มีแนวคิดคล้ายกันว่าปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมบุคคล คือ ความตั้งใจ

เจตนาพฤติกรรม (Behavior Intention) หรือเรียกสั้นๆว่า ความตั้งใจ (Intention) ซึ่งหมายถึงความตั้งใจที่จะพยายามกระทำพฤติกรรม โดยเชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาสอดคล้องกับความตั้งใจที่มีอยู่ ภายใต้ข้อตกลงที่ว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลและรู้จักใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบในการตัดสินใจและมีการพิจารณาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนเองก่อนที่จะตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใด ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ยิ่งถ้าบุคคลมีความตั้งใจอย่างหนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรม แนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมก็จะสูงขึ้น (Trafimow, Sheeran, Conner, & Finlay's study cited in Dwyer and Williams, 2001)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นทฤษฎีหลักที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ (O'Boyle, Henly, & Larson, 2001; Rhodes & Courneya, 2004) เช่น การยอมรับการรักษาของผู้ป่วยที่เข้าคลินิกสุขภาพ (Kagee, 2006) การใช้ถุงยางอนามัย (Jemmott et al., 2007) และการใช้ถุงมือในกลุ่มผู้ดูแลด้านสุขภาพ (Watson, & Myers, 2001) เป็นต้น รวมถึงพฤติกรรมด้านอื่นๆ เช่น การแสดงออกถึงความตั้งใจในกลุ่มผู้เรียนระดับมัธยมศึกษา (Tsorbatzoudis, 2005) การทำนายการอุทิศตนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร (Greenslade & White, 2005) และความตั้งใจในการนำระบบระบบเครื่องเก็บเงินค่าผ่านทางด่วนอัตโนมัติมาใช้ (Chen, Fan, & Farn, 2007) เป็นต้น ซึ่งตัวกำหนดความตั้งใจตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ตัว ดังนี้

1. ทักษะคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior, A_B) เป็นการประเมินความรู้สึกความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ว่าเป็นไปในทางบวกหรือลบ (O'Boyle et al., 2001; Ogden, 2000) หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือเห็นด้วยหรือต่อต้านต่อการกระทำนั้นๆ ทักษะคติต่อพฤติกรรมจึงนับเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีองค์ประกอบย่อย 2 ประการคือ

1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (behavioral beliefs of consequences) เป็นความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อพฤติกรรม หากบุคคลเชื่อว่าถ้ากระทำพฤติกรรมหนึ่งๆแล้วจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดีก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น เช่นถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับถุงยางอนามัยว่าจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ บุคคลก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อการพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย (Bosompra, 2001) ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่ากระทำพฤติกรรมนั้นมีผลในทางลบ ก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น พิซบาเยนและเอจเซน เสนอไว้ว่าเมื่อต้องการทราบทัศนคติของบุคคลต่อการกระทำจำเป็นต้องประเมินจากความเชื่อเด่นชัด (salient beliefs) ของบุคคลต่อสิ่งนั้นเพราะความเชื่อเด่นชัดเป็นส่วนที่อยู่บนสุดภายในจิตใจของบุคคล และจะเป็นตัวกำหนดใกล้ชิด (immediate determinant) ซึ่งได้มาจากการให้กลุ่มบุคคลตอบคำถามเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องผลดี ผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรม

จากนั้นนำมารวบรวมหาความเชื่อที่มีความถี่สูง และสามารถนำความเชื่อเหล่านี้ไปสร้างเป็นมาตรวัดทัศนคติต่อไปได้ นอกจากนี้ความเชื่อเด่นชัดจะต้องมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมที่ศึกษา ในองค์ประกอบด้านการกระทำ เป้าหมายของการกระทำ บริบทและเวลา จึงจะได้ชุดของความเชื่อเด่นชัดที่เป็นพื้นฐานของทัศนคติของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงความเชื่อมั่นของบุคคลที่มีต่อผลของการกระทำตามความเชื่อนั้น (Strength of Beliefs) (Fishbein & Ajzen, 1975)

1.2 การประเมินผลลัพธ์ของการกระทำพฤติกรรม (Outcome evaluations) เป็นการประเมินหรือวินิจฉัยของบุคคล หากบุคคลประเมินความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ แล้วจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางบวกแก่ตนเองมากที่สุด ก็จะมีทัศนคติทางบวกต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น

ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคลเป็นความน่าจะเป็นโดยตรงที่ขึ้นอยู่กับผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม กับการประเมินผลลัพธ์ของการกระทำพฤติกรรมตามความเชื่อนั้น

2. บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm, SN) เป็นการประเมินของบุคคลว่ากลุ่มอ้างอิงหรือบุคคลอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อตนคิดว่าตนควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้นๆ นั่นคือถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ มีความสำคัญต่อตนสนับสนุนให้ตนกระทำพฤติกรรมใด บุคคลนั้นก็จะรับรู้ถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงว่าเห็นสมควรให้ตนกระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen & Fishbein, 1980) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงจึงนับเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เป็นผลมาจากองค์ประกอบย่อยดังนี้

2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (normative beliefs) เป็นความเชื่อที่ว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตนคิดว่าเขาควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรม เมื่อบุคคลเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงคิดว่าตนควรจะทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นแล้ว บุคคลก็จะรับรู้ถึงแรงกดดันจากสังคมว่าจะให้กระทำหรือไม่กระทำเช่นนั้น (Ajzen & Fishbein, 1980) การสร้างให้เกิดบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงนี้ บุคคลต้องพิจารณาความคาดหวังที่เป็นความเชื่อของบุคคลอื่นๆ รอบตัว ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่สำคัญกับตน ซึ่งเรียกว่ากลุ่มอ้างอิงเด่นชัด (Salient Referents) โดยทฤษฎีนี้เชื่อกันว่ากลุ่มอ้างอิงเด่นชัดนี้เท่านั้นที่จะมีอิทธิพลต่อบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เนื่องจากจะให้น้ำหนักในการทำนายเกี่ยวกับบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมากกว่าบุคคลอ้างอิงที่ไม่สำคัญ (Fishbein & Ajzen, 1975)

2.2 แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (motivations to comply with the referents) เป็นแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง ซึ่งบุคคลจะมีแรงจูงใจเพียงเล็กน้อยหรือไม่เลย ที่จะกระทำตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงที่ไม่สำคัญ

บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง เป็นความน่าจะเป็นโดยตรงที่เกิดจากผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การวัดบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงจะต้องเป็นเรื่องเดียวกันกับองค์ประกอบของพฤติกรรม ในด้านการกระทำ เป้าหมาย บริบท หรือเนื้อหา และเวลาเดียวกัน

3. การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control, PBC) เป็นตัวกำหนดที่เพิ่มขึ้นจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรม (Ajzen, 1991) ทั้งในรูปของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายใน หมายถึงความสามารถ ทักษะหรือข่าวสารที่บุคคลได้รับ ส่วนปัจจัยภายนอก หมายถึงโอกาสหรืออุปสรรคที่บุคคลประสบ (Povey, Conner, Sparks, James, & Shepherd, 2000) การควบคุมปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกจะมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมหรือประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต ความรู้ สมรรถนะ และการคาดคะเนถึงโอกาสรวมถึงปัจจัยขัดขวางและอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรม (Ajzen and Madden, 1986; Chau and Hu, 2001) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจึงมีความใกล้เคียงกับการรับรู้ความสามารถของตน (Self Efficacy) (Ogden, 2000; Rhodes & Courneya, 2004) อันเป็นผลมาจากองค์ประกอบย่อยดังนี้

3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (control belief หรือ C) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการมีหรือไม่มีทรัพยากรหรือโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรม (Ajzen, 1991; Wiethoff, 2004) หรือความเชื่อในด้านทักษะพิเศษ เช่นกลุ่มวัยรุ่นมีความมั่นใจว่าพวกเขาสามารถใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างถูกวิธีโดยไม่ทำให้เสียอารมณ์ทางเพศ (Sanderson & Jemmott's study cited in Jemmott et al., 2007) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีต การบอกเล่าของผู้อื่น การสังเกต ยิ่งบุคคลมีความเชื่อว่าเขามีทรัพยากร โอกาส หรือมีปัจจัยต่างๆ ที่มีประโยชน์ และมีอุปสรรคน้อย เขาจะเชื่อว่าเขาสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้ดี (Ajzen, 1991)

