

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี โดยผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก

- 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
- 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกัน
- 1.3 สถานการณ์โรคไข้หวัดนก
- 1.4 พฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดนก
- 1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดนก
- 1.6 บริบทชุมชนอำเภอพนมทวน
- 1.7 บทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ส่วนที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดนก

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดนก

- 3.1 เพศ
- 3.2 อายุ
- 3.3 ระดับการศึกษา
- 3.4 รายได้

3.5 อาชีพที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการติดโรคใช้หัวฉก

3.6 สิ่งแวดล้อม

3.7 พื้นที่อาศัย

ส่วนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคใช้หัวฉก

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรม

พจนานุกรมลองแมน (Longman) ได้ให้คำจำกัดความว่า “พฤติกรรมเป็นการกระทำหรือตอบสนองการกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคล และเป็นปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอก รวมทั้งเป็นกิจกรรมการกระทำต่างๆ ที่เป็นไปอย่างมีจุดหมายสังเกตเห็นได้หรือเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ผ่านการใคร่ครวญมาแล้ว หรือเป็นไปอย่างไม่รู้สึกรู้ตัว (Goldenson 1984 : 90).

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 15) ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรมหมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของมนุษย์ ไม่ว่าการกระทำนั้น ผู้กระทำจะทำได้โดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว และไม่ว่าคนอื่นจะสังเกตการกระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม เช่นการพูด การเดิน การกระพริบตา การไต่ยีน การเข้าใจ การรู้สึกโกรธ การคิด การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

สุรพล พยอมแย้ม (2545 : 18-20) การใช้คำว่าพฤติกรรม (Behavior) ในทางจิตวิทยานั้น หมายถึง การกระทำอันเนื่องมาจากการกระตุ้นหรือการจูงใจจากสิ่งเร้าต่างๆ การกระทำหรือพฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้ผ่านกระบวนการกลั่นกรอง ตกแต่งและตั้งใจที่จะทำให้เกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลอื่นได้สัมผัสรับรู้ พฤติกรรมของบุคคลจำนวนมากแม้จะกระทำด้วยสาเหตุและจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่จะมีลักษณะอาการแตกต่างกัน เมื่อบุคคล เวลา สถานที่ หรือสถานการณ์เปลี่ยนไป เนื่องจากการกระทำของบุคคลล้วนจะต้องผ่านกระบวนการคิดการตัดสินใจ อันประกอบด้วยอารมณ์และความรู้สึกของผู้กระทำพฤติกรรมนั้นๆ จึงทำให้พฤติกรรมของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน หรือปรับเปลี่ยนไปตามเรื่องราวที่เกี่ยวข้องเสมอ ด้วยเหตุผลที่ว่า พฤติกรรมแต่ละครั้งเกิดจากกระบวนการ ซึ่งหากพิจารณาแยกกระบวนการออกเป็นส่วนจะพบว่าประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. ส่วนการแสดงออกหรือกิริยาท่าทาง (Acting)
2. ส่วนการคิดที่เกี่ยวกับกิริยานั้น (Thinking)
3. ส่วนความรู้สึกที่มีอยู่ในขณะนั้น (Feeling)

กระบวนการเกิดพฤติกรรม

เมื่อบุคคลกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด การกระทำนั้นจะเป็นไปอย่างมีลำดับขั้นตอน และเป็นกระบวนการทั้งสิ้น ในกระบวนการเกิดพฤติกรรมแต่ละครั้งจะมีกระบวนการย่อยได้อีก 3 กระบวนการ คือ

1. กระบวนการรับรู้ (Perception Process) กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการเบื้องต้นที่เริ่มจากการที่บุคคลได้รับสัมผัสหรือรับข่าวสารจากสิ่งเร้าต่างๆ โดยผ่านระบบประสาทสัมผัส ซึ่งรวมถึงความรู้สึก (Sensation) กับสิ่งเร้าที่ได้สัมผัสนั้นด้วย

2 กระบวนการคิดและเข้าใจ (Cognition Process) กระบวนการนี้อาจเรียกได้ว่า “กระบวนการทางปัญญา” ซึ่งประกอบไปด้วยการเรียนรู้ การคิด และการจำ ตลอดจนการนำไปใช้ หรือเกิดการพัฒนาจากการเรียนรู้ต่างๆ ด้วย การรับการสัมผัสและการรับรู้ที่นำไปสู่การคิดและเข้าใจนี้เป็นระบบการทำงานที่มีความซับซ้อนมาก และเป็นกระบวนการภายในทางจิตที่ไม่ได้ศึกษาและสรุปเป็นคำอธิบายอย่างเป็นหลักที่ชัดเจนได้

3. กระบวนการการแสดงออก (Spatial Behavior Process) หลังจากผ่านขั้นตอนการรับรู้ การคิดและเข้าใจแล้ว บุคคลจะมีอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งที่ได้รับรู้นั้นๆ แต่ยังมีได้แสดงออกมาให้ผู้อื่นได้รับรู้อย่างเป็นพฤติกรรมที่อยู่ภายใน (Covert Behavior) แต่เมื่อได้คิดและเลือกที่จะแสดงการตอบสนองให้บุคคลอื่นสังเกต เรียกว่า พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอกนั้นเป็นเพียงหนึ่งของพฤติกรรมที่มีอยู่ทั้งหมดภายในตัวบุคคลนั้น เมื่อมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่ง การแสดงออกมาเพียงบางส่วนของที่มีอยู่จริงเช่นนี้ เรียกว่า Spatial Behavior

โดยแท้จริงแล้ว กระบวนการย่อยทั้ง 3 ขั้นตอนนั้นไม่สามารถแยกออกจากกันหรือเป็นอิสระต่อกันได้ เพราะการเกิดพฤติกรรมแต่ละครั้งจะมีความต่อเนื่องสัมพันธ์กันอย่างมาก

องค์ประกอบของพฤติกรรม

บลูม (Bloom 1975 : 65-197, อ้างถึงใน สิริินทร์ ศรีประสิทธิ์ 2545 : 31-32) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำขึ้นซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่สังเกตเห็นได้หรือไม่ พฤติกรรมดังกล่าวสามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา

2. พฤติกรรมทางด้านเจตคติ (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคล

3. พฤติกรรมด้านปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกายซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นสถานการณ์ที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือพฤติกรรมที่สามารถประเมินได้ แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่จะช่วยให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน เพราะพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับขบวนการการเรียนรู้ซึ่งสะสมมาตั้งแต่เด็ก และอีกประการหนึ่งพฤติกรรมของบุคคลนี้ถูกควบคุมและหล่อหลอมโดยสิ่งแวดล้อม ดังนั้น จึงมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล เช่น องค์ประกอบด้านจิตวิทยา องค์ประกอบด้านสังคม องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจและองค์ประกอบทางการศึกษา

ประเภทของพฤติกรรม

การกระทำหรือการแสดงออกของมนุษย์ทั้งทางความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิด คำพูด การกระทำท่าทางต่างๆ มีความสำคัญ เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการอยู่ร่วมกันในสังคม การจำแนกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล อาจจำแนกออกได้หลายลักษณะ ถ้าจำแนกโดยการอาศัยการสังเกตเป็นหลักสำคัญ ปรียาพร วงศ์บุตรโรจน์ (2521 : 7) ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมภายในหรือพฤติกรรมปกปิด (Covert Behavior) การกระทำที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งสมองจะทำหน้าที่รวบรวมและสั่งการ มีทั้งที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ และที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ซึ่งมีอยู่ในสมองของคน ไม่สามารถสังเกตเห็นได้

2. พฤติกรรมภายนอกหรือพฤติกรรมเปิดเผย (Overt Behavior) คือปฏิกิริยาของบุคคล หรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปรากฏออกมาให้บุคคลเห็นได้ทั้งทางวาจา การกระทำ ท่าทางต่างๆ เช่น การพูด การหัวเราะ การกินอาหาร การรักษาความสะอาด การปลูกต้นไม้ พฤติกรรม

ภายนอกเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ในการที่จะอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น และเป็นสาเหตุสำคัญในการอนุเคราะห์โลกหรือนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรม คือ การกระทำหรือพฤติกรรมใดๆ ของบุคคล ไม่ว่าการกระทำนั้นจะทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว หรือจะสามารถสังเกตเห็นการกระทำนั้นได้หรือไม่ได้ และไม่ว่าจะเป็นการกระทำที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ก็ตาม พฤติกรรมแสดงออกของบุคคลนอกจากมีพื้นฐานมาจากความรู้และทัศนคติของบุคคล และพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นจากขบวนการเรียนรู้ที่สะสมมาตั้งแต่เด็กแล้ว ยังเป็นผลมาจากปัจจัยทางด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่บุคคลได้รับ เช่น การสะสมความรู้และประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ การรับข่าวสารรวมทั้งสถานการณ์ที่บุคคลได้รับและนำไปสู่การพัฒนาทักษะทางสังคมที่แตกต่างกัน

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกัน

ความหมายของการป้องกัน

แฮริส และกูเทน (Harris and Guten 1979, อ้างถึงใน อำนาจ ภูศรี 2547 : 18) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมในเชิงการป้องกัน (Protective Behavior) โดยหมายถึงการกระทำใดๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอที่มีวัตถุประสงค์ให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974 : 330 – 335, อ้างถึงใน สรินทร ศรีประสิทธิ์ 2545 : 33) กล่าวว่า การที่บุคคลจะหาทางหลีกเลี่ยงหรือป้องกันโรคนั้นขึ้นอยู่กับว่าเขาคิดว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าจะทำความเสียหายให้แก่ชีวิต มองเห็นประโยชน์ของการกระทำเพื่อลดความเสี่ยงความรุนแรงของโรค และประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นได้

เบคเกอร์และคณะ (Becker et al. 1975 : 10 -21) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้วจะเป็นอันตรายต่อชีวิต และพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นจะเป็นประโยชน์แก่เขา แรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมจากปัจจัยร่วมอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ เป็นต้น และปัจจัยกระตุ้นได้แก่ ข่าวสาร และความรู้ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ

ระดับการป้องกัน

แคปแลน (Caplan 1964 , quoted in Bloom 1996 : 2-3) ได้แบ่งระดับการป้องกันทางจิตวิทยาออกเป็น 3 ระดับดังนี้คือ

1. การป้องกันเบื้องต้น (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันปัญหา ก่อนล่วงหน้าที่จะเกิดปัญหานั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโอกาส หรือ สภาพการณ์ที่เสี่ยง การป้องกันในขั้นนี้ เป็นการส่งเสริม ป้องกัน หรือเพิ่มพูนประสิทธิภาพ ไม่ให้เกิดปัญหา

2. การป้องกันระดับที่สอง (Secondary Prevention) หมายถึง การป้องกันในขั้นที่เน้น ไม่ให้ปัญหาที่เกิดขึ้นมาแล้วลุกลาม เป็นการลดอัตราการเกิดโรคของผู้ป่วยรายใหม่ ลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น

3. การป้องกันระดับที่สาม (Tertiary Prevention) หมายถึง การป้องกันที่มุ่งเน้นไม่ให้เกิดความรุนแรงของปัญหาในชุมชน มุ่งการบำบัดรักษา ไม่ให้ปัญหาลุกลาม และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้คืนสภาพเดิม

จากที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่า การป้องกันเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของบุคคลที่กระทำเพื่อหลีกเลี่ยงจากสิ่งทีอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง เพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การป้องกันโรค เป็นต้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร ส่วนวนิลขสิทธิ์

โรคริดติดต่อ
นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล (2535 : 2) ได้ให้ความหมายของโรคริดติดต่อ (Communicable disease) ไว้ว่าโรคริดติดต่อ คือโรคซึ่งเกิดจากเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อโรค (Toxic products) ชนิดหนึ่ง ชนิดใด ซึ่งสามารถถ่ายทอดจากคน, สัตว์, พืช, สิ่งของหรือแมลงที่เป็นโรคไปสู่คนปกติได้ โดยทางตรงและทางอ้อม

ประเภทของโรคติดต่อ

โรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ประกอบด้วยโรคซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศชื่อและอาการสำคัญไว้รวม 45 โรค คือ

- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| 1. อหิวาตกโรค | 24. ไข้รากสาดเทียม |
| 2. กาฬโรค | 25. ไข้รากสาดใหญ่ |
| 3. ไข้ทรพิษ | 26. สกิร์พไทฟัส |
| 4. ไข้เหลือง | 27. มูรินไทฟัส |
| 5. ไข้กาฬหลังแอ่น | 28. วัณโรค |
| 6. คอตีบ | 29. โรคเรื้อน |
| 7. ไอกรน | 30. ไข้จับสั่น |
| 8. โรคบาดทะยัก | 31. แอนแทรกซ์ |
| 9. โปлио | 32. โรคทริคิโนซิส |
| 10. ไข้หัด | 33. โรคकुดทะราด |
| 11. ไข้หัดเยอรมัน | 34. โรคเลปโตสไปโรซิส |
| 12. โรคคางทูม | 35. ซฟิลิส |
| 13. ไข้สุกใส | 36. หนองใน |
| 14. ไข้หวัดใหญ่ | 37. หนองในเทียม |
| 15. ไข้สมองอักเสบ | 38. กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง |
| 16. ไข้เลือดออก | 39. แผลริมอ่อน |
| 17. โรคพิษสุนัขบ้า | 40. แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ |
| 18. โรคตับอักเสบ | 41. โรคไข้กลับซ้ำ |
| 19. โรคตาแดงจากไวรัส | 42. โรคอุจจาระร่วง |
| 20. อาหารเป็นพิษ | 43. โรคแผลเรื้อรัง (แผลปากหนู) |
| 21. โรคบิดแบคทีเรีย | 44. โรคเท้าช้าง |
| 22. โรคบิดอมีบา | 45. โรคเอดส์ |
| 23. ไข้รากสาดน้อย | |

ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 ยังได้แบ่งโรคติดต่อบางโรคออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. โรคติดต่อต้องแจ้งความ ประกอบด้วยโรคซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 ให้เป็นโรคติดต่อต้องแจ้งความ รวมทั้งสิ้น 15 โรค คือ

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. อหิวาตกโรค | 9. โรคพิษสุนัขบ้า |
| 2. กาฬโรค | 10. ไข้รากสาดใหญ่ |
| 3. ไข้ทรพิษ | 11. แอนแทรกซ์ |
| 4. ไข้เหลือง | 12. โรคทริคิโนซิส |
| 5. คอตีบ | 13. ไข้กาฬหลังแอ่น |
| 6. โรคบาดทะยักในเด็กเกิดใหม่ | 14. โรคकुทูระโรคระยะติดต่อ |
| 7. โปлио | 15. โรคเอดส์ |
| 8. ไข้สมองอักเสบ | |

กระทรวงสาธารณสุขได้อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 และมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 ประกาศให้โรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งรวมถึงโรคไข้หวัดใหญ่ที่ติดต่อมาจากสัตว์ เป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 ประกาศ ณ วันที่ 26 มกราคม 2547 (กระทรวงสาธารณสุข 2547 : 1)

2. โรคติดต่ออันตราย ประกอบด้วยโรคซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 ให้เป็นโรคติดต่ออันตราย รวมทั้งสิ้น 4 โรค คือ

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1. อหิวาตกโรค (Cholera) | 3. ไข้ทรพิษ (Small pox) |
| 2. กาฬโรค (Plague) | 4. ไข้เหลือง (Yellow fever) |

นอกจากนี้ โรคติดตอยังอาจแบ่งตามกฎอนามัยระหว่างชาติ (International health regulations) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ เกี่ยวกับโรคติดต่อ เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2514 ไว้ดังนี้

1. โรคติดต่ออันตรายระหว่างชาติ (Internationally quarantinable diseases) ประกอบด้วย

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1. อหิวาตกโรค (Cholera) | 3. ไข้ทรพิษ (Small pox) |
| 2. กาฬโรค (Plague) | 4. ไข้เหลือง (Yellow fever) |

ทุกประเทศที่มีโรคเหล่านี้เกิดขึ้น จะต้องรีบรายงานองค์การอนามัยโลกโดยทันที

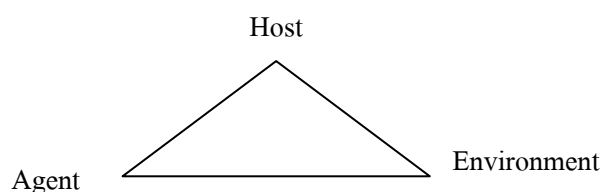
2. โรคที่อยู่ภายใต้การเฝ้าระวังขององค์การอนามัยโลก (Diseases undersurveillance by WHO) ประกอบด้วย

1. ไข้กลับซ้ำ (Relapsing fever)
2. ไข้รากสาดใหญ่ (Typhus)
3. โปลิโอมัยเอไลติส (Poliomyelitis)
4. ไข้มาลาเรีย (Malaria)
5. ไข้หวัดใหญ่ (Influenza)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค

ตามหลักของนิเวศน์วิทยา ซึ่งเป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคและการกระจายของโรคในชุมชน มี 3 ประการ คือ

1. สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent)
2. โฮสต์หรือมนุษย์ (Host)
3. สิ่งแวดล้อม (Environment)



ปัจจัย หรือองค์ประกอบสามเส้นทางระบาดวิทยา (Epidemiologic triad) จะมีความสัมพันธ์ในธรรมชาติตลอดเวลา ในภาวะปกติความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 3 ประการ จะอยู่ในสภาพสมดุล แต่ในภาวะผิดปกติจะเกิดความไม่สมดุล ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 3 ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งที่ทำให้เกิดโรคเปลี่ยนไป สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป หรือ ตัวโฮสต์มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดโรคหรือการระบาดของโรคในชุมชนได้

หลักการป้องกันโรคติดต่อ

การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อต้องอาศัยความเข้าใจเกี่ยวกับวงจรธรรมชาติของโรค (Natural history of disease) เพื่อให้ทราบถึงจุดที่จะเข้าดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค (Point of intervention) อันจะเป็นการตัดสายโซ่ของการติดต่อ (Chain of transmission)

วงจรธรรมชาติของโรค (Natural history of disease)

วงจรธรรมชาติหมายถึงวงจรการเกิดโรคธรรมชาติโดยเริ่มต้นจากคนปกติได้รับสาเหตุหรือองค์ประกอบต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค (Risk factors) ทำให้มีความไว (Susceptible) ต่อการติดเชื้อหรือเป็นโรค เมื่อเป็นโรคแล้วก็อาจมีความพิการ หาย หรือตายได้

วงจรธรรมชาติของโรค แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะที่มีความไวต่อการเกิดโรค (Stage of susceptibility)
2. ระยะก่อนมีอาการของโรค (Stage of preclinical disease)
3. ระยะที่มีอาการของโรค (Stage of clinical disease)
4. ระยะที่มีความพิการของโรค (Stage of disability)

1. ระยะที่มีความไวต่อการเกิดโรค (Stage of susceptibility)

ระยะนี้โรคยังไม่เกิดขึ้นหรือเป็นระยะก่อนเกิดโรค แต่มีปัจจัยหรือองค์ประกอบต่างๆ ที่ส่งเสริมการเกิดโรคขึ้น หรือเป็นสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรค เช่น

คนกินเหล้ามีโอกาasเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ได้ง่าย

ชายที่เที่ยวโสเภณีบ่อยๆ มีโอกาasเป็นโรคเอดส์ได้ง่าย

เด็กที่ไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคมีโอกาasเป็นโรคมกกว่าเด็กที่ได้รับการฉีดวัคซีน

ชาวบ้านที่ชอบกินปลาร้าดิบ, ปลาจ่อม มีโอกาasเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระยะนี้ตรงกับระยะก่อนมีพยาธิสภาพ (Prepathogenesis stage) ซึ่งระยะเวลายาวขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อโรค ระดับสุขภาพอนามัยของโฮสต์ จำนวนเชื้อโรคที่ได้รับ ตลอดจนระยะฟักตัวของโรค สำหรับโรคติดเชื้อ (Infectious disease) มักมีระยะฟักตัวสั้น ส่วนโรคไร้เชื้อ (Non infectious disease) มักมีระยะฟักตัวยาว

2. ระยะก่อนมีอาการของโรค (Stage of preclinical disease)

ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดง (Symptom and sign) ของโรคเกิดขึ้นให้เห็น การที่ทราบว่ามียาธิสภาพเกิดขึ้น ก็โดยการ

สำรวจหรือค้นหาผู้ป่วยในระยะแรกเริ่ม โดยใช้ Screening test เช่น การตรวจภาพรังสีปอดเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด, การทำ pap smear เพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเริ่ม

3. ระยะที่มีอาการของโรค (Stage of clinical disease)

ระยะนี้เป็นระยะที่มีพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นแล้วจึงเกิดมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับลักษณะและหน้าที่ของส่วนต่างๆ ของร่างกายตามชนิดของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง (Symptoms and signs) ให้เห็น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมาพบแพทย์ในระยะนี้ เนื่องจากมีอาการผิดปกติต่างๆ เกิดขึ้น

4. ระยะที่มีความพิการของโรค (Stage of disability)

ความพิการ ในที่นี้ก็คือการลดความสามารถในการประกอบกิจกรรมของบุคคลอย่างชั่วคราวหรือถาวร เนื่องจากภาวะเฉียบพลันหรือเรื้อรังของโรค ระยะนี้เป็นระยะหลังจากที่มีอาการของโรคเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยอาจได้รับหรือไม่ได้รับการตรวจรักษาโรคจากแพทย์ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาเร็วก็มีความพิการน้อยหรือไม่มี ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาช้าก็อาจพบความพิการมาก ผลที่ตามมาหลังจากเป็นโรค อาจแยกออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. พวกที่ป่วยเป็นโรคแล้วหายสนิท
2. พวกที่ป่วยเป็นโรคแล้วหายไม่สนิทมีความพิการเกิดขึ้นในระยะสั้นหรือระยะยาว
3. พวกที่ป่วยเป็นโรคแล้วมีอาการมากจนถึงแก่กรรม

1.3 สถานการณ์โรคไข้หวัดนก

ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2546 ถึงวันที่ 9 มีนาคม 2550 ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไข้หวัดนกทั้งสิ้น 21 คน เสียชีวิต 8 คน เป็นชาย 12 คน หญิง 9 คน อายุระหว่าง 1.5-58 ปี (เฉลี่ย 13.5 ปี) ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 11 คน อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 10 คน ผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ที่สงสัยป่วยตายจำนวน 10 คน (56%) มีระยะฟักตัวของโรคตั้งแต่ 2-10 วัน (เฉลี่ย 4 วัน) (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค 2548 : 29-30) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงประวัติเสี่ยงของผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนก 21 ราย

ลำดับ	อายุ (ปี)	ประวัติเสี่ยง
1	7	มีไก่ในละแวกบ้านตายผิดปกติ แต่ที่บ้านไม่ได้เลี้ยงไก่ ชอบเดินเล่นบริเวณที่อาจมีการปนเปื้อนมูลไก่ กลุ่มของผู้ป่วยที่อยู่ด้วยกันเป็นปอดอักเสบวันเริ่มป่วยห่างกัน 17 วัน
2	6	ไม่ได้เลี้ยงไก่ในบ้าน แต่อุ้มไก่ของญาติที่สงสัยว่าติดเชื้อ 2 วันก่อนป่วย
3	6	บ้านไม่ได้เลี้ยงไก่ ละแวกบ้านผู้ป่วยมีไก่ตายผิดปกติ แม่และป้าฆ่าและไก่ที่สงสัยติดเชื้อ 4 วันก่อนป่วย เก็บเนื้อไก่ไว้ในตู้เย็นที่บ้าน แม่เริ่มมีไข้พร้อมกับผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยปอดอักเสบ
4	58	ไก่ที่บ้านเริ่มทยอยตาย 5 วันก่อนป่วย นำไก่ไปฝัง และฆ่าและไก่ที่ป่วยเพื่อทำอาหารทุกวัน
5	6	อยู่โรงเรียนประจำกลับบ้านเฉพาะวันหยุด ไก่ที่บ้านผู้ป่วยเริ่มตาย 5 วันก่อนป่วยไม่เคยสัมผัสกับไก่โดยตรงแต่ชอบเล่นในพื้นที่ที่ฆ่าและไก่ที่สงสัยติดเชื้อ
6	13	10 วันก่อนป่วย ไก่ที่เลี้ยงเริ่มตาย 8 วัน ก่อนป่วย นำไก่มาฆ่าและทำอาหาร
7	27	ไก่ที่เลี้ยง ไม่ตาย 3 วันก่อนป่วยซื้อไก่สดมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของเชื้อ มาฆ่าและ แล้วนำมาเก็บไว้ในตู้เย็นเพื่อปรุงอาหาร
8	2	ไก่ที่บ้านเริ่มตาย 5 วันก่อนป่วย ผู้ป่วยชอบอุ้มไก่ และเล่นกับไก่ตลอด
9	4	ไก่บ้านและไก่ชนที่บ้านเริ่มตาย 4 วันก่อนป่วย ผู้ป่วยอุ้มไก่ที่สงสัยติดเชื้อ และไก่ตัวดังกล่าวได้ถูกนำไปทำอาหาร
10	47	ไก่ชนที่เลี้ยงเริ่มตายวันละ 5-10 ตัว 10 วันก่อนป่วยตายหมดแล้ว 3 วันก่อนป่วยเป็นคนนำไก่ไปฝังและทิ้งขยะเทศบาล
11	29	ไก่ชนและลูกเจี๊ยบที่เลี้ยงราว 20 ตัวเริ่มตาย 3 วันก่อนอุ้มไก่ไปฝังเองจนถึงวันเริ่มป่วย
12	39	ละแวกบ้านมีการเลี้ยงไก่ชน มีไก่ตายผิดปกติตั้งแต่ 2 เดือนก่อนป่วย 2 สัปดาห์ก่อนป่วยไม่มีไก่ตายผิดปกติ ไม่เคยสัมผัสกับไก่โดยตรง
13	18	เลี้ยงไก่ชน มีไก่ตายผิดปกติ 1 เดือน ก่อนป่วย 4 วันก่อนป่วยใช้ปากดูดเลือดและเสมหะจากไก่ชน
14	26	ไม่มีประวัติสัมผัสไก่ แต่สัมผัสและดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายไข้หวัดนกอย่างใกล้ชิด 4 วันก่อนป่วย