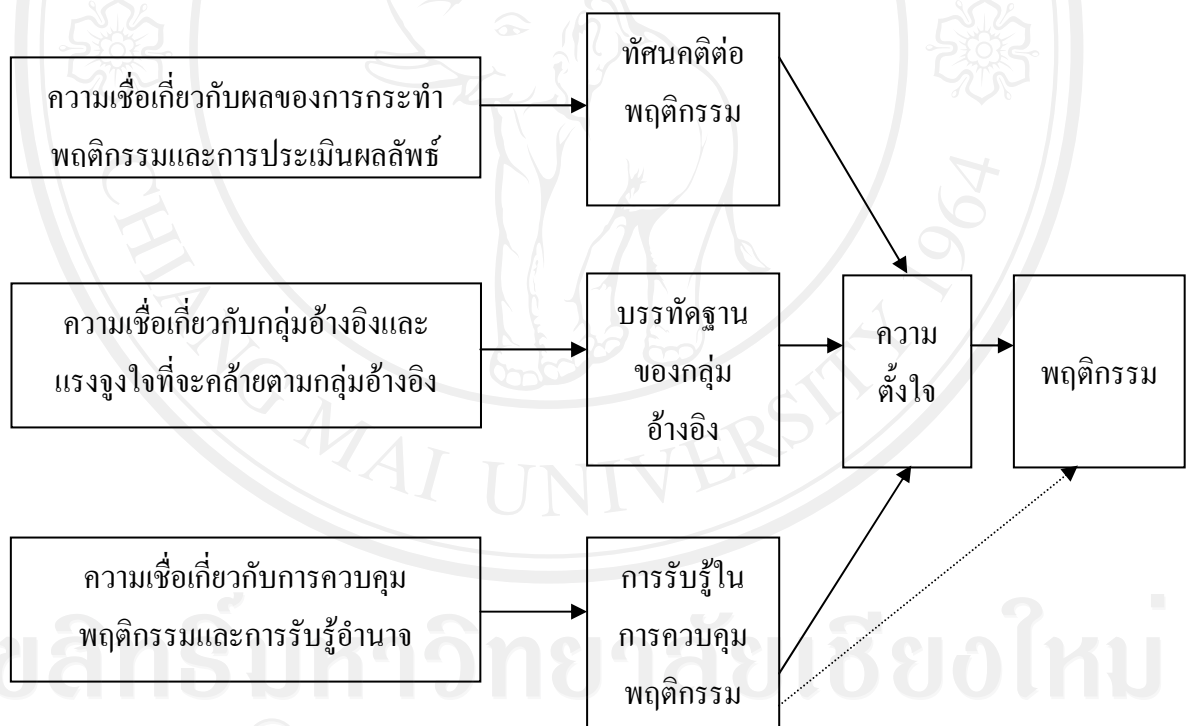
3.2 การรับรู้อำนาจ (perceived power หรือ P) เป็นกระบวนการทางความคิดแปลความหมายของบุคคลในการประเมินความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จ เช่นกลุ่มวัยรุ่นมีความเชื่อมั่นว่าพวกเขาสามารถชักจูงให้คู่นอนของเขาใช้ถุงยางอนามัยได้ (Jemmott et al., 2007)

อาจสรุปได้ว่า การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลมาจากผลรวมของผลคูณระหว่าง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม กับ การรับรู้อำนาจ

การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมมีความหมายในแง่แรงจูงใจสำหรับความตั้งใจ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนไม่มีทรัพยากรหรือขาดโอกาสที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ บุคคลก็มักจะไม่มี ความตั้งใจที่หนักแน่นในการที่จะทำพฤติกรรมนั้น แม้ว่าจะมีทัศนคติต่อพฤติกรรมในทางบวกและเชื่อว่า

คนที่สำคัญสำหรับตนยินดีให้ทำพฤติกรรมนั้นก็ตาม ดังนั้นการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับความตั้งใจโดยไม่ผ่านทัศนคติต่อพฤติกรรม หรือ บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง นอกจากนี้การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมอาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมโดยไม่ผ่านความตั้งใจ โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลมีการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมตรงกับความจริงหรือมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง (ลูกศรเส้นไขว้ปลาในแผนภาพที่ 1) (Ajzen, 1988) และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมจะมากขึ้นถ้าทำการวัดตัวแปร 2 ตัวนี้ในช่วงเวลาสั้นๆ (Randall and Wolff's study cited in Nache, Bar-Eli, Perrin, & Laurencelle, 2005)

เอจเซน (Ajzen, 1988) ได้สรุปโครงสร้างการทำนายที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ดังนี้



แผนภาพที่ 1 โครงสร้างปัจจัยทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Ajzen, 1988)

องค์ประกอบหลักตามโครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีความเป็นอิสระต่อกัน โดยที่น้ำหนักของความสำคัญขององค์ประกอบหลักทั้งสามอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล หรือแต่ละกลุ่ม โดยที่บางกลุ่มอาจมีปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพล ดังการศึกษาปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศแคนาดา ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในการควบคุม

พฤติกรรมเท่านั้นที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (Courneya et al., 2004) บางพฤติกรรมมีปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนาย 2 ปัจจัย เช่น การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของเยาวชนยูกันดา ที่พบว่ามีเพียงทัศนคติต่อพฤติกรรมและการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมที่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการบริโภคน้ำตาลได้ (Astrom and Okullo, 2004) และการศึกษาของร็อดเดส แมคโดนัลด์ และ แมคเคย์ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในเวลาว่างและพฤติกรรมของเด็ก พบว่าบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) (Rhodes, Macdonald and Mckay, 2006) รวมทั้งการศึกษาของกนิษฐ ศรีปานแก้ว (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าทัศนคติต่อการประเมินความเจ็บปวดและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 16.8 หรือปัจจัยทั้งสามอาจมีอำนาจในการทำนายทั้งหมด ดังเช่นการศึกษาของ Kagee (2006) ในการทำนายการยอมรับการรักษาของผู้ป่วยที่เข้าคลินิกสุขภาพ พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมสามารถอธิบายความแปรปรวนความตั้งใจในการยอมรับการรักษาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 47 นั่นคือทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงและ การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมอาจเป็นตัวกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมโดยมีน้ำหนักของความสำคัญในแต่ละพฤติกรรมไม่เท่ากัน เช่นทัศนคติต่อพฤติกรรมบางพฤติกรรมอาจมีน้ำหนักของความสำคัญต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมากกว่าบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ในทางตรงกันข้ามอาจพบว่าบางพฤติกรรมบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงอาจมีน้ำหนักของความสำคัญต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมากกว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม เป็นต้น

เอจเซนได้สังเคราะห์งานวิจัย 16 เรื่อง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 ถึง ค.ศ. 1991 เพื่อแสดงให้เห็นการทำนายความตั้งใจ จากตัวแปรทั้ง 3 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพหุคูณระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจอยู่ระหว่าง 0.43 ถึง 0.94 โดยมีความสัมพันธ์ปานกลาง และเมื่อเพิ่มตัวแปรรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเข้าไป ยิ่งเพิ่มการทำนายความตั้งใจได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (สุปรียา ตันสกุล, 2539 อ้างในพนารัตน์ สมบูรณ์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของวาเบอร์ตันและเทอรี่ (Warburton & Terry, 2000) ที่ได้ทดสอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายความตั้งใจการตัดสินใจเป็นอาสาสมัครของผู้สูงอายุในออสเตรเลีย พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม และบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเป็นอาสาสมัครได้ร้อยละ 33 เมื่อเพิ่มตัวแปรการรับรู้ในการควบคุม

พฤติกรรมเข้าไปสามารถทำนายความตั้งใจในการเป็นอาสาสมัครเพิ่มเป็นร้อยละ 55 นอกจากนี้ อาร์มิตhek และคอนเนอร์ (Armitage & Conner, 2001) ได้รายงานไว้ว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมคิดเป็นค่าเฉลี่ยได้ร้อยละ 39 และ 27 ตามลำดับ