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ	อายุ (ปี)	ประวัติเสี่ยง
15	32	ไก่ที่เลี้ยงไว้ที่บ้านตาย 3 สัปดาห์ก่อนป่วย มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยเข้าข่ายไข้หวัดนก 8 วันก่อนป่วย
16	9	ไก่ที่บ้านตาย 1 สัปดาห์ก่อนป่วย มารดาฆ่าและเนื้อไก่แล้วเก็บไว้ในตู้เย็นที่บ้าน ผู้ป่วยไม่มีประวัติสัมผัสไก่โดยตรง
17	14	ไก่ที่บ้านผู้ป่วยตายผิดปกติ ผู้ป่วยนั่งทอดผ้าใต้ถุนบ้านเป็นประจำ แต่ไม่มีประวัติสัมผัสไก่โดยตรง
18	48	ไม่ได้เลี้ยงไก่ในบ้าน แต่นำไก่ที่ป่วยและตายของเพื่อนบ้าน มาเชือด ฆ่าและ ถอนขน นำมาประกอบอาหาร ส่วนที่เหลือเข้าสู่ตู้เย็น และนำไปตากแห้ง
19	6	ไม่ได้เลี้ยงไก่ในบ้าน ไม่มีประวัติสัมผัสไก่โดยตรง แต่คลุกคลีกับผู้ป่วย ที่ป่วยด้วยโรคไข้หวัดนก
20	50	บ้านเลี้ยงไก่ชน และไก่แจ้ ประมาณ 30 ตัว ไม่ได้สัมผัสโดยตรง แต่ทำกิจวัตรต่างๆ ได้ดินเซอร์รี่ ที่มีมูลไก่ชนปนเปื้อนตามพื้นดิน
21	1.5	บ้านเลี้ยงไก่ชน ไก่แจ้ และไก่พันธุ์เนื้อ อย่างละ 1 ตัว ผู้ป่วยไม่ได้สัมผัสไก่โดยตรง แต่ผู้ป่วยมักเดินเล่นด้วยเท้าเปล่า และเล่นกับเด็กวัยใกล้เคียงกัน ในบริเวณพื้นดินรอบบ้าน ซึ่งเป็นบริเวณที่ไก่ทั้ง 3 ตัว ออกหากิน

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, คู่มือการปฏิบัติงานโรคไข้หวัดนก สำหรับบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2548), 29.

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยยืนยันทั้ง 21 ราย พบว่าผู้ป่วย 13 ราย (76%) มีการเลี้ยงไก่ในบ้านที่อยู่อาศัย, ผู้ป่วย 10 ราย (59%) มีการสัมผัสกับซากไก่ที่ตาย และผู้ป่วย 3 ราย (18%) ทำการฆ่าและไก่ด้วยตนเอง ผู้ป่วยทุกรายมีลักษณะการสัมผัสกับแหล่งรังโรคที่สงสัยอย่างต่อเนื่อง ไม่พบผู้ป่วยยืนยันที่เป็นคนงานในฟาร์มสัตว์ปีก ผู้กำจัดสัตว์ปีกในช่วงการระบาด หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

อำเภอพนมทวน พบมีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในสัตว์ปีกหรือโรคไข้หวัดนก ตั้งแต่ปี 2547-2548 โดยพบสัตว์ปีกโดยเฉพาะไก่ป่วยและล้มตายเป็นจำนวนมาก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเชื้อโรคไข้หวัดนก H5N1 ส่วนในคนพบผู้ป่วยติดเชื้อโรคไข้หวัดนกจากสัตว์ปีก จำนวน 4 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็น 75% หลังจากพบเชื้อโรคไข้หวัดนก ทั้งในสัตว์ปีก

และในคน หน่วยงานจากภาครัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินการควบคุม ป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกทั้งในสัตว์ปีกและในคน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก และวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดนก ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้โดยตรง การประชาสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อป้องกันโรคไข้หวัดนกในพื้นที่เสี่ยง เสี่ยง ตามสาย วิถีชุมชน โปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับต่างๆ ให้แก่ประชาชนในอำเภอพนมทวน จนถึงปัจจุบัน (9 มีนาคม 2550) ยังไม่พบโรคไข้หวัดนกทั้งในสัตว์ปีกและในคน

1.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก

สุรเกียรติ์ อาษานานุกาพ (2547 : 27) สรุปได้ว่าประชาชนสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดนกได้โดยปฏิบัติดังนี้

ประชาชนทั่วไป

1. ไม่นำสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายมาฆ่าและเป็นอาหาร
2. เลือกซื้อเนื้อไก่สดที่ไม่มีลักษณะบ่งชี้ว่าอาจตายด้วยโรคติดต่อ เช่นเนื้อมีสีคล้ำ มีจุดเลือดออก สำหรับไข่ เลือกฟองที่สดใหม่ ก่อนปรุงนำมาล้างเปลือกให้สะอาด
3. แยกเขียงสำหรับหั่น ไก่ และเขียงสำหรับอาหารที่ปรุงสุกแล้ว
4. ระหว่างปรุงอาหารไม่ใช้มือจับต้องจุ่ม ตา
5. การกินไก่หรือสัตว์ปีก รวมทั้งไข่ และเครื่องในสัตว์ปีก ต้องปรุงให้สุกก่อนกิน เท่านั้น งดกินถึงสุกถึงดิบ เนื่องจากเชื้อโรคต่างๆ จะถูกทำลายด้วยความร้อน สำหรับไข่ไก่ก่อนปรุงควรนำมาล้างเปลือกไข่ให้สะอาดเสียก่อน และปรุงให้สุกก่อนกิน ซึ่งยังไม่พบผู้ป่วยจากการกินไข่ไก่ และเครื่องในที่สุกดีแล้ว
6. หมั่นล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากจับต้องเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ และเปลือกไข่ที่มีมูลสัตว์เปื้อน ไม่ใช้มือที่เปื้อนมาจับต้องจุ่ม ตา และปาก
7. เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักเป็นเด็ก เพราะเด็กมีนิสัยชอบคลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง รวมทั้งไก่และนก ดังนั้น พ่อ แม่ ผู้ปกครองควรระวังอย่างใกล้ชิด ไม่ให้เด็กเข้าไปบริเวณที่เลี้ยงสัตว์ปีก จับต้อง อุ้ม เล่น คลุกคลี หรือสัมผัสสัตว์ โดยเฉพาะสัตว์ที่ป่วยและตาย หากบังเอิญจับต้องสัมผัสสัตว์ ให้ล้างมือทุกครั้ง
8. หากมีอาการป่วยติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ปวดศีรษะ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล คัดจมูก หายใจลำบาก ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไม่ซื้อยากินเอง ให้รีบไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านทันที

ผู้ชำแหละไก่

ผู้ชำแหละไก่อาจมีความเสี่ยงจากการติดโรคจากสัตว์ จึงควรระมัดระวังขณะปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ไม่ซื้อไก่ที่มีอาการผิดปกติจากการติดเชื้อ เช่น ซึมหงอย ขนฟู หน้า หงอนหรือ เหนียงบวมคล้ำ มีน้ำมูกหรือจี้ไหล เป็นต้น หรือไก่ที่ตายมาชำแหละขาย
2. ไม่จ้วงสัตว์ปีกจำพวก ไก่ เป็ด ห่าน ที่รอชำแหละไว้ในกรงใกล้ๆ กัน เพราะจะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เชื้อโรคกลายพันธุ์ จนอาจเกิดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ๆ ที่เป็นอันตรายต่อทั้งคนและสัตว์ได้
3. ควรทำความสะอาดกรงหรืออุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอด้วยน้ำผงซักฟอก และนำไปฟึ่งแดดจัดๆ นอกจากนั้นอาจราดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคเดือนละ 1-2 ครั้ง
4. หากสัตว์ที่ชำแหละมีลักษณะผิดปกติ เช่น มีจุดเลือดออก มีน้ำเลือดคั่ง หรือจุดเนื้อตายที่เครื่องใน หรือเนื้อมีสีผิดปกติ ต้องไม่นำไปจำหน่าย และแจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์มาตรวจสอบทันที เพราะอาจเป็นโรคระบาด
5. ล้างบริเวณที่ชำแหละสัตว์ปีกให้สะอาดด้วยน้ำผงซักฟอกหลังเสร็จสิ้นการชำแหละ และควรราดน้ำยาฆ่าเชื้อโรคเดือนละ 1-2 ครั้ง
6. ผู้ชำแหละไก่ควรดูแลระมัดระวังตนเองอย่างถูกต้องโดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ แวนตา รองเท้าบูท และต้องหมั่นล้างมือบ่อยๆ
7. รับประทานอาหารด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งหลังปฏิบัติงานเสร็จ ส่วนเสื้อผ้าชุดเดิม พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ แวนตา ควรนำไปซักหรือล้างให้สะอาด และฟึ่งกลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

ผู้ขนย้ายสัตว์ปีก

ผู้ขนย้ายสัตว์ปีกควรระมัดระวังตนเองไม่ให้ติดโรคจากสัตว์และป้องกันการนำเชื้อจากฟาร์มหนึ่งไปยังอีกฟาร์มอื่นๆ ด้วย ควรปฏิบัติดังนี้

1. งดซื้อสัตว์จากฟาร์มที่มีสัตว์ตายมากผิดปกติ
2. เมื่อขนส่งสัตว์เสร็จในแต่ละวัน ต้องรีบล้างทำความสะอาดให้สะอาดด้วยน้ำผงซักฟอก สำหรับกรงขังสัตว์ควรราดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้ออีกครั้งหนึ่ง
3. ควรดูแลระมัดระวังตนเองอย่างถูกต้องโดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ รองเท้าบูท และหมั่นล้างมือบ่อยๆ

4. รับประทานอาหารด้วยน้ำและสมุนไพรให้สะอาด และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งหลังปฏิบัติงานเสร็จ ส่วนเสื้อผ้าชุดเดิมและเครื่องป้องกันร่างกายควรนำไปซักหรือล้างให้สะอาด ผึ่งกลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

เกษตรกรผู้เลี้ยงไก่

เกษตรกรผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงไก่ รวมทั้งผู้เลี้ยงไก่ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ในฟาร์มที่มีการระบาด เป็นกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการติดโรคจากสัตว์ บุคคลเหล่านี้ควรปฏิบัติโดยเคร่งครัด ดังนี้

1. เกษตรกรผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงไก่ ต้องป้องกันไม่ให้สัตว์อื่นๆ รวมทั้งนกทุกชนิด และสัตว์พาหนะนำโรค เช่น หนู เข้ามาในโรงเรือน เพราะอาจนำเชื้อโรคเข้ามาแพร่ให้ไก่ได้ นอกจากนั้นจะต้องรักษาความสะอาดในโรงเรือนให้ดียิ่งขึ้น และหากมีไก่ป่วยหรือตายไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ในพื้นที่ทันที ต้องไม่นำไก่ป่วยหรือตายออกมาจำหน่าย และกำจัดทิ้งตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อย่างเคร่งครัด เช่น อาจฝังให้ลึกแล้วรดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือปูนขาว หรือนำไปเผา เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อมาสู่สัตว์หรือคน

2. ผู้ที่เลี้ยงสัตว์หรือผู้ที่ต้องเกี่ยวข้องกับสัตว์ในฟาร์มที่มีการระบาดไม่ว่าจากสาเหตุใด ควรดูแลระมัดระวังอย่างถูกต้องโดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ แวนตา รองเท้าบู๊ต และหมั่นล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังจากจับต้องสัตว์ป่วยหรือซากสัตว์ที่ตาย

3. รับประทานอาหารด้วยน้ำและสมุนไพรให้สะอาด และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งหลังปฏิบัติงานเสร็จ ส่วนเสื้อผ้าชุดเดิม พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ แวนตา ควรนำไปซักหรือล้างให้สะอาด และผึ่งกลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดนก

งานวิจัยในประเทศไทย

ปราบดา ประภาศิริ และ คณะ (2547:บทคัดย่อ) ศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้ยีนข่าวเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก จังหวัดนครพนม โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ก่อนหน้าที่จะได้ยีนข่าวเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการสัมผัสสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายด้วยมือเปล่า นั้นปลอดภัย (ร้อยละ 40) แต่หลังจากที่ได้ยีนข่าวเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก คิดว่าการสัมผัสสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายด้วยมือเปล่า ปลอดภัย ลดลงเหลือร้อยละ 14 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังได้ยีนข่าวไข้หวัด