ในบางกรณีอาจมีปัจจัยภายนอก (external variables) เข้ามาเกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อ การกระทำพฤติกรรม ได้แก่ 1) ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ศาสนา และระดับการศึกษา เป็นต้น 2) ทักษะติดต่อเป้าหมายอื่นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น เช่น ทักษะติดต่อบุคคล ทักษะติดต่อสถานที่ ทักษะติดต่อการเมือง และทักษะติดต่อสถาบัน เป็นต้น 3) ลักษณะของบุคลิกภาพ เช่น ลักษณะเป็นคนก้าวร้าว การเป็นคนเชื่อมั่นในตนเองสูง ลักษณะเก็บตัวหรือเปิดเผยตัวเอง และเผด็จการ เป็นต้น ตัวแปรเหล่านี้ไม่ได้เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมโดยตรง แต่จะมีอิทธิพลทางอ้อมเท่านั้น กล่าวคือตัวแปรเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมได้ ถ้าตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเฉพาะอื่นๆในทฤษฎี คือทักษะติดต่อพฤติกรรม หรือบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง อย่างใดอย่างหนึ่ง และจะส่งผลถึงพฤติกรรมเมื่อสหสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจและพฤติกรรมมีค่าสูง (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการนำรูปแบบการทำนายความตั้งใจตามแนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาศึกษา ดังนี้

กนิษฐ ศรีปานแก้ว (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย หลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องฟ้องในหอ ศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมเฉพาะทาง จำนวน 90 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ พยาบาลมีเจตคติ ต่อการประเมินความเจ็บปวดทางบวกในระดับปานกลาง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางบวกใน ระดับปานกลาง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางบวกในระดับปานกลาง และมีความตั้งใจในการ ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ ตั้งใจของพยาบาล ในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ($r = .338$.328 และ .284 ตามลำดับ) และเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดและการ คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 16.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสร้างสมการทำนาย ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้ ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด = .260 (เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด) + .245 (การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง)

นภมาศ ศรีขวัญ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง จำนวน 90 ราย ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิงถูกต้องระดับปานกลาง วัยรุ่นหญิงมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักในระดับต่ำ มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมลดน้ำหนักในวัยรุ่นหญิง ($r=.283$, $p<.05$) ทัศนคติต่อพฤติกรรมลดน้ำหนัก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมลดน้ำหนักในวัยรุ่นหญิงได้ร้อยละ 8.9 ($R^2=.089$, $F=2.792$, $p<.05$)

เจมมอทท์ และคณะ (Jemmott et al., 2007) ศึกษาการทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชนเผ่าโซชาในประเทศอาฟริกาใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในโรงเรียนรัฐบาล เมืองมะดันท์ชาน ประเทศอาฟริกาใต้ ที่มีอายุเฉลี่ย 12.1 ปี จำนวน 390 คน ที่ตอบแบบสอบถามโดยไม่ระบุชื่อผู้ตอบ พบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทัศนคติต่อพฤติกรรมและการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 37 ขณะที่บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถจะทำนายได้ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนจึงเป็นโมเดลที่เป็นประโยชน์ในการอธิบายใช้ถุงยางอนามัยของหมู่วัยรุ่นชนเผ่าโซชา

โกว และคณะ (Guo et al., 2007) ศึกษาการใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจีน เนื่องจากหนึ่งในสามของผู้สูบบุหรี่ของโลกอยู่ในประเทศจีน ตัวชี้วัดการสูบบุหรี่จึงมีความสำคัญมากในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย จากจำนวน 7 เขตภูมิภาคที่แตกต่างกันทางภูมิศาสตร์ในประเทศจีน จำนวน 14,434 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 51.4 ทดสอบและเปรียบเทียบทั้งสองทฤษฎีโดยการวิเคราะห์หลายระดับ ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองทฤษฎีมีผลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ ($p<0.001$) โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แต่ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลสามารถทำนายการสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในระดับต่ำได้ดีกว่านักเรียนที่มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่สูง

เชน ฟาน และ ฟาร์น (Chen, Fan, & Farn, 2007) ศึกษาการทำนายการนำเครื่องเก็บเงินค่าผ่านทางด่วนอัตโนมัติไปใช้บริการโดยการบูรณาการโมเดลการยอมรับเทคโนโลยีและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในประเทศไต้หวัน ถึงแม้ว่าระบบนี้จะเกิดประโยชน์สูงกับนักขับจักรยานยนต์แต่มีการนำมาใช้น้อยมากโดยเฉพาะในระยะแรกเริ่มที่มีการแนะนำระบบมาบริการ จุดประสงค์การศึกษานี้เพื่อยกระดับความเข้าใจเกี่ยวกับความตั้งใจอย่างจริงจังของผู้ขับจักรยานยนต์ในการยอมรับการนำระบบเครื่องเก็บเงินค่าผ่านทางด่วนอัตโนมัติมาบริการ โดยการบูรณาการภาพที่เหมือนจริงทั้งในโมเดลการยอมรับเทคโนโลยีและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนจากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้ขับจักรยานยนต์บนทางหลวงที่ไม่ได้ติดตั้งแผ่นบริการ ในการรับบริการระบบเครื่องเก็บเงินค่าผ่านทางด่วนอัตโนมัติในประเทศไต้หวันพบว่า ระบบบริการประโยชน์การบริการ และความสะดวกในการใช้บริการ มีผลการตอบรับเชิงบวกต่อทัศนคติผู้ขับจักรยานยนต์ในการบริการระบบ ETC โดยทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการตั้งใจในการนำระบบระบบเครื่องเก็บเงินค่าผ่านทางด่วนอัตโนมัติมาใช้

ลูซซึนสกา และ กันซัน (Luszczynska & Gunson, 2007) ศึกษาการทำนายการขอร้องบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการล้างมือก่อนตรวจโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 171 คน ผู้ป่วยร้อยละ 59 คิดเชื่อสแตร์ปิโลค็อกคัสที่ดื้อต่อยาเมทิซิลลิน (Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*, [MRSA]) และมีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54 ที่มีการติดต่อกับสมาคมผู้ป่วยและกลุ่มช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ MRSA ผลการศึกษามีดังนี้ ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนสามารถทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมได้ดีที่สุด ยกเว้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ MRSA ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ MRSA เป็นตัวทำนายเพียงตัวเดียวของพฤติกรรม และพบว่าความแปรปรวนของพฤติกรรมสูงเป็น 2 เท่าในระหว่างผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ป่วยสูงอายุ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นข้อจำกัดของค่าการทำนายของ TPB ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผลการศึกษานับสนุนความสำคัญของความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการเพิ่มความเชื่อในการควบคุมพฤติกรรมอาจช่วยส่งเสริมการให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการขอร้องบุคลากรทางการแพทย์ในการล้างมือเพิ่มขึ้น กิจกรรมในการป้องกันเชื้อ MRSA ควรจะมีเป้าหมายในการให้ความรู้ที่แตกต่างออกไป ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยและสถานะการติดเชื้อ MRSA ก็ได้

จิ้นน์ วินเซนท์ และ จอร์เจนเซน (Guinn, Vincent, & Jorgensen, 2007) ศึกษาการทำนายความตั้งใจและการออกกำลังกายของสตรีอเมริกันเม็กซิกันที่มีรายได้ต่ำ จำนวน 304 ราย

จากการตอบแบบสอบถามจำนวน 201 หัวข้อ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโมเดลโครงสร้างสมการ พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม เป็นตัวทำนายความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายที่ดีที่สุด ดังนั้นในการส่งเสริมการออกกำลังกายในสตรีอเมริกันเม็กซิกันกลุ่มนี้ จึงควรเน้นไปที่ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายที่จัดขึ้น และให้สตรีกลุ่มนี้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ

คาเกี (Kagee, 2006) ศึกษาการทำนายความตั้งใจในการยอมรับการรักษาของผู้ป่วยที่เข้าคลินิกสุขภาพปฐมภูมิใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในกลุ่มตัวอย่างที่อดีตเป็นคนด้อยโอกาสชาวแอฟริกาใต้ในเมืองเวสเทินเคป (Western Cape) ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 117 ราย ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมสามารถอธิบายความแปรปรวนความตั้งใจและพฤติกรรมในการยอมรับการรักษาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 47 และ 23 ตามลำดับ การค้นพบนี้ได้นำเสนอในบริบทของการนำโมเดลไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมในโลกประเทศอุตสาหกรรมที่เจริญแล้ว และทดสอบกับผู้ป่วยที่เป็นชนชั้นกลางในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศแอฟริกาใต้