นก กลุ่มตัวอย่างที่เคยสัมผัสสัตว์ที่ตายด้วยมือเปล่า (ลดลงจากร้อยละ 39 เหลือร้อยละ 11) ร้อยละ 28 มีการสัมผัสโดยใช้ถุงมือ และเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเองจากการสัมผัสสัตว์ปีกดังกล่าวด้วยการสวมถุงมือ ร้อยละ 67 ป้องกันโดยสวมผ้าปิดจมูก ในขณะที่ร้อยละ 27 ไม่รู้จักวิธีป้องกัน กลุ่มตัวอย่างระบุว่า มีเด็กสัมผัสสัตว์ที่ตายด้วยมือเปล่า (เปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 6 เหลือร้อยละ 4) การนำไก่หรือสัตว์ปีกที่ตายในบ้านมาเตรียมเพื่อทำอาหาร (จากร้อยละ 12 เหลือร้อยละ 9) ยังใช้เขียงอันเดียวกันหั่นเนื้อสัตว์ปีกดิบในการเตรียมอาหารอื่น (ร้อยละ 33 เพิ่มขึ้นร้อยละ 42) และการล้างมือทันทีหลังจากที่เตรียมเนื้อไก่หรือสัตว์ปีกดิบ ไม่เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 77 และร้อยละ 81) โดยรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างระบุว่า หลังจากมีการระบาดของโรคไข้หวัดนก ตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสัมผัสสัตว์ปีก หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ปีกไปพอสมควร (ร้อยละ 31.6)

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี จำนวน 100 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า อายุเพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี ในกลุ่มสมรสโดยมีอำนาจทำนาย ร้อยละ 22.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าด้านอื่น คือร้อยละ 94 และ 93 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี โดยรวมพฤติกรรมสุขภาพและการสนใจติดตามข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง แต่พฤติกรรมด้านการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี ปานกลาง และไม่ดี ใกล้เคียงกัน

โสมสุดา สังขมณี (2536 : 11-13) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขต 11 ผลการศึกษาพบว่าประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านการตรวจรักษาพยาบาล และงานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และกว่าครึ่งจะไม่เคยผ่านการอบรมความรู้เรื่องโรคเอดส์มาก่อน และพบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบถึงความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนของเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมจะมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อดีกว่าผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บุญลือ ลิพหามน (2543 : 65) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีการดำเนินงานสุขศึกษาแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ มีการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อดำเนินการป้องกันโรคตลอดจนมีการรายงานผลการปฏิบัติงาน

ยุคันธร อินทรคุปต์ (2543 : 80-81) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีบทบาทในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน โดยมีบทบาทการให้คำปรึกษาหรือความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส แนะนำชาวบ้านกำจัดหนู เป็นผู้นำชาวบ้านกำจัดหนู แนะนำชาวบ้านนำสัตว์ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นผู้นำในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านและที่สาธารณะในหมู่บ้าน แนะนำวิธีการสังเกตพื้นที่เสี่ยงต่อโรค ผู้มีบาดแผลให้หลีกเลี่ยงสัมผัสแหล่งโรค การสวมเสื้อแขนยาวและสวมกางเกงขายาว การทำคอกสัตว์ห่างจากบ้าน การปกปิดอาหารเพื่อป้องกันการปนเปื้อนปัสสาวะจากหนู การดื่มน้ำต้มสุก จำนวนครั้งในการให้คำแนะนำหรือความรู้มีจำนวนครั้ง 3-4 ครั้งต่อปี ซึ่งถือว่ามีน้อย ด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยพบว่าการบริการรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยเป็นส่วนน้อย ส่วนมากมีการพาผู้ป่วยไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์โดยตรง บทบาทด้านการรายงาน พบว่ามีการรายงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนน้อย และมีการรายงานด้วยปากเปล่าเป็นส่วนใหญ่ทั้งนี้เพราะไม่มีแบบบันทึกรายงานผู้ป่วยหรือไม่เข้าใจวิธีการเขียนรายงาน หรือเขียนหนังสือไม่เป็น

วรจิตร หนองแก และผกาพันธ์ ชัยพรมมา (2544 : 86) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.4 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสแก่เพื่อนบ้าน มีการปฏิบัติน้อย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

สวัสดิ บุญฝัน (2542 : 46) ได้ศึกษาความรู้และบทบาทการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า บทบาทในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติได้ดีและเหมาะสมแล้ว คือร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ส่วนบทบาทที่ยังได้ปฏิบัติได้ไม่ดี คือ การแนะนำเผยแพร่และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรายงานผู้ป่วย

พิทักษ์พงศ์ พายุหะ (2546 : 59) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของผู้รับผิดชอบงานประจำสถานีอนามัยจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า การตรวจสอบและการนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน สามารถทำนุบำรุงการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

1.6 บริบทชุมชนอำเภอพนมทวน

อำเภอพนมทวน ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดกาญจนบุรี มีพื้นที่ 1,158 ตารางกิโลเมตร ทิศเหนือติดต่อกับอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดกาญจนบุรี ทิศใต้ติดต่อกับอำเภอดำรง อําเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ทิศตะวันออกติดต่อกับอำเภออุ้มทอน อําเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภอเมืองกาญจนบุรี อำเภอท่าม่วง อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี การปกครองส่วนภูมิภาค แบ่งออกเป็น 8 ตำบล 97 หมู่บ้าน ได้แก่ 1. ตำบลพนมทวน จำนวน 9 หมู่บ้าน 2. ตำบลหนองโรง จำนวน 17 หมู่บ้าน 3. ตำบลทุ่งสมอ จำนวน 4 หมู่บ้าน 4. ตำบลคอนเจี๋ย จำนวน 8 หมู่บ้าน 5. ตำบลพังตรุ จำนวน 19 หมู่บ้าน 6. ตำบลรางหวาย จำนวน 20 หมู่บ้าน 7. ตำบลหนองสาหร่าย จำนวน 8 หมู่บ้าน และ 8. ตำบลคอนตาเพชร จำนวน 12 หมู่บ้าน อำเภอพนมทวนมีจำนวนครัวเรือน 13,566 ครัวเรือน มีประชากรทั้งสิ้น 53,072 คน เป็นชาย 25,939 คน เป็นหญิง 27,133 คน มีสถานศึกษาทั้งหมด 39 แห่ง โดยจัดการศึกษาเป็นระดับประถมศึกษา ถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีโรงพยาบาลชุมชน 60 แห่ง จำนวน 1 แห่ง สถานีอนามัย 9 แห่ง

ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

ตำบลพังตรุ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ทิศเหนือติดต่อกับตำบลรางหวาย ทิศใต้ติดต่อกับบ้านทุ่งหนองข่า ตำบลพังตรุ ทิศตะวันออกติดต่อกับอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ทิศตะวันตกติดต่อกับตำบลคอนตาเพชร มีหมู่บ้านจำนวน 19 หมู่บ้าน 2,116 ครัวเรือน ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม อุดมสมบูรณ์ เนื่องจากมีลำคลองบ้านทวน ซึ่งเป็นลำน้ำสำคัญของพนมทวนไหลผ่าน ยาวประมาณ 30 กิโลเมตร ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพ ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ โดยเฉพาะการเลี้ยงสัตว์ประเภทไก่ เป็ด ซึ่งเป็นอาชีพที่สร้างรายได้ให้กับประชาชน การเลี้ยงไก่ การเลี้ยงเป็ด จะมีการเลี้ยงทั้งในฟาร์มปิด และเลี้ยงนอกฟาร์ม โดยจะเลี้ยงตามบ้านเรือน และเลี้ยงแบบไล่ทุ่ง คือ ไล่เลี้ยงตามทุ่งนาหลังจากที่เก็บเกี่ยวข้าวเสร็จแล้ว จะมีกุ่ม หอย ปู ปลา เป็นอาหารของสัตว์เลี้ยง ซึ่งในปัจจุบันตำบลพังตรุมีฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีกจำนวน 5 ฟาร์ม เลี้ยงสัตว์ปีกแบบไล่ทุ่งจำนวน 2 ราย และเลี้ยงสัตว์ปีกไว้ตามบ้านเรือน

เพื่อไว้เป็นอาหาร และเลี้ยงไว้ดูเล่น เกือบทุกหลังคาเรือน ซึ่งเป็นวิถีชีวิตของชาวพื้งครุที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา ในอดีตวิถีชีวิตดังกล่าวไม่ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ปัจจุบันเกิดโรคติดต่อของสัตว์ปีก ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่อันตรายร้ายแรง เมื่อสัตว์ปีกป่วยเป็นโรคนี้สามารถแพร่กระจายเชื้อมาสู่คนทำให้เสียชีวิตได้

1.7 บทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งที่อยู่ในครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและ ของสมาชิกในครอบครัว เป็นตัวอย่างของการดูแลสุขภาพตนเอง และให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นผู้ดูแล และให้คำปรึกษา ช่วยเหลือเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จึงเป็นบุคคลที่มีอยู่แล้วในแต่ละครอบครัว ซึ่งจะเป็นใครก็ได้ เช่น พ่อ แม่ ลูก ป้า น้า อา พี่ น้อง ที่เป็นสมาชิกของครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว ความพร้อมและความเต็มใจของผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนั้นๆ เนื่องจากแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่อบุคคล ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความคลาดเคลื่อนของความรู้ จึงอาจเกิดขึ้นได้ ทั้งจากแหล่งผู้ให้และตัวผู้รับ จึงจำเป็นต้อง พัฒนาความรู้และทักษะของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ถูกต้องเพียงพอ และเหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกในครอบครัว การที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสนใจใฝ่รู้ และมีเวลาเพียงพอสำหรับการเรียนรู้และการทำหน้าที่ดังกล่าว จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญให้แกนนำเหล่านี้สามารถรับรู้ได้ดีมาก และสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีลักษณะดังนี้ (เมธี จันทจักรภรณ์ 2542 : 13-14)

1. คุณสมบัติของผู้ที่จะเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว คือ

1.1 มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น ไม่ดื่มน้ำสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่มั่วสุมทางเพศ และไม่ติดยาเสพติด เป็นต้น

1.2 ครอบครัวเป็นแบบอย่างของการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองได้

1.3 มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้ตามความเหมาะสม ในการดำรงชีวิตประจำวัน เหมือนเป็นนักศึกษาศึกษาประจำครอบครัว

1.4 เป็นผู้นำตามธรรมชาติในชุมชน

1.5 คุณสมบัติอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับการพัฒนาสุขภาพอนามัย

2. วิธีคัดเลือกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข พิจารณาคัดเลือกบุคคลที่มีความเหมาะสม มีความพร้อม และความเต็มใจในการดูแลด้านสุขภาพอนามัย

3. ด้านความสัมพันธ์กับอาสาสมัครสาธารณสุข

มีอาสาสมัครสาธารณสุขเปรียบเสมือนแม่ข่ายที่จะถ่ายทอดความรู้ สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และรับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่ประชาชน ได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีศักยภาพสูงขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลจะถ่ายทอดความรู้ที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความดีเด่นอยู่แล้วให้เพิ่มเติมอีก เพื่อให้เกิดความมั่นใจยิ่งขึ้นในการเป็นแบบอย่าง รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน

4. การอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

เนื้อหาความรู้ ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประกอบด้วย

- ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัว
- ความรู้เกี่ยวกับการดูแลการเจ็บป่วยเบื้องต้น
- ความรู้เกี่ยวกับแหล่งความรู้และแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
- ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ครอบครัวสามารถ

มีบทบาทร่วม

5. บทบาท

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์หน้าที่ ดังนี้

- เป็นแกนนำหลักสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกใน

ครอบครัว

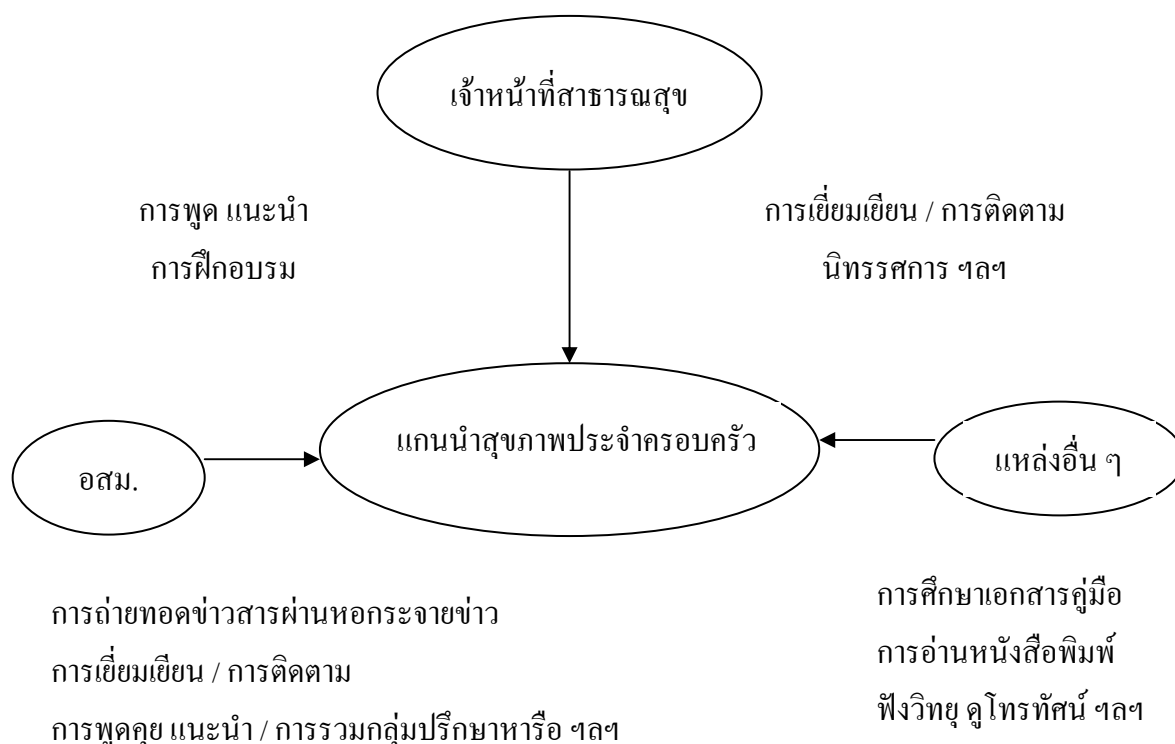
- เป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านการดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่สมาชิกในครอบครัว
- เป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาและการพัฒนา

สาธารณสุขของครอบครัวและชุมชน

หลังจากผ่านการอบรมแล้ว มีกิจกรรมต่อส่วนรวมอย่างสม่ำเสมอ ได้อบรมความรู้เพิ่มเติมตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ก็อาจจะเปลี่ยนสถานะเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ภายใต้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล สาธารณสุขอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุข หรือชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตามที่เห็นสมควร

การถ่ายทอดความรู้

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถที่จะเรียนรู้ หรือรับรู้ความรู้ข่าวสารทางสาธารณสุขได้จากแหล่งต่าง ๆ ในหลายรูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ดูแลรับผิดชอบประจำละแวกบ้าน / พื้นที่ จะเป็นสื่อบุคคลหลักที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว รวมทั้งต้องดูแล ติดตาม ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในทุกครอบครัวของละแวกบ้าน / พื้นที่ ที่รับผิดชอบ มีความรู้และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสม นอกเหนือจากการถ่ายทอดความรู้โดยตรงจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็ควรจัดการสื่ออื่น เช่น สิ่งพิมพ์ ให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อใช้ในการเรียนรู้เอง และจะต้องให้คำชี้แนะแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เกี่ยวกับแหล่งความรู้อื่น ๆ เช่น รายการสุขภาพทางทีวี และวิทยุ คอลัมน์สุขภาพในหนังสือพิมพ์ วารสาร และห้องสมุดต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับความรู้จากแหล่งอื่น ๆ ที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถจะค้นคว้าด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะการเรียนรู้ที่หลากหลาย ต่อเนื่อง และเป็นธรรมชาติ จะช่วยให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดีมากยิ่งขึ้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



บทที่ 2 แหล่งและวิธีการถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

การสร้างเครือข่าย แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะเป็นผู้ประสานงานของครอบครัว ในการร่วมมือกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าทีสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหา และการพัฒนาสาธารณสุขของท้องถิ่น เจ้าหน้าทีสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จะต้องเข้าไปประสานความร่วมมือกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเหล่านี้อย่างเสมอ ภาค ซึ่งจะเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชนขึ้น

ส่วนที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของความรู้

กูด (Good 1973 : 325) ได้ให้ความหมายของ “ความรู้” ว่าเป็นข้อเท็จจริง (Fact) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับแล้วรวบรวมสะสมไว้จากมวล ประสบการณ์ต่างๆ

บลูม (Bloom 1974 : 137) นักการศึกษาชาวอเมริกันกล่าวว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและขบวนการต่างๆ หรือระลึกถึงแบบโครงสร้างวัตถุประสงค์ในด้านความรู้ นั้น เน้นในเรื่องขบวนการทางจิตวิทยา ความจำเป็นและขบวนการเชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบใหม่

ระดับความรู้

บลูม (Bloom 1974 : 201) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้ หรือความสามารถทางสติปัญญา (Cognitive Domain) เป็น 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมขั้นง่ายไปสู่พฤติกรรมขั้นยาก ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การจำและการระลึกได้ที่มีต่อความคิด วัตถุ และประสบการณ์ต่างๆ
2. ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับการสื่อความหมาย และสามารถ แปล สรุป หรือขยายความสื่อความหมายนั้น
3. การนำไปใช้ (Application) หมายถึง การนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์จริง
4. การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง การพิจารณาแยกแยะเนื้อหาออกเป็นส่วนย่อยๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์
6. การประเมินผล (Evaluation) หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึงความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ที่เกิดจากการมีประสบการณ์ โดยที่พฤติกรรมด้านความรู้มีหลายระดับ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมให้ปรากฏ ให้สังเกตได้ และวัดได้

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก

สาเหตุของการเกิดโรค

วรยา เหลืองอ่อน และกุลฤติ วงศ์โนวิสุทธิ์ (2548 :28) สรุปไว้ว่าโรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่เกิดในสัตว์ปีก เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A ซึ่ง

อยู่ในตระกูล Orthomyxoviridae ซึ่งเป็น RNA ไวรัสชนิดมีเปลือกหุ้มโดยมี Surface antigens ที่สำคัญ ได้แก่ Haemagglutinin (H) มี 15 ชนิด และ Neuraminidase (N) มี 9 ชนิด เชื้อไวรัส Influenza แบ่งเป็น 3 type ได้แก่

Type A แบ่งย่อยเป็น 15 subtype ตามความแตกต่างของ H และ antigen พบได้ในคนและสัตว์ต่างๆ เช่น สุกร ม้า และสัตว์ปีกทุกชนิด

Type B ไม่มี subtype พบเฉพาะในคน

Type C ไม่มี subtype พบเฉพาะคนและสุกร

แหล่งโรคในสัตว์และสิ่งแวดล้อม

วรยา เหลืองอ่อน และกุลฤดี วงศ์โนวิสุทธิ์ (2548 :28) เดือนเพ็ญ ปานตัน (2547 :17) มาลินี สุขเวชชวรกิจ (2547:32) สรุปไว้ว่าสัตว์ปีกทุกชนิดมีความไวต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดนก ซึ่งจะป่วยหรือตายได้ แต่มักน้ำเป็นนกอพยพรวมทั้งนกชายทะเล นกนางนวล ห่าน นกป่า และเป็ดป่าสามารถแพร่เชื้อโรคชนิดนี้โดยไม่แสดงอาการป่วย ซึ่งถือเป็นสัตว์ปีกที่เป็นแหล่งโรคสำคัญ ไวรัสอาจอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ไม่กี่ชั่วโมงหรือนานถึง 105 วัน ขึ้นกับสิ่งแวดล้อม เชื้อจะอยู่ได้นานในที่อุณหภูมิต่ำและความชื้นสูง ดังนั้น วัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้ง คน และ สัตว์ เช่น นกป่า หนู แมลง นกกระเจอก จึงเป็นปัจจัยในการกระจายโรค สำหรับในประเทศไทยมีข้อมูลจากการศึกษาของคณะสัตวแพทยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์พบเชื้อไข้หวัดนก (H5N1) สามารถอยู่ในมูลไก่สดในอุณหภูมิระหว่าง 25 – 33 องศาเซลเซียส ในร่มที่ไม่สัมผัสแสงแดด โดยตรง ได้นานประมาณ 4วัน แต่จะอยู่กลางแดดแดดที่อุณหภูมิ 32- 35 องศาเซลเซียส ได้ไม่เกินครึ่งชั่วโมง

วิธีติดต่อระหว่างสัตว์

วรยา เหลืองอ่อน และกุลฤดี วงศ์โนวิสุทธิ์ (2548 : 28) เดือนเพ็ญ ปานตัน (2547 :17) มาลินี สุขเวชชวรกิจ (2547:32) สรุปไว้ว่าการติดต่อของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกเกิดจากการสัมผัสกับมูลสัตว์โดยตรง ซึ่งเป็นวิธีติดต่อที่สำคัญระหว่างนกด้วยกัน นกป่าจะเป็นตัวนำเชื้อไวรัสไข้หวัดนกไปยังสัตว์ปีกที่เลี้ยงในโรงเรือนเปิด โดยผ่านการปนเปื้อนของมูล การติดเชื้อโดยการสัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนเชื้อโรค (Mechanical transmission) มูลของนกเป็นแหล่งของเชื้อไวรัสที่สำคัญ โดยพบว่าการจับเชื้อไวรัสทางมูลเป็นเวลา 7 –14 วันหลังจากการติดเชื้อ โดยพบไวรัสในวัสดุปรอง มูลสัตว์ได้ในระยะเวลานาน 4 สัปดาห์หลังการปนเปื้อนเชื้อ การติดเชื้อจากการหายใจเอาเชื้อที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมของสัตว์ที่ป่วยก็พบที่เกิดขึ้นได้สามารถพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนกได้

ในเปลือกไข่ชั้นในและชั้นนอก อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงานการติดต่อจากแม่ไก่ผ่านมายังลูกไก่ทางไข่ (Vertical transmission) ส่วนการติดต่อผ่านไข่ที่ปนเปื้อนเชื้อไปยังฟาร์มอื่นนั้น มักเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อที่เปลือกไข่ ซึ่งจัดเป็นการติดต่อที่สำคัญวิธีหนึ่ง

ระยะฟักตัวและอาการในสัตว์

วรยา เหลืองอ่อน และกุลฤดี วงศ์โนวิสุทธิ์ (2548 :28) สรุปไว้ว่าระยะฟักตัวสั้น อาจสั้นเพียงไม่กี่ชั่วโมงหรือยาวถึง 3 วัน อาการและอาการแสดงนั้นมีความผันแปรตั้งแต่ระดับที่ไม่รุนแรงไปจนถึงขั้นเสียชีวิต ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อไวรัสและสัตว์ที่รับเชื้อ สัตว์ที่ติดเชื้ออาจจะไม่แสดงอาการป่วย ส่วนในสัตว์ป่วยจะแสดงอาการดังนี้ คือ ซึม ไม่กินอาหาร ขนยุ่ง ขนร่วง ชีมี ปริมาณไข่ลดลง ไอ จาม หายใจลำบาก หน้าบวม หงอนและเหนียงบวม มีสีคล้ำ มีอาการทางประสาท ท้องเสีย สัตว์บางตัวอาจจะตายกระทันหันโดยไม่แสดงอาการชัดเจน เมื่อเกิดการระบาดของไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ซึ่งมีความรุนแรงสูง (HPAI) อัตราป่วยตายในไก่ที่เลี้ยงไว้อาจสูงถึงร้อยละ 100 แต่ไวรัสชนิดนี้อาจทำให้สัตว์ปีกชนิดอื่นๆ ป่วยและตายด้วย เช่น เป็ด นกกระทา ไก่วง

วิธีการติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน / คนสู่คน

วรยา เหลืองอ่อน และกุลฤดี วงศ์โนวิสุทธิ์ (2548 : 28) มลีนี สุขเวชชวรกิจ (2547: 32) สรศักดิ์ โล่หัจฉินรัตน์ (2548 : 2) สรุปไว้ว่า คนติดเชื้อและป่วยจากไข้หวัดนกสายพันธุ์ H7N7 , H9N2 และ H5N1 ซึ่งคนสามารถติดเชื้อจากสัตว์ได้โดยการสัมผัสกับสัตว์ป่วยโดยตรง และโดยทางอ้อมจากการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งจากสัตว์ที่เป็นโรค เช่น น้ำมูก น้ำตา น้ำลายของสัตว์ป่วย การติดต่อจากคนสู่คนเป็นไปได้ยาก แต่อย่างไรก็ตาม จากรายงานศึกษาาระหว่างการเกิดการระบาดในต่างประเทศ และประเทศไทยมีกรณีที่สามารถติดต่อจากคนสู่คน ซึ่งการติดต่อจากคนสู่คนนั้น เกิดจากการสัมผัสอย่างใกล้ชิดโดยไม่มีเครื่องป้องกันการติดเชื้อ (personal protective equipment) ดังเช่น กรณีญาติและบุคลากรทางการแพทย์ที่อาจติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 จากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ระยะฟักตัวและอาการในคน

วรยา เหลืองอ่อน และกุลฤดี วงศ์โนวิสุทธิ์ (2548 : 28) สรศักดิ์ โล่หัจฉินรัตน์ (2548 : 2) สุรเกียรติ์ อาษานานุภาพ (2547 : 26) สรุปไว้ว่า ระยะฟักตัวของเชื้อไข้หวัดนกในคน

2-8 วัน เฉลี่ย 4 วัน (การระบาดในปัจจุบันทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยมีข้อมูลว่าอาจจะมีระยะการฟักตัวนานขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีที่ยืนยันได้ชัดเจนว่าเป็นเวลานานกี่วัน)

อาการในคนของโรคไข้หวัดนก อาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน มีไข้สูง หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย มีน้ำมูก ไอ และเจ็บคอ บางครั้งอาจพบว่ามีอาการตาแดง อาจมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงถึงปอดบวมและเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Acute Respiratory Distress Syndrome) ได้ โดยเฉพาะในเด็กและผู้สูงอายุ อัตราป่วยตายในประเทศไทย ในการระบาดในปี 2547 สูงถึงร้อยละ 70

นิยามโรคไข้หวัดนกในคน

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2548 : 40) กำหนดนิยามโรคไข้หวัดนกโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspect case) ได้แก่ ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงต่อไปนี้

ไข้ (อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส) ร่วมกับ

อาการอย่างใดอย่างหนึ่งอันได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ ไอ หายใจผิดปกติ (หอบ ลำบาก) หรือแพทย์วินิจฉัยสงสัยว่าเป็นปอดบวม หรือไข้หวัดใหญ่ ร่วมกับมีประวัติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. อาศัยอยู่ในบ้านหรือหมู่บ้านที่มีสัตว์ปีกป่วยตาย ในระยะเวลา 14 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วยหรือ
2. สัมผัสโดยตรงหรือทางอ้อม กับอุจจาระหรือสิ่งคัดหลั่งของสัตว์ปีกที่ป่วยตาย ในระยะ 7 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย หรือ
3. สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยปอดบวมรายอื่น ในระยะ 10 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย

ผู้ป่วยที่น่าจะเป็น (Probable case) ได้แก่ ผู้ป่วยที่สงสัยตามนิยามข้างต้น ร่วมกับ

ผลการตรวจเบื้องต้นพบว่ามีกรดนิวคลีอิกไข้หวัดใหญ่กลุ่ม A แต่ยังบอกไม่ได้ว่าเป็นเชื้อสายพันธุ์ของคนหรือของสัตว์ปีก หรือ

มีอาการระบบหายใจล้มเหลว หรือ

เสียชีวิต

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirm case) ได้แก่ ผู้ป่วยที่สงสัยและผลการตรวจสุดท้ายพบเชื้อไข้หวัดใหญ่กลุ่ม A (H5) ซึ่งเป็นสายพันธุ์ของสัตว์ปีกด้วยวิธี PCR หรือการเพาะเชื้อ

ปัจจัยเสี่ยงในสัตว์

วรยา เหลืองอ่อน และกุลฤดี วงศ์โนวิสุทธิ์ (2548 :28) สรุปไว้ว่าโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ต่างๆ มีการระบาดในนกป่า เป็ด นกเป็ดน้ำ นกน้ำ ซึ่งเป็นแหล่งของเชื้อไวรัสไข้หวัดนกที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ไก่อังเป็นแหล่งกักโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาโรคไข้หวัดนกได้ ไก่ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันที่มีโอกาสสัมผัสกับนกน้ำมีความเสี่ยงสูง อาจมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลให้มีการระบาดในแต่ละพื้นที่ ซึ่งควรจะศึกษาค้นคว้าให้ทราบชัดเจนเพื่อใช้ในการป้องกันโรคต่อไป

ปัจจัยเสี่ยงในคน

วรยา เหลืองอ่อน และกุลฤดี วงศ์โนวิสุทธิ์ (2548 : 28) สรุปไว้ว่าการศึกษาเชิงวิเคราะห์ในประเทศไทย พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในคน ได้แก่ การสัมผัสสัตว์ปีกที่ตายผิดปกติโดยตรง การอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีการตายอย่างผิดปกติของสัตว์ปีกรอบๆ บ้าน และการมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องหรือสัมผัสกับสัตว์ปีก ผลการสอบสวนโรคของสำนักงานระบาดวิทยาจากผู้ป่วยไข้หวัดนกทั้งหมด 17 รายพบว่าผู้ป่วยไข้หวัดนกจำนวน 6 รายไม่มีประวัติสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ปีก แต่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีสัตว์ปีกป่วย และตายอย่างผิดปกติ และอีก 2 ราย มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยไข้หวัดนก ดังนั้นเรื่องปัจจัยเสี่ยงในคนก็ยังคงต้องมีการศึกษาในรายละเอียดต่อไป

การรักษา

วรยา เหลืองอ่อน และกุลฤดี วงศ์โนวิสุทธิ์ (2548 :28) สรศักดิ์ โล่หัจฉารัตน์ (2548 :2) สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2547 :26) สรุปไว้ว่า ถ้าสงสัยไข้หวัดนก แพทย์จะรับตัวผู้ป่วยไว้รักษา ให้ยาต้านไวรัส ได้แก่ โอเซลทามิเวียร์ (oseltamivir) ซึ่งมีชื่อการค้าว่า ทามิฟลู (Tamiflu) นาน 5 วัน (ยานี้จะได้ผลดีควรให้ภายใน 48 ชั่วโมงหลังมีอาการ) นอกจากนี้ก็ให้รักษาตามอาการ ถ้าหายใจหอบมากและมีอาการรุนแรงให้ใช้เครื่องช่วยหายใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดนก ยังไม่พบในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

สุนทรียา วัชรเจริญ และ คณะ (2548 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องสายพันธุ์ไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่แพร่ระบาดในประเทศไทย พ.ศ.2545 - 2546 ผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงธันวาคม ปี 2545 และปี 2546 โดยเก็บตัวอย่างผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจำนวนทั้งสิ้น 466 ราย และ 573 ราย แยกเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้ 128 ราย และ 112 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 27.50 และ 19.54 ตามลำดับ ปี 2545 แยกไข้หวัดใหญ่ชนิด A ได้จำนวนเท่ากับชนิด B คือ 64 ราย ปีต่อมาแยกไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A 88 ราย ชนิด B 24 ราย การวิเคราะห์สายพันธุ์ที่ระบาด ปี 2545 พบ A/Moscow/10/99(H₃N₂) B/Hong Kong/330/2001 B/Shenzhen/645/99 และ B/Sichuan/379/99 ซึ่งตรงกับสายพันธุ์วัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่องค์การอนามัยโลกประกาศใช้ในปีนั้น ทำให้ประสิทธิภาพวัคซีนป้องกันโรคมีผลดี ส่วนปี 2546 สายพันธุ์ที่พบคือ A/Fujian/411/2002 (H₃N₂) และ B/Sichuan/379/99 เมื่อเปรียบเทียบกับสายพันธุ์วัคซีนไข้หวัดใหญ่ไม่ตรงกันเพราะสายพันธุ์วัคซีนที่ใช้ในปีนี้ยังคงเป็น Moscow/10/99 (H₃N₂) และ B/Hong Kong/330/2001 ทำให้วัคซีนขาดประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามประโยชน์จากการเฝ้าระวังทำให้ทราบว่ามีการพบสายพันธุ์ใหม่ A/Fujian / 411/2002 (H₃N₂) เกิดขึ้น องค์การอนามัยโลกจะนำสายพันธุ์ใหม่ไปประกอบการพิจารณาเพื่อคัดเลือกใช้เป็นสายพันธุ์ใช้เป็นวัคซีนในปีต่อไป เนื่องจากประชากรทั่วโลกยังไม่ภูมิคุ้มกันต่อ A/ Fujian/411/2002 (H₃N₂) ซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่และมีการระบาดไปทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนสายพันธุ์วัคซีนจึงมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพวัคซีนไข้หวัดใหญ่

สุพรรณ ศรีธรรมมา และคณะ (2548 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องระบบประสานงานการตรวจวิเคราะห์และเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกทางห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการตรวจด้วยวิธีมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ Viral isolation และ IFA กับวิธีตรวจวิเคราะห์ที่ประยุกต์ขึ้น 2 วิธีร่วมกัน ได้แก่ RT-PCR Influenza A และ RT-PCR H5N1 , RT-PCR H5N1 และ Real-Time RT-PCR H5N1 พบว่ามีความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องร้อยละ 100 ,99.6 และ 99.6 ตามลำดับ การกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานทุกขั้นตอนอย่างเป็นระบบ มีความสำคัญยิ่งตั้งแต่การรับตัวอย่าง วิธีวิเคราะห์ การแปลผล และการรายงานผล รวมทั้งการสร้างเครือข่ายห้องปฏิบัติงานให้เกิดความสะดวก รวดเร็วต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เพราะการระบาดจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศ

สวัสดิ์ บุญฝัน (2544 : 45 - 46) ศึกษาเรื่องความรู้และบทบาทการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของ อสม. อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรู้และความคิดเห็น เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสค่อนข้างสูงพอที่จะถ่ายทอดและเป็นผู้ดำเนินการณรงค์

ควบคุมโรคในชุมชนของตนเองได้ ส่วนใหญ่ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งโรค สัตว์รังโรค อาชีพเสี่ยงต่อการติดโรคและการป้องกันโรค ส่วนความรู้ที่ไม่ถูกต้อง คือ สาเหตุที่เชื้อเข้าสู่ร่างกาย ลักษณะอาการของผู้ป่วย ปัจจัยเอื้อต่อการระบาดของโรค

บุญลือ ลิพหามันท์ (2543 : 65) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษา พบว่า อสม. มีความรู้เฉลี่ย 14.2 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลางโดย อสม. มีความรู้สูงสุดในเรื่อง พื้นที่อาศัยที่เสี่ยงต่อโรค และมีความรู้ต่ำสุดในการเก็บอาหารที่มีดษิด

ยุคันธร อินทรคุปต์ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรู้ไม่ถูกต้องคือ อาการและอาการแสดงของโรค

ศิริพร พงษ์โกคา (2532 : 42 , อ้างถึงใน อำนาจ ภูศรี 2536 : 53) ได้ศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี

จริตร หนองแก และผกาพันธ์ ชัยพรมมา (2544 : 86) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.4 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสแก่เพื่อนบ้าน มีการปฏิบัติน้อย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความรู้ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำความรู้มาเป็นตัวแปรต้นเพื่อทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคใช้หวัณคของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมาย ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 73) ได้สรุปความหมายของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที “ผู้รับการสนับสนุน” ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล แล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี

ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545: 67) ได้สรุปความหมายของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลมีความพึงพอใจที่ได้รับความช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเองในสังคม

ดวงเดือน มูลประดับ (2541 : 42) ได้สรุปความหมายของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความช่วยเหลือในระดับรองจากบุคคลอื่นทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม วัตถุ สิ่งของ การเงิน ข้อมูลจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการลดระดับความเครียดและวิกฤตการณ์ในชีวิตได้ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นคง และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

คอบบ์ (Cobb 1976 : 300) ให้ความหมายของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลทำให้ตัวเองเชื่อว่าบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีการติดต่อซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn 1979 : 85 ,อ้างถึงใน กนกทอง สุวรรณบุลย์ 2545 : 67) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในด้านเงินทอง และสิ่งของอื่นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างเดียว หรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 396) ให้ความหมายของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ได้รับการยอมรับเป็นที่รัก ได้รับการยกย่องมีคุณค่า และเป็นที่ต้องการ จากกลุ่มที่มีความเฉพาะเจาะจง

บาร์ริรา (Barrera 1982 : 70, อ้างถึงใน พชรินทร์ สมบูรณ์ 2547 : 62) ให้ความหมายของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด ความช่วยเหลือ โดยการให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

จากความหมายของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ บริการ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งสนับสนุนด้านอารมณ์ การยอมรับ การให้คุณค่า ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับการสนับสนุน”

2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบไปด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า มีความสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้รับรู้ถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ระดับของการให้การสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลิบ (Gottlieb 1985 : 5-22, อ้างถึงใน พชรินทร์ สมบูรณ์ 2547 : 63) ได้แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. ระดับมหภาคหรือระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมในสังคมโดยดูจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลางหรือระดับกลุ่ม (Mezzo Level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Micro Level) เป็นระดับที่มีความใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่า สิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ผู้ที่ให้การสนับสนุนมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่สามารถทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

แคปแลน และคณะ (Kaplan et al. 1977 : 50-51) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการช่วยเหลือด้านการเงิน หรือด้านร่างกาย

2. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ ความรัก ความอบอุ่นทางอารมณ์

คาห์น (Kahn 1979 : 85, อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองสุศึกษา 2542 : 67-68) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยการรัก

2. การยืนยันและการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของ หรือการช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจเป็นวัสดุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

รอยทส์ (Thoits 1982 : 147) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม (Basic social needs) ไว้เป็น 2 ด้าน คือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Social emotion needs) ได้แก่ การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า มีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมส่วนรวม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย

2. การช่วยเหลือด้านสิ่งของและแรงงาน (Instrumental aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ ด้านข่าวสารอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนความช่วยเหลือด้านสิ่งของแรงงาน และเงินทอง

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al. 1985 : 201, อ้างถึงใน พัทรินทร์ สมบูรณ์ 2547:64) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่น และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) การได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของและการบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลนำไปแก้ปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2531, อ้างถึงใน พชรินทร์ สมบูรณ์ 2547 : 65) ได้กล่าวว่า แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมมักจะมาจาก กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ ดังนี้

1. กลุ่มปฐมภูมิ (Primary groups) เป็นกลุ่มสังคมขนาดเล็ก มีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความสัมพันธ์เป็นส่วนตัว และมีความผูกพันกันมาก มีการติดต่อทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ ลักษณะของบรรยากาศความสัมพันธ์ภายในกลุ่มจึงมีลักษณะผ่อนคลาย สมาชิกภายในกลุ่มให้ความสนใจซึ่งกันและกัน กลุ่มปฐมภูมิจะเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่สำคัญมาก บุคลิกภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มปฐมภูมิ ตัวอย่างของกลุ่มปฐมภูมิได้แก่ ครอบครัว เพื่อน

2. กลุ่มทุติยภูมิ (Secondary groups) ลักษณะของความสัมพันธ์ภายในกลุ่มสังคมประเภทนี้จะมีความรู้สึกผูกพันกันไม่มาก แม้ว่าสมาชิกภายในกลุ่มจะมีความสัมพันธ์กันมาเป็นเวลานาน ลักษณะการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกจะเป็นแบบไม่เป็นทางการ ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัว สมาชิกกลุ่มไม่ให้ความสนใจในความเป็นตัวบุคคลของกันและกัน ขนาดของกลุ่มอาจมีขนาดใหญ่หรือเล็กก็ได้ เพราะกลุ่มไม่ได้เน้นที่ความผูกพันของสมาชิกกลุ่ม โดยส่วนใหญ่มักจะพบว่าสมาชิกกลุ่มจะรวมกันเพื่อการทำงานเฉพาะอย่าง ดังนั้นกลุ่มจะถือเอาผลงาน และการแสดงบทบาทของสมาชิกเป็นสำคัญ ตัวอย่างของกลุ่มทุติยภูมิได้แก่ สหภาพแรงงาน สมาคมการกุศล สโมสร

แมค แอลวิน (Mac Elveen, อ้างถึงใน ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ 2540 : 44) กล่าวถึง แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมว่า ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน ซึ่งครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งการสนับสนุนที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุดโดยจะมีการติดต่อกันบ่อยครั้ง มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการ ข้อมูลข่าวสาร และช่วยเหลือในการแก้ปัญหา รองลงมาคือกลุ่มเพื่อน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ยังไม่พบในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. งานวิจัยในประเทศไทย

วนิดา เวียงพิทักษ์ (2544 : 114) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของเกษตรกรจังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม จากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของเกษตรกร จังหวัดขอนแก่น

แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์ (2540 : 128 -129) ศึกษาเรื่องปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า การได้รับสนับสนุนเงินทุนและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในจังหวัดร้อยเอ็ด มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของ อสม.

วิทยา โคตรท่าน (2536 : 130) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับความรู้และคุณภาพการนิเทศงานสูง มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขแตกต่างกัน

กนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545 : 140-145) ได้ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก และการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทอย่างมากในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 35.40

ลิน่า ฐิติเบญจผล (2537:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและผู้ปกครอง ทำให้นักเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องและสามารถทำให้นักเรียนเลิกบุหรี่ได้

2. งานวิจัยในต่างประเทศ

แลงลี (Langlie 1977 : 244-260) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนบ้านมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน และอื่นๆ ดีกว่า ผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

แคปแลน และ คณะ (Kaplan et al. 1977 : 50-51) พบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะไปใช้บริการการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลน้อยกว่าคนที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม

เบอร์กแมน และ ซิม (Berkman and Syme 1979 : 186-204) ได้ศึกษาติดตามอัตราการตายของประชาชนในเมืองอะแลมาดา เป็นเวลา 9 ปี พบว่า กลุ่มที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพราะการสนับสนุนทางสังคม เช่น คู่สมรสหรือเพื่อนบ้าน จะทำให้บุคคลปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพในทางที่เหมาะสมได้ดี

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นตัวแปรต้นเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้ห้วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อลิสตา จันทรเรือง (2545 : 32) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า การรับรู้ (Perception) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล เพราะการรับรู้เป็นขบวนการทางจิตวิทยาขั้นพื้นฐานของบุคคลที่เกิดจากการตีความที่สมอง หรือความหมายของข้อมูลที่สัมผัส โดยใช้ประสบการณ์และความรู้เดิม ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น นำไปสู่การตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่รับรู้ต่างๆ อาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผล ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้ต่างๆ

วิภาพร มาพบสุข (2540 : 232) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึงกระบวนการซึ่งบุคคลแปลความหรือตีความหมายของความรู้สึกล้มผัสที่ได้รับจากตาเห็นภาพ จมูกได้กลิ่น หูได้ยินเสียง ผิวหนังสัมผัส ออกมาเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่มีความหมายหรือรู้จักเข้าใจได้

สรุปได้ว่า การรับรู้มันจัดเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่ร่างกายได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งเร้าต่างๆ แล้วแปลความหมายโดยอาศัยความรู้เดิม ประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมายและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในที่สุด ซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้

องค์ประกอบของการรับรู้เกี่ยวกับโรค

โรเซนสตอค (Rosenstock 1974, อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข,กรมอนามัย, กองสุขภาพ 2542 : 19) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ โดย

บุคคลจะเข้าใจสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะให้ผลดีแก่ตน และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่ปรารถนา นั่นคือบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อการปฏิบัตินั้นมีค่าบวก และมีค่ามากกว่าความยากลำบากในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะต้องรู้สึกว่าตนมีโอกาที่จะเป็นโรคนั้นได้หรือโรคนี้มีความรุนแรงและตนมีพลังต่อต้านโรคได้ ซึ่งประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นระดับการรับรู้ส่วนบุคคลถึงความเสี่ยงที่เขามีโอกาสเกิดโรค หรือความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความร่วมมือทางด้านสุขภาพอนามัย แต่ละบุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกันออกไป การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงภาวะที่เกิดโรสดังกล่าว จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และรับรู้ว่าเขาเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นๆ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นจะแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จะเป็นผลให้บุคคลนั้นเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง และบุคคลได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากจะปฏิบัติในการป้องกันโรคได้ดีกว่า ผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลในการร่วมมือหรือพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีได้หมายถึง ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงๆ ตามวิชาการแพทย์ แต่หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคนั้นๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับอารมณ์และความแตกต่างของแต่ละบุคคล ที่อาจคิดว่าโรคนั้นมีอันตรายถึงขั้นคุกคามชีวิต เกิดความพิการหรือความเจ็บป่วยที่เรื้อรังมีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ยังรวมไปถึงความกลัว ต่อการคุกคามของโรคนั้น เป็นผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลตัดสินใจ ต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefit and Perceived Barriers) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เชื่อว่า วิธีที่เลือกปฏิบัติมีประสิทธิภาพ และมีประโยชน์ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดภาวะคุกคามจากโรคได้ บุคคลจะเลือกวิธีที่เขาเชื่อว่าจะเป็นประโยชน์กับเขามากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุดซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และลดความรุนแรงของโรค อุปสรรคที่ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ คือปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สามารถในการปฏิบัติตามการถูกจำกัดกิจกรรมหลายๆ อย่าง นอกจากนั้นบุคคลยังมีการท้อแท้ เนื่องจากการป้องกันและการรักษาที่ผ่านมาไม่ได้ผลเท่าที่คาดหวัง หรือการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากความเคยชิน ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลมักปฏิบัติได้ถูกต้อง และสม่ำเสมอได้ลำบาก

แนวคิดดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค บุคคลควรมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิธีการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันโรค ในทำนองเดียวกัน จากการเกิดกระบวนของโรคไข้หัดนก ที่ตำบลพังตรุ อำเภอนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ติดต่อกันถึง 2 ครั้งในปี 2547 และ 2548 โดยปี 2547 มีผู้ป่วย 2 ราย เสียชีวิตทั้ง 2 ราย ปี 2548 มีผู้ป่วย 2 ราย เสียชีวิต 1 ราย ซึ่งเป็นอัตราป่วยตายที่สูงมาก ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคมาศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดนก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หัดนก

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หัดนก เป็นความรู้สึก ความเข้าใจ เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หัดนก ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หัดนก เป็นความรู้สึก ความเข้าใจว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคไข้หัดนก ไม่ว่าจะเนื่องด้วยภาวะการระบาดของโรค หรือวิธีชีวิต ซึ่งมีโอกาสสัมผัสปัจจัยเสี่ยง เกี่ยวกับพาหะของโรคคือสัตว์ปีกต่างๆ
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไข้หัดนก เป็นความรู้สึก ความเข้าใจว่าโรคไข้หัดนกเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรง ทำให้เสียชีวิต เสียเงิน และเสียเวลาในการรักษา ตลอดจนมีผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะเครียด กลัว วิตกกังวล
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หัดนก เป็นความรู้สึก ความเข้าใจว่าโรคไข้หัดนก สามารถป้องกันได้ถ้ามีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หัดนก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หัดนก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดนก ยังไม่พบในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. งานวิจัยในประเทศไทย

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : 84-85) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี ซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรคตับอักเสบ ห้องตรวจอายุรศาสตร์ แผนกฝากครรภ์ แผนกหลังคลอดติด

เชื้อ และกลุ่มสมรสของผู้มาบริจาคเลือดที่ธนาคารเลือดของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 35) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถตนเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ ศึกษาในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในเขตรับผิดชอบของสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 218 ราย พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

เสมอจันทร์ อณะเทพ (2534 : 78-79) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทาดอน จำนวน 200 ราย พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

สมทรง สุภศิลป์ (2526 : 88) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 386 ราย พบว่า ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 60-61) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 252 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (2531 : 55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความต้องการทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 292 ราย เป็นหญิงอาชีพพิเศษ 72 ราย ชายอาชีพพิเศษ 96 ราย และผู้ติดยาเสพติด 124 ราย พบว่า การรับรู้ถึงผลดีในการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด

2. งานวิจัยในต่างประเทศ

รันดอล และวีลเลอร์ (Rundall and Wheeler 1979 : 191-200) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยินยอมรับภูมิคุ้มกันไข้หวัดใหญ่ (Swine Flu Vaccination) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 232 ราย ในเขตทอมกินส์ รัฐนิวยอร์ก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การ

วิเคราะห์ข้อมูลในสถิติวิเคราะห์ Linear Regression Probit Analysis และ Discriminant Analysis ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการยินยอมรับภูมิคุ้มกันอย่างมีนัยสำคัญทางสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ผลเสียของการได้รับภูมิคุ้มกันกับการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการยินยอมรับภูมิคุ้มกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคของภูมิคุ้มกัน และแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการยินยอมรับภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านประชากร คือ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการยินยอมรับภูมิคุ้มกันเช่นกัน

คัมมิ่ง และคณะ (Cumming et al. 1979 : 639-649) ทำการศึกษาปัจจัยที่ทำให้คนมารับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Swine Flu Inoculation) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 286 ราย ในรัฐมิชิแกน ปัจจัยที่ทำการศึกษา คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple Regression และ Path Analysis ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมารับวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และยังพบว่าปัจจัยด้านประชากร คือ ระดับการศึกษาและรายได้ต่างมีความสัมพันธ์กับการมารับวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และผลการศึกษาสรุปว่าความตั้งใจในการปฏิบัติจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อความเชื่อด้านสุขภาพคือ การรับรู้ทั้ง 4 ด้าน และเป็นตัวกลาง ที่จะผ่านไปยังพฤติกรรมการมารับวัคซีน

เบคเกอร์ และ โรเซนสต็อก (Becker and Rosenstock 1977 : 268-277) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลให้บุตรรับประทานยาโรคหอบหืดในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดที่มารักษาที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลฮอบกินส์ จำนวน 111 ราย โดยวัดการปฏิบัติจากการรายงานด้วยตนเองกับการตรวจเลือด ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการรับประทานยา ต่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติทั้งการรายงานด้วยตนเองและการตรวจเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสของมารดามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการรับรู้เกี่ยวกับโรคมารเป็นตัวแปรต้นเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก

3.1 เพศ

เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบทบาท หน้าที่ และพฤติกรรมต่างๆของบุคคล โดยพบว่าบุคคลที่มีเพศแตกต่างกัน ย่อมมีความรู้สึก นึกคิด พฤติกรรมแตกต่างกัน ดังนั้น เพศ น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ยังไม่พบในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. งานวิจัยในประเทศไทย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2534 : 33) ศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเพศเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นั่นคือเพศชาย และเพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัว และทัศนคติต่อการเจ็บป่วย

วรจิตร หนองแก และผกาพันธ์ ชัยพรหมมา (2544 : 85) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของ อสม.

พิทักษ์พงษ์ พายุหะ (2546 : 59) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของผู้รับผิดชอบประจำสถานีอนามัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

2. งานวิจัยในต่างประเทศ

พอร์เตอร์ และคณะ (Poter et al. 1993 : 20-21) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพศหญิง มีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าเพศชาย

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำเพศ มาเป็นตัวแปรต้นเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีเพศต่างกัน

3.2 อายุ

อายุ เป็นการสังสมประสบการณ์ การเรียนรู้ การได้ฝึกทักษะต่างๆ ทำให้บุคคลมีความพร้อมในการทำพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค ดังนั้นอายุจึงน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค ไขหวัดนก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุ กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคไขหวัดนก ยังไม่พบในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าหญิงบริการที่มีอายุมากขึ้น สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้สูงขึ้น

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยตับอักเสบไวรัสบี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่รับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย

พิทักษ์พงศ์ พายะ (2546 : 59) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของผู้รับผิดชอบงานประจำสถานอนามัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

นัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย (2544 : 76) ศึกษาเรื่องความรู้ ความคิดเห็น การได้รับการสนับสนุนด้านสังคมและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองของผู้เคยป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองของผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส

วรจิตร หนองแก และผกาพันธ์ ชัยพรมมา (2544 : 85) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของ อสม.

สกาวัฒน์ ลับเลิศบ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า อายุมีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า อายุ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำอายุ มาเป็นตัวแปรต้นเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอายุต่างกัน

3.3 ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นเครื่องบ่งชี้ระดับความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคล ตลอดจนความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมที่แสดงออกที่แตกต่างกัน ดังนั้นระดับการศึกษาจึงน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หวัดนก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หวัดนก ยังไม่พบในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

สราวุธ วลัยขุพฤกษ์ (2543 : 126) ศึกษาเรื่องศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนา และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

วิทยา โคตรท่าน (2536 : 134 - 135) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่า มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาน้อยกว่า

อัญชนา วงศ์ภักดี (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

นัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย (2544 : 66) ศึกษาเรื่องความรู้ ความคิดเห็น การได้รับการสนับสนุนด้านสังคมและพฤติกรรมป้องกันตนเองของผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองของผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำระดับการศึกษา มาเป็นตัวแปรต้นเพื่อศึกษาเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

3.4 รายได้

รายได้ เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการป้องกันโรค (Pender 1982 : 163) ดังนั้น รายได้น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรายได้ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ยังไม่พบในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

สมทรง สุภศิลป์ (2526 : ก-ข) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 386 ราย พบว่า รายได้ครอบครัวต่อปีของมารดามีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

สุวิมล ฤทธิมนตร์ (2534 : ก-ข) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในกลุ่มมารดาของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัส บี ศึกษาในกลุ่มมารดาที่มารดรรพที่โรงพยาบาลศิริราช 100 ราย พบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัส บี

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 44) ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ ศึกษาในหญิงอาชีพพิเศษในเขตท้องที่ที่รับผิดชอบของสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 218 ราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ

สถิตย์ คล้ายคลึง (2543 : 44) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543 : 134) ศึกษาเรื่องศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า รายได้ไม่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ารายได้มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำรายได้ มาเป็นตัวแปรต้นเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน

3.5 อาชีพที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการติดโรคใช้หวัดนก

อาชีพเป็นการประกอบกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล เพื่อให้มาซึ่งรายได้ในการดำรงชีวิต ซึ่งมีทั้งอาชีพที่ปลอดภัย และอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรค ดังนั้นอาชีพน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาชีพที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการติดโรคใช้หวัดนก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หวัดนก ยังไม่พบในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. งานวิจัยในประเทศไทย

จารุวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพมหานคร พบว่าลักษณะอาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วรลักษณ์ ดังคณะกุล และคณะ (2542 : 53) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสในประชากรเขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed cases) 46 คน เป็นชาย 42 คน หญิง 4 คน อายุเฉลี่ย 36 ปี ในช่วงพิสัย 17 - 69 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาชีพทำนา (ร้อยละ 73.9) ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ถอนกล้ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส เพิ่มสูงขึ้น 12.8 เท่า และการทอดแหจับปลาเพิ่มสูงขึ้น 2.7 เท่า

วัฒนา วุฒิวรรณ (2532 : ก) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ เปรียบเทียบการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันกามโรคและโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์กามโรค เขต 3 จังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัย และไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีอาชีพแตกต่างกัน

พิศเพลิน วิเชียรสรรค์ (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ลีสด เขมะบาล (2542 : 37) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

2. งานวิจัยในต่างประเทศ

โคเบอร์น และ โปป (Coburn and Pope 1974 : 67-77) ได้สำรวจคนงานชายใน เมืองวิกตอเรียของรัฐโคลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย พบว่าอาชีพมี ความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพ และการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าอาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำอาชีพ มาเป็นตัวแปรต้นเพื่อศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอาชีพต่างกัน

3.6 สภาพแวดล้อม

สภาพแวดล้อม เป็นสิ่งต่างๆ ที่อยู่โดยรอบตัวบุคคล มีทั้งสภาพแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และสภาพแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อโรค ดังนั้นสภาพแวดล้อมน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคใช้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หวัดนก ยังไม่ พบในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

วรลักษณ์ ตั้งคณะกุล และคณะ (2543 ก : 56-62) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการติด เชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสโดยไม่มีอาการในประชากรกลุ่มเสี่ยง พ.ศ.2541 โดยศึกษาในกลุ่ม ประชากรในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วย และมีกิจกรรมที่ต้องสัมผัสน้ำก่อนทำการเจาะเลือดเป็นเวลา 1 เดือน จำนวน 143 คนเป็นเพศชาย 132 คน เป็นเพศหญิง 11 คน ผลการศึกษาพบว่า ผลการตรวจหา ภูมิคุ้มกันชนิด Igm พบผู้ติดเชื้อไม่มีอาการร้อยละ 8.40 ผู้ติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยอายุและอัตราส่วนเพศ

ชายต่อหญิง ไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ไม่ติดเชื้อ แต่พบว่าผู้ติดเชื้อไม่มีอาการเคยได้รับเชื้อเลปโตสไปรามาากกว่ากลุ่มผู้ไม่ติดเชื้อ

วรลักษณ์ ตั้งคณะกุล และคณะ (2543 ก : 118-122) ได้ศึกษาโดยการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ในประชากรเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2541 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและกลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ยสัตว์ร้อยละ 87.5 และ 86.2 ตามลำดับ เลี้ยงไก่มากที่สุด รองลงมาได้แก่ สุนัข แมว เป็ด วัว และควาย ไม่พบว่าผู้ป่วยเลี้ยงสุกร แต่พบว่าร้อยละ 6.3 ของกลุ่มเปรียบเทียบเลี้ยงสุกร ผู้ป่วยใช้การเดินเท้าในการเดินทาง และเดินย่ำผ่านถนนที่มีหลุมและน้ำแฉะแฉะมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบคมนาคมโดยใช้รถยนต์และถนนลาดยางมากกว่า รวมทั้งทราบว่ามีการระบาดของโรคมากกว่าผู้ป่วย ส่วนสภาพทางสุขภาพไม่ดี การมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน การมีที่ให้หนูอาศัย และอาหารสำหรับหนู ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ใช้ถนนที่เป็นหลุมมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสมากกว่าผู้ไม่ใช่ 5 เท่า

วรลักษณ์ ตั้งคณะกุล และคณะ (2543 ข : ไม่ปรากฏเลขหน้า) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางภูมิศาสตร์ที่มีผลต่อการติดเชื้อเลปโตสไปราในหนูและผู้ป่วย ในพื้นที่ที่มีการระบาดของเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติของน้ำและดิน ที่มีผลต่อการติดเชื้อเลปโตสไปราในหนูและการเกิดโรค ผลการศึกษาพบว่า ในพื้นที่ที่ไม่มีการระบาดมีความเป็นกรดมากกว่าพื้นที่ที่ระบาด แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นกรดค่างของน้ำและดินในพื้นที่เดียวกัน และไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำฝนในพื้นที่ที่มีการระบาด และพื้นที่ที่ไม่มีการระบาด

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าสภาพแวดล้อม มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำสภาพแวดล้อม มาเป็นตัวแปรต้นเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคใช้หัตถ์ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีสภาพแวดล้อมต่างกัน

3.7 พื้นที่อาศัย

พื้นที่อาศัย เป็นที่ตั้งบ้านเรือนของบุคคล อาจเป็นพื้นที่ปกติ และพื้นที่เสี่ยงต่อการติดโรค ดังนั้นพื้นที่อาศัยน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคใช้หัตถ์ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่อาศัยกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคใช้หัตถ์ก ยังไม่พบในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์ และคณะ (2543 : ข) ได้ศึกษารูปแบบการควบคุมยุงลายในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ โดยการสุ่มพื้นที่ที่เป็น 3 ลักษณะ คือ พื้นที่ A เป็นพื้นที่เปรียบเทียบ กำหนดจัดกิจกรรมในการควบคุมยุงลายขึ้น ได้แก่ การพ่นเคมีก่อนการระบาด การให้สุขศึกษา การรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยใส่ทรายอะเบท ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามรูปแบบปกติของจังหวัด พื้นที่ B เป็นพื้นที่ทดลอง ดำเนินงานโดยมีทีมผู้วิจัย มีการประสานงานกับองค์กรชุมชน ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการนิเทศติดตาม ส่วนพื้นที่ C เป็นพื้นที่ควบคุม ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานตามรูปแบบพื้นที่ B ทำให้ค่า Aedes house index และค่า Receptacle index ลดลงมากกว่ารูปแบบอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่า Breteau index ลดลงมากกว่ารูปแบบอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่า Biting rate ไม่แตกต่างกันใน 3 พื้นที่ ทั้งก่อนและหลังดำเนินงาน

วรรณภา ญาณโรจน์ (2534 , อ้างถึงใน ยืน นิยมบุค 2546 : 20) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเชียงใหม่ โดยเปรียบเทียบระหว่างอำเภอที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงกว่าจะได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าประชาชนที่อยู่ในอำเภอที่เกิดโรคไข้เลือดออกต่ำ

พรพิมล พวงเงิน (2538 , อ้างถึงใน ยืน นิยมบุค 2546 : 20) ได้ศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัดเขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร จำนวน 712 คน พบว่า ความรู้และทัศนคติของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกดี จะมีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี และมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคอยู่ในเกณฑ์สูง

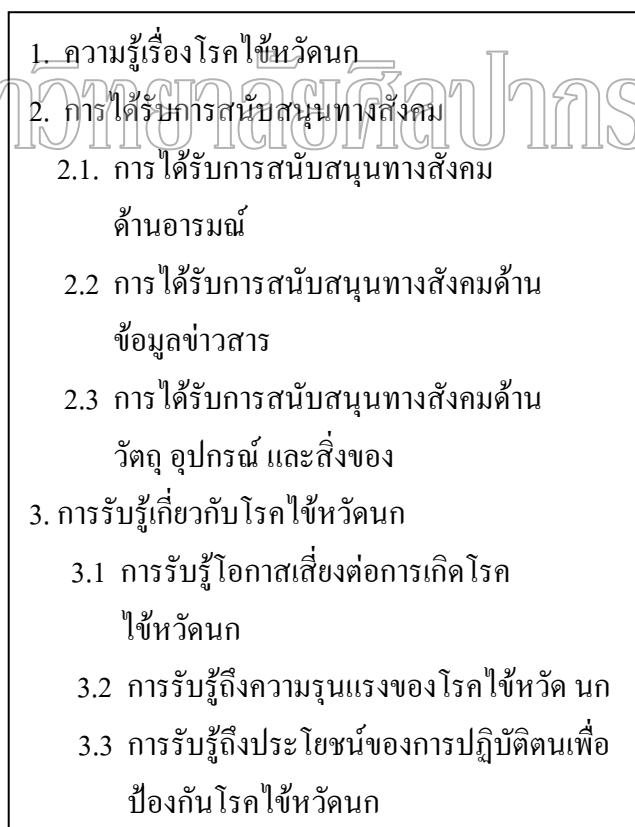
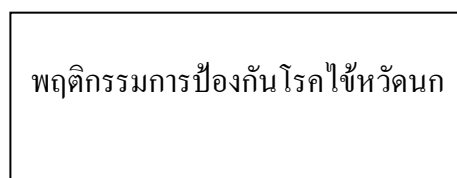
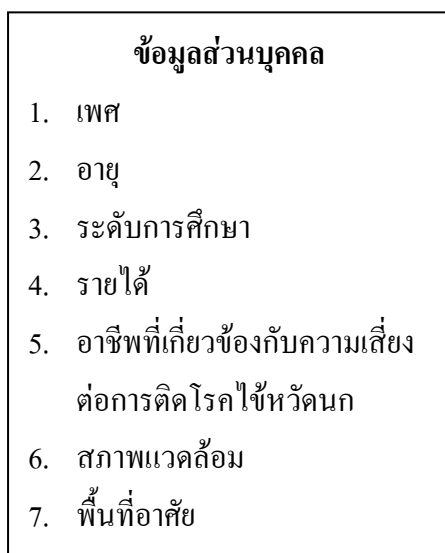
จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าพื้นที่อาศัย มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำพื้นที่อาศัย มาเป็นตัวแปรต้นเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีพื้นที่อาศัยต่างกัน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลจะมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยจากข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวว่า มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวหรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และนำข้อมูลนั้นมาปรับปรุงใช้ในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและประชาชนโดยทั่วไป ในอำเภอมทพท และในพื้นที่อื่นที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดนก เพื่อให้ประชาชนมีความปลอดภัยจากโรคไข้หวัดนก และมีความคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์