ร็อดเดส แมคโดนัลด์ และ แมคเคย์ (Rhodes, Macdonald & McKay, 2006) ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการประกอบกิจกรรมการออกกำลังกายในเวลาว่างและพฤติกรรมของเด็ก และผลกระทบของเพศและชาติพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างอายุ 9-11 ปี ในประเทศแคนาดา จำนวน 364 ราย ประกอบด้วย ชาวเอเชียจำนวน 230 ราย และชาวคอเคเซียน 134 ราย ที่ผ่านการวัดผลของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกิจกรรมการออกกำลังกายและความตั้งใจในการใช้โมเดลโครงสร้างสมการได้ร้อยละ 35-50 และ 74-76 ตามลำดับ อีกทั้งพบว่าบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) และพบว่าเพศไม่มีสัมพันธ์กับความตั้งใจหรือกิจกรรมการออกกำลังกาย แต่ชาติพันธุ์มีผลต่อกิจกรรมการออกกำลังกายผ่านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากชาติพันธุ์เอเชีย มีความกระตือรือร้นน้อยกว่าชาติพันธุ์คอเคเซียน ข้อเสนอแนะของการศึกษานี้คือวัยเด็กอาจเป็นขั้นเริ่มต้นในการพัฒนากิจกรรมการออกกำลังกาย และมีการส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายในเด็กให้เป็นไปตามปกติและอยู่ในการควบคุม

โอ แคลลาแกน และ นีอัสบาล์ม (O' Callaghan & Nausbaum, 2006) ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมในการสวมหมวกกันน็อกของวัยรุ่นในประเทศออสเตรเลีย เนื่องจากกฎหมายได้บัญญัติให้สวมหมวกกันน็อก เพื่อลดอุบัติเหตุการบาดเจ็บศีรษะ แต่ก็มียุโรปเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีพฤติกรรมในการสวมหมวกกันน็อก การศึกษานี้ทบทวนทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

พฤติกรรมองค์การและกระบวนการตัดสินใจของมนุษย์ เพื่อค้นหาการตัดสินใจของการใช้หมวกกันน็อก จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา ในปีที่ 8 และปีที่ 11 จำนวน 294 คน ประเมินโดยการตอบแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโครงการที่ผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมที่ผ่านมา สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้หมวกกันน็อก และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมที่ผ่านมาทำนายพฤติกรรมการใช้หมวกกันน็อกของวัยรุ่นได้ สรุปได้ว่าการใช้หมวกกันน็อกอย่างเป็นจริงเป็นจัง และการสร้างความมั่นใจให้วัยรุ่นสามารถเอาชนะการรับรู้อุปสรรคในการใช้หมวกกันน็อก จะช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการสวมหมวกกันน็อกมากขึ้น

บรัก เวท นอยเจอร์ และ เวอร์เพลนเก้น (Brug, Vet, Nooijer, & Verplanken, 2006) ศึกษาปัจจัยทำนายการบริโภคผลไม้ ในองค์ประกอบของความรู้ ความตั้งใจ และอุปนิสัย กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกกลุ่มวิจัยทางอินเทอร์เน็ตที่เป็นผู้ใหญ่ชาวฮอลแลนด์ได้จากกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 627 ราย ที่มีอายุระหว่าง 18-78 ปี โดยการเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการบริโภคผลไม้ไว้ และประเมินอีกครั้งใน 2 สัปดาห์ต่อมาโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองหลังจากได้รับแบบสอบถามทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ตัวแปร ประกอบด้วย ทศนคติ บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย อุปนิสัยถาวร ความตั้งใจ และการบริโภคผลไม้ วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับเส้นตรงและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า เพศ บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การยอมรับการเห็นด้วย ความคาดหวังที่แตกต่างกัน และอุปนิสัยถาวร มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลไม้วันละ 2 ครั้งขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าอายุ ความตั้งใจ และอุปนิสัยถาวร เป็นตัวทำนายการบริโภคผลไม้วันละ 2 ครั้งขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสรุปได้ว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคผลไม้ นอกจากนี้อุปนิสัยถาวร การคาดหวังในความสามารถแห่งตนที่แตกต่างกัน อาจมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคผลไม้ การส่งเสริมการบริโภคผลไม้ควรจะสำรวจกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมด้วย

กรีนสเลด และ ไวท์ (Greenslade & White, 2005) ศึกษาเรื่องการทำนายการออกกำลังกายเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 385 คนจาก 81 องค์กรในประเทศออสเตรเลีย ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1998) กับทฤษฎีบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครของเคลรี และสไนเดอร์ ปี 1991 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถาม 2 ครั้งไปยังอาสาสมัคร โดยครั้งที่ 1 วัดตัวแปรของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและตัวแปรบทบาทหน้าที่ ครั้งที่ 2 วัดพฤติกรรมการเป็นอาสาสมัครของเดือนที่ผ่านมา โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีส่วน

ของความแปรปรวนมากกว่าทฤษฎีบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถทำนายความตั้งใจในการอุทิศตนเป็นอาสาสมัครของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 74 โดยการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายได้สูงสุด รองลงมาคือทัศนคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.57 0.28 และ 0.20 ตามลำดับ ในขณะที่ทฤษฎีบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสามารถทำนายความตั้งใจในการอุทิศตนเป็นอาสาสมัครของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 20 สรุปได้ว่าทั้งทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและทฤษฎีบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร สามารถใช้เป็นโมเดลในการอุทิศตนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ออสตรุม และ โอคูลโล (Astrom & Okullo, 2004) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของเยาวชนชุกานดาโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 372 คนโดยการตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือน พบว่ามีเพียงทัศนคติต่อพฤติกรรมและการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรม ที่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการบริโภคน้ำตาลได้ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนความตั้งใจในการบริโภคน้ำตาลในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ได้ร้อยละ 58 และ 19 ตามลำดับ ขณะที่บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถจะทำนายได้

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

การทบทวนวรรณกรรมตามที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะพยายามกระทำพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดบุคคลจะตั้งใจและพยายามที่จะปฏิบัติให้ลุล่วง บุคคลจะรู้สึกภาคภูมิใจและให้ความสำคัญที่จะปฏิบัติสิ่งนั้นต่อไป และเมื่อบุคคลมีความเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตนมีความคาดหวังและสนับสนุนให้ตนกระทำพฤติกรรม บุคคลก็จะมี ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ประกอบกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมว่า หากบุคคลเชื่อว่าตนไม่มีทรัพยากรหรือเชื่อว่าตนมีอุปสรรคมากต่อการกระทำพฤติกรรม เขาก็ควรรับรู้ว่าเขาสามารถควบคุมที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขได้

ซึ่งในที่นี้ ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก ประกอบด้วย 1) ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก มีความหมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกลึกซึ้งของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก โดยการประเมินทางบวกหรือลบต่อการปฏิบัตินั้น ซึ่งอาจเป็นไปได้ในทิศทางบวกหรือลบก็ได้ หากอาสาสมัครสาธารณสุขมีทัศนคติในทางบวก ก็มีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก แต่ถ้ามีทัศนคติไปในทางลบแล้ว ก็มีแนวโน้มที่จะไม่มีความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก 2) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงต่อการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก หมายถึง การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขว่าบุคคลอื่นๆ ที่สำคัญกับตนเอง ต้องการหรือไม่ต้องการให้มีการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก บุคคลที่สำคัญในที่นี้ได้แก่ เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มองค์กรบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อำเภอ และ กลุ่มผู้นำชุมชน และ 3) การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก ซึ่งหมายถึง การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขว่าเป็นการยากหรือง่ายในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก โดยการสะท้อนจากประสบการณ์ที่เคยได้รับ การรับรู้อุปสรรคและปัจจัยที่ขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบกับพบว่าความตั้งใจเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลมีเจตนาและมีการวางแผนมากน้อยเพียงใดในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมจะคงอยู่จนกระทั่งถึงเวลาและ โอกาสที่เหมาะสม บุคคลจึงจะแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่สอดคล้องกับความตั้งใจ (Ajzen, 1988) โดยวิธีที่ดีที่สุดในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรม คือการศึกษาถึงความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งหากสามารถวัดความตั้งใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้วก็จะสามารถอธิบายพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องใกล้เคียงมากที่สุด (Salazar, 1991) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนก เพื่อการอธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพ ที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดงานวิจัย