

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อเป็นข้อมูล นำไปพัฒนามาตรฐานงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก และสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเพื่อเป็นแนวคิดและหลักการดำเนินการวิจัยนำเสนอเป็นหัวข้อดังนี้

1. โรคไข้หวัดนก
2. บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
3. ทฤษฎีความสามารถของตนเอง
4. แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม
5. ข้อมูลพื้นฐานพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคไข้หวัดนก

โรคไข้หวัดนก เป็นความผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H5N1 นับเป็นโรคติดต่อในกลุ่มโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบันอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่มนุษยชาติได้ หากไม่ได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคนี้อย่างจริงจัง โดยเริ่มมีการระบาดในสัตว์ปีกในฮ่องกง ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2540 (CDC, 1998) และในปี พ.ศ.2547 การระบาดในสัตว์ปีกได้แพร่กระจายไปหลายประเทศทั่วโลกจำนวน 62 ประเทศ รวม 5 ะลอก ทั้งในทวีปเอเชีย ยุโรป และแอฟริกา (CDC, 2004) ส่วนในประเทศไทย พบว่าเริ่มมีรายงานการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกครั้งแรกในช่วงเดือนมกราคมปี พ.ศ. 2547 (CDC, 2004) จากนั้นมีการระบาดครั้งต่อๆมาอีกทุกปีโรคนี้มีความสำคัญทั้งในด้านการเกษตร การสาธารณสุข สังคม และก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจค่อนข้างมาก จากปัญหาการท่องเที่ยวและการทำลายสัตว์ปีก

ที่ตรวจพบเชื้อไข้หวัดนกมากกว่า 60 ล้านตัว คิดเป็นเงินที่ต้องสูญเสียไม่น้อยกว่า 5,455 ล้านบาท (กรมปศุสัตว์, 2553) โรคนี้นอกจากทำให้สัตว์ป่วยตายจำนวนมากมาแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขทำให้คนป่วยและตายเป็นจำนวนมาก

โรคไข้หวัดนกพบการระบาดแพร่ติดต่อโดยตรงมาถึงคนได้เป็นครั้งแรกในฮ่องกงตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 (Chan, 2002) มีผู้ป่วย 18 ราย เสียชีวิต 6 ราย ในปัจจุบันข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานพบผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก จำนวน 502 ราย เสียชีวิต 298 ราย ใน 15 ประเทศ (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2553) โรคนี้ระบาดอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย (Chotpitayasunondh, 2004) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 - เดือนธันวาคม พ.ศ.2553 พบผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนกในประเทศไทยป่วยจำนวน 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 68.0 องค์การอนามัยโลกและองค์กรโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าโรคไข้หวัดนกที่ระบาดอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีแนวโน้มจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นและจะมีการระบาดอีกหลายระลอก หากไม่มีมาตรการควบคุม ป้องกันที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการกลายพันธุ์เป็นเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ที่มีความรุนแรงมากขึ้น กลายเป็นสาเหตุของการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza Pandemic) ดังที่เคยมีประวัติการระบาดทั่วโลกมาแล้วหลายครั้ง เป็นระยะๆ ทั่วรอบ 10-30 ปี (สำนักควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2548) ทำให้ประชาชนเสียชีวิตและเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาล แม้ยังไม่สามารถคาดการณ์การระบาดใหญ่ได้ แต่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและภาคเอกชน ต้องเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันและลดความสูญเสียให้ได้มากที่สุด

โรคไข้หวัดนก Avian Influenza (Bird Flu) (ศูนย์ควบคุมโรคไข้หวัดนก, 2549)

Influenza หมายถึง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Influenza ในตระกูล Orthomyxoviridae ซึ่งเป็น RNA ไวรัสชนิด มีเปลือกหุ้ม (envelope) โดยมี surface antigens ที่สำคัญ ได้แก่ hemagglutinin (H) มี 15 ชนิด และ neuraminidase (N) มี 9 ชนิด เชื้อไวรัส Influenza แบ่งเป็น 3 types ได้แก่

1. Type A แบ่งย่อยเป็นหลาย subtypes ตามความแตกต่างของ H และ N antigens พบในคนและสัตว์ ชนิดต่างๆ

1.1 พบในคน 3 ชนิด ได้แก่ H1N1, H2N2, H3N2 และตัวปัญหา H5N1 พบในคนเมื่อปี พ.ศ. 2540 ที่ประเทศฮ่องกง

1.2 พบในสุกร 3 ชนิด ได้แก่ H1N1, H1N2 และ H3N2

1.3 พบในม้า 2 ชนิด ได้แก่ H3N8 และ H7N7

1.4 ในสัตว์ปีก พบทุกชนิด ได้แก่ H1-15 และ N1-9

2. Type B ไม่มี subtype พบเฉพาะในคน
3. Type C ไม่มี subtype พบในคนและสุกร

ลักษณะและความทนทานของเชื้อ

เชื้อไวรัสนี้มีเปลือกหุ้มจึงถูกทำลายได้ง่ายด้วยความร้อน เช่น ที่อุณหภูมิ 56 องศาเซลเซียส นาน 3 ชั่วโมง หรือที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที และสารเคมีต่างๆ เช่น สารที่มีคุณสมบัติในการละลายไขมัน (Lipid Solvents) Formalin, Betapropiolactone, Oxidizing agents, Sodium dodecylsulfate, Hydroxylamine, Ammonium ions และ Iodine compounds เชื้อนี้สามารถคงอยู่ได้นานในสิ่งขี้ถ่าย เช่น น้ำมูก น้ำตา น้ำลาย เสมหะ อุจจาระ ฯ เชื้อนี้สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงทาง Antigenicity ได้ง่าย โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่ Gene เพียงเล็กน้อย (Antigenic Drift) หรือมีการเปลี่ยน Gene ในกรณีที่ เซลล์มีการติดเชื้อ 2 Subtypes ที่แตกต่างกัน กลายเป็น Subtype ใหม่ (Antigenic Shift)

การติดเชื้อในสัตว์ปีก (Avian influenza) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

ชนิดที่ 1 Apathogenic and mildly pathogenic avian influenza เป็นชนิดที่ไม่แสดงอาการ และที่ทำให้มีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย พบได้ในประเทศต่างๆ ทั่วโลกอาจมีสาเหตุจากเชื้อชนิด H1-15

ชนิดที่ 2 Highly pathogenic avian influenza (HPAI) หรือเดิมเรียกว่า Fowl plague เป็นชนิดที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงมากมีอัตราการตายสูง มีรายงานการระบาดในบางประเทศเท่านั้น เช่น สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก ประเทศยุโรป ออสเตรเลีย ฮองกง และปากีสถาน ในประเทศไทยไม่เคยมีการระบาดของโรคนี้ แม้ว่าจะเป็นโรคในพระราชบัญญัติโรคสัตว์ พ.ศ. 2499

เชื้อก่อโรค

เกิดจากเชื้อไวรัส Avian Influenza type A ในตระกูล Orthomyxoviridae ซึ่งเป็น RNA ไวรัสชนิดมีเปลือกหุ้ม โดยมีแอนติเจนที่ผิวที่สำคัญ ได้แก่ Hemagglutinin (H) มี 15 ชนิด และ Neuraminidase (N) มี 9 ชนิด ซึ่งสายพันธุ์ต่าง ๆ ของเชื้อจะถูกเรียกแตกต่างกันไปตามชนิดแอนติเจนนี้ เช่น สายพันธุ์ H7N2 จะมี H ชนิดที่ 7 และ N ชนิดที่ 2 ในทำนองเดียวกันสายพันธุ์ H5N1 จะมี H ชนิดที่ 5 และ N ชนิดที่ 1 ทุกสายพันธุ์จะติดต่อกันได้ในนก อย่างไรก็ตามสายพันธุ์ที่ติดต่อกันได้ในคน ได้แก่ สายพันธุ์ที่ประกอบด้วยแอนติเจน H1, H2, H3 และ N1, N2 โดยเชื้อไวรัสที่ก่อโรคในสัตว์ปีกนี้มีทั้งสายพันธุ์ชนิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพรุนแรง (Highly pathogenic avian influenza : HPAI) การระบาดในอดีตที่สัตว์ปีกมีอาการรุนแรง และเสียชีวิต ชนิดอาการที่ไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการ (Low Pathogenic Avian Influenza : LPAI) การระบาดในอดีตที่สัตว์ปีกมีอาการรุนแรง มักเกิดจาก สายพันธุ์ H5 และ H7 แต่อย่างไรก็ตามมีเชื้อที่มีแอนติเจน H5 หรือ H7 ทุกตัวที่เป็น HPAI

แหล่งโรคในสัตว์และสิ่งแวดล้อม

1. สัตว์ปีกทุกชนิดมีความไวต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดนกซึ่งจะป่วยหรือตาย แต่มักเปิดน้ำนกอพยพรวมทั้งนกชายทะเล นกนางนวล ห่าน นกเป่า และเป็ดป่าสามารถแพร่เชื้อไวรัสชนิดนี้ได้โดยไม่แสดงอาการป่วยซึ่งถือว่าเป็นสัตว์ปีกที่เป็นแหล่งโรคสำคัญ และมักเคลื่อนย้ายถิ่นฐานที่อยู่เป็นสาเหตุสำคัญของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดนกข้ามจังหวัด (Li, et al., 2004) และสัตว์อื่น ๆ โดยเฉพาะหมูที่เป็นแหล่งของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ระบาดในคน เนื่องจากอาจมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดการกลายพันธุ์ ถ้าหมูสามารถติดเชื้อไข้หวัดนกได้ (Webster, et al., 1995)

2. ไวรัสอาจอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ไม่กี่ชั่วโมงหรือนานถึง 105 วัน ขึ้นกับสภาพแวดล้อม เชื้อจะอยู่ได้นานในที่ที่มีอุณหภูมิต่ำและความชื้นสูงมีรายงานว่าในประเทศเซเชลล์ เชื้อไวรัสไข้หวัดนกมักมีการระบาดในช่วงฤดูหนาว (Shortridge, et al., 1998) แต่ประเทศในเขตร้อนมีความแตกต่างของฤดูกาลที่มีการระบาดของไวรัสไข้หวัดนกเช่นเดียวกับที่มีความแตกต่างในฤดูกาลระบาดของไวรัสไข้หวัดใหญ่ ซึ่งระบาดในฤดูฝน แตกต่างจากประเทศทางตะวันตกซึ่งมักระบาดในฤดูหนาว (Wongsurakiat, et al., 2004) ดังนั้นวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งคน และสัตว์ เช่นนกเป่าห่าน แมลง นกกระจอก จึงเป็นปัจจัยในการกระจายโรค สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลจากการศึกษาของคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่าเชื้อไข้หวัดนก (H5N1) สามารถอยู่ในมูลไก่สดในอุณหภูมิระหว่าง 25-33 องศาเซลเซียส ในร่มไม่สัมผัสแสงแดดโดยตรง ได้ยาวนานประมาณ 4 วัน แต่จะอยู่กลางแสงแดดที่มีอุณหภูมิระหว่าง 25-33 องศาเซลเซียส ได้ไม่เกินครึ่งชั่วโมง

วิธีการติดต่อระหว่างสัตว์

1. การติดต่อของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกเกิดจากการสัมผัสมูลสัตว์โดยตรง ซึ่งเป็นวิธีติดต่อที่สำคัญระหว่างนกด้วยกัน นกเป่าจะเป็นตัวนำเชื้อไวรัสไข้หวัดนกไปยังสัตว์ปีกที่เลี้ยงในโรงเรือนปิด โดยผ่านการปนเปื้อนของมูล

2. การติดเชื้อโดยการสัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนเชื้อโรค (Mechanical Transmission) มูลของนกเป็นแหล่งของเชื้อไวรัสที่สำคัญ โดยพบว่าการขับเชื้อไวรัสทางมูลเป็นเวลา 7-14 วัน หลังจากการติดเชื้อ โดยพบไวรัสในวัสดุปูรอง มูลสัตว์ได้ในระยะเวลานานถึง 4 สัปดาห์หลังการปนเปื้อนเชื้อ

3. การติดเชื้อจากการหายใจเอาเชื้อที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมของสัตว์ที่ป่วย ก็พบว่าการติดเชื้อได้นอกจากนี้ยังพบว่า สามารถพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนกได้ในเปลือกไข่ชั้นในและชั้นนอก อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงานการติดต่อจากแม่ไก่ผ่านไปยังลูกไก่ทางไข่ (Vertical Transmission) ส่วนการติดต่อผ่านไข่ที่ปนเปื้อนเชื้อไปยังฟาร์มอื่นนั้น มักจะเกิดการปนเปื้อนเชื้อที่เปลือกไข่ หรือถาดไข่ ซึ่งจัดเป็นการติดต่อที่สำคัญวิธีหนึ่ง

ระยะฟักตัวและอาการในสัตว์

ระยะฟักตัวสั้น อาจจะสั้นเพียงไม่กี่ชั่วโมงหรือยาว ถึง 3 วัน อาการและอาการแสดงนั้น มีความผันแปรตั้งแต่ระดับที่ไม่รุนแรงไปจนถึงขั้นเสียชีวิต ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อไวรัสและสัตว์ที่ได้รับเชื้อ สัตว์ที่ติดเชื้ออาจจะไม่แสดงอาการป่วย ส่วนในสัตว์ป่วยอาจจะแสดงอาการดังนี้ ซึม ผอม ไม่กินอาหาร ขนยุ่ง ขนร่วง ซึม ปริมาณไขลดลง ไอ จาม หายใจลำบาก น้ำมูก หงอนและเหนียง มีสีคล้ำ มีอาการทางประสาท ท้องเสีย สัตว์บางตัวอาจจะตายกะทันหันโดยไม่มีอาการแสดงชัดเจน เมื่อเกิดการระบาดของไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ซึ่งมีความรุนแรงสูง (HPAI) อัตราป่วยตายในสัตว์ที่เลี้ยงไว้ อาจสูงถึงร้อยละ 100 แต่ไวรัสชนิดนี้อาจทำให้สัตว์ชนิดอื่น ๆ ป่วยตายด้วย เช่น เป็ด นกกระทา ไก่ทอง ฯลฯ

1. ปัจจัยเสี่ยงในสัตว์

โรคไข้หวัดในสายพันธุ์ต่าง ๆ มีการระบาดในนกป่า เป็ด นกเป็ดน้ำ นกน้ำ ซึ่งเป็นแหล่งของเชื้อไวรัสไข้หวัดนกที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ไก่ทองยังเป็นแหล่งกักกันโรค ที่ก่อให้เกิดปัญหาโรคไข้หวัดนกได้ ไก่ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันที่มีโอกาสสัมผัสกับนกน้ำมีความเสี่ยงสูง อาจมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้มีการระบาดแต่ละพื้นที่ ซึ่งควรจะศึกษาค้นคว้าให้ทราบชัดเจนเพื่อใช้ในการป้องกันโรคต่อไป

2. วิธีติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน/คนสู่คน มีรายงานว่าคนติดเชื้อและป่วยจากเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H7N7, H9N2 และ H5N1 ซึ่งคนสามารถติดเชื้อจากสัตว์ได้โดยการสัมผัสกับสัตว์ที่ป่วยโดยตรง และโดยอ้อมจากการสัมผัสกับสิ่ง คัดหลังจากสัตว์ที่เป็นโรค เช่น มูล น้ำมูก น้ำตา และ น้ำลายของสัตว์ป่วย การติดต่อจากคนสู่คนเป็นไปได้ยาก แต่อย่างไรก็ตาม จากรายงานการศึกษาระบาด เกิดการระบาดในต่างประเทศและในประเทศไทย มีกรณีที่น่าจะติดต่อจากคนสู่คน ซึ่งการติดต่อจากคนสู่คนนั้นเกิดจากการสัมผัสอย่างใกล้ชิดโดยไม่มีเครื่องป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment) ดังเช่นกรณีญาติและบุคลากรทางแพทย์ที่อาจติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 จากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Ungchusak, et al., 2005)

การติดเชื้อไข้หวัดนกในคน

คนสามารถติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกจากสัตว์ได้จากการสัมผัสสัตว์ป่วยโดยตรง และโดยทางอ้อมจากการ สัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งจากสัตว์ที่เป็นโรคเช่น อุจจาระ น้ำมูก น้ำตา น้ำลายของสัตว์ป่วย จากการเฝ้าระวังโรค ยังไม่มีการติดต่อระหว่างคนและคน ผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค ได้แก่ ผู้ที่มีอาชีพและใกล้ชิดสัตว์ปีก เช่น ผู้เลี้ยง หม่า ขนส่ง ขนย้าย ผู้ขายสัตว์ปีกและซากสัตว์ปีก ตัวบาล และสัตว์แพทย์ รวมทั้งผู้ที่ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมซึ่งปนเปื้อนเชื้อไข้หวัดนก

1. ระยะฟักตัว

โรคไข้หวัดนกมีระยะฟักตัวนานกว่าไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal Influenza) ในคนเพียงเล็กน้อย โดยผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกมีระยะฟักตัวได้ตั้งแต่ 2 - 8 วัน เฉลี่ย 4 วัน (กรมการแพทย์, 2551) ทั้งนี้ระยะเวลาฟักตัวในรายที่สงสัยว่าอาจติดต่อกับคนสู่คน ยังมีแนวโน้มว่าจะยาวนานถึง 8 - 17 วัน แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีที่ยืนยัน เนื่องจากประวัติการสัมผัสสัตว์และสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจน แต่ก็มีหลักฐานการรายงานที่อาจเป็นไปได้ว่ามีการติดโรคในผู้สัมผัสที่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Liem & Lim, 2005)

2. แหล่งของไวรัส

สัตว์ปีกทุกชนิดมีความไวต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดนก สามารถที่จะแยกเชื้อได้จากนกน้ำ รวมทั้ง นกชายทะเล นกนางนวล ห่าน และนกป่า เป็ดป่าสามารถที่จะนำเชื้อไวรัสชนิดนี้ โดยที่ไม่แสดงอาการป่วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญในสัตว์ปีก

3. ลักษณะทางคลินิกและการวินิจฉัยโรคไข้หวัดนกในคน

ผู้ป่วยทุกรายมีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส และส่วนใหญ่มีอาการไอ ร้อยละ 67-100 (กรมการแพทย์, 2551) เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยไข้หวัดนกนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 มาด้วยอาการหอบเหนื่อย ร้อยละ 76-100 นอกจากนั้นยังมีอาการระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 41-70 และอาจพบอาการทางสมอง เช่น ชีม ชัก เป็นอาการนำได้ด้วย ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดจะมีภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง จะมีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะ Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) โดยระยะเวลาเริ่มป่วยไปจนมี ARDS ประมาณ 4 - 13 วันโดยเฉลี่ยนาน 6 วัน นอกจากนี้ยังพบภาวะการทำงานของหลายอวัยวะล้มเหลว (Multi-Organ Failure) ได้ด้วย โดยเฉพาะในเด็กและผู้สูงอายุ

4. ภาพรังสีทรวงอก

ภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยไข้หวัดนกที่มีปอดบวมอักเสบร่วมด้วยมีลักษณะที่ไม่จำเพาะ อาจเริ่มต้นด้วยลักษณะ Interstitial infiltration, Multifocal infiltration, Patchy infiltration หรือ Segmental/Lobular consolidation แล้วอาจลุกลามไปเป็นแบบ Diffuse alveolar infiltration ลักษณะของ White-out lungs ในผู้ป่วยที่มีภาวะ ARDS (สำนักควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2548)

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5.1 CBC ในระยะแรกพบ Leukopenia, Lymphopenia อาจพบ Trombocytopenia และ/หรือ Pancytopenia ได้ในปลายสัปดาห์แรก

5.2 Liver enzyme พบมีระดับสูงกว่าปกติโดยเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรง

5.3 Rapid test สำหรับ Influenza A เป็นการตรวจหา Antigen ของ Influenza A จาก Nasopharyngeal swab/wash/aspiration หรือ Tracheal aspiration โดยใช้หลักการของ Immunochromatography

หรือ Enzyme Immuno Assay (EIA) การทดสอบดังกล่าวได้ผลรวดเร็วภายใน 15-30 นาที หากมีผลบวก จะแสดงว่าป่วยจาก Influenza A ซึ่งหากรวมกับประวัติการสัมผัสสัตว์ปีกป่วยตาย จะช่วยให้สามารถให้การรักษาด้วย Oseltamivir ได้ตั้งแต่ระยะแรกของโรค (สำนักควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2548)

6. การดูแลรักษาผู้ป่วย

ยารักษาไข้หวัดใหญ่ในกลุ่ม Adamantanes derivative ใช้ได้เฉพาะ Influenza A เช่น Amantadien และ Rimantadiene ซึ่งในปี พ.ศ.2540 ได้นำมารักษาผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกในฮ่องกง แต่ในปี พ.ศ.2546 เป็นต้นมา พบว่า เชื้อโรคไข้หวัดนก (H5N1) จากประเทศเวียดนาม และประเทศไทย คือต่อจากกลุ่มนี้ จึงไม่แนะนำให้นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกอีกต่อไป (CDC, 2004)

การดูแลรักษาผู้ป่วยต้องเหมาะสมเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคและลดภาวะแทรกซ้อน แยกผู้ป่วยเข้าห้องแยก (Isolation Room) และต้องให้ยาต้านไวรัสในกลุ่ม Neuraminidase inhibitor คือ ยา Oseltamivir (Tamiflu) ในผู้ใหญ่ ให้รับประทาน 1 เม็ดขนาด 75 มิลลิกรัม หลังอาหาร เข้าและเย็น นาน 5 วัน ในเด็ก ให้ขนาดดังต่อไปนี้ น้ำหนักตัว น้อยกว่า 15 กิโลกรัม ให้ 30 มิลลิกรัม เข้าและเย็นหลังอาหาร นาน 5 วัน น้ำหนักตัว 16- 23 กิโลกรัม ให้ 45 มิลลิกรัม เข้าและเย็นหลังอาหาร นาน 5 วัน น้ำหนักตัว 24-40 กิโลกรัม ให้ 60 มิลลิกรัม เข้าและเย็นหลังอาหารนาน 5 วัน น้ำหนักตัวมากกว่า 40 กิโลกรัม ให้ 1 เม็ด เข้าและเย็นหลังอาหาร นาน 5 วัน

ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับสัตว์ปีกหรือคนที่ป่วยตายด้วยโรคไข้หวัดนก โดยไม่ได้ใส่เครื่องป้องกันร่างกายที่เหมาะสมควรได้รับ Oseltamivir ในลักษณะ Post-exposure prophylaxis จนครบ 7 วัน (สำนักควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2548)

7. ปัจจัยเสี่ยงในคน

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ในประเทศไทย พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้หวัดนก สายพันธุ์ H5N1 ในคนได้แก่ การสัมผัสสัตว์ปีกที่ตายผิดปกติโดยตรง การอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีการป่วยตายผิดปกติของสัตว์ปีกรอบ ๆ บ้าน และการมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องหรือสัมผัสกับสัตว์ปีก (คารินทร์ อารีโชคชัย และอุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล, 2548) จากการสอบสวนโรคของสำนักกระบาดวิทยาจากผู้ป่วยไข้หวัดนกทั้งหมด 19 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก จำนวน 6 ราย ไม่มีประวัติสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ปีก แต่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีการป่วยตายผิดปกติ และอีก 2 ราย มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยไข้หวัดนก ซึ่งปัจจัยเสี่ยงในคนก็ยังคงต้องศึกษาในรายละเอียดต่อไปเช่นกัน

แนวทางการเฝ้าระวังสอบสวนโรค

1. เฝ้าระวังการป่วยด้วยโรคปอดบวมและไข้หวัดใหญ่ โดยผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่ามีอาการปอดบวม หรือไข้หวัดใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ขอให้ซักถามประวัติดังนี้

1.1 การอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีสัตว์ปีกป่วยตายในรอบ 14 วัน ก่อนเริ่มป่วย

1.2 การสัมผัสโดยตรงหรือทางอ้อมกับอุจจาระหรือสิ่งคัดหลั่ง ของสัตว์ปีกที่ป่วยตาย ในรอบ 7 วันก่อนเริ่มป่วย

1.3 การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยปอดบวมรายอื่น ในรอบ 10 วัน ก่อนเริ่มป่วย

หากมีประวัติดังกล่าวเพียงข้อใดข้อหนึ่งให้รายงาน และทำการสอบสวนพร้อมทั้งควบคุมโรคในพื้นที่ทันที

1.4 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากปอดบวมทุกราย ให้เก็บตัวอย่างส่งตรวจหาการติดเชื้อไข้หวัดนก

1.5 เมื่อมีผู้สงสัยป่วยด้วยโรคไข้หวัดนก ให้ทำการติดตามสอบสวนและควบคุมโรคในชุมชน และติดตามสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาอย่างน้อย 10 วัน นับจากวันที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยวันสุดท้าย (สำนักควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2548)

คำแนะนำสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดนก

ผู้บริโภคร

1. ผู้บริโภคไก่และผลิตภัณฑ์จากไก่ ควรรับประทานเนื้อที่ปรุงสุกเท่านั้น เนื่องจากเชื้อโรคต่าง ๆ ที่อาจปนเปื้อนมา ไม่ว่าจะเป็นไวรัส แบคทีเรีย หรือพยาธิ จะถูกทำลายไปด้วยความร้อน

2. เนื้อไก่ที่มีขายอยู่ตามท้องตลาด ถือว่ามีความปลอดภัยสามารถบริโภคได้ตามปกติ แต่ต้องรับประทานเนื้อไก่สุกเท่านั้นงดการรับประทานเนื้อไก่กึ่งสุกกึ่งดิบ

3. ไข่ไก่ควรเลือกฟองที่สดใหม่ และไม่มีมูลไก่ติดเปื้อนที่เปลือกไข่ ก่อนปรุงควรนำมาล้างให้สะอาดและปรุงให้สุกก่อนรับประทาน

ผู้ชำแหละไก่ ผู้ชำแหละไก่อาจมีความเสี่ยงจากการติดโรคจากสัตว์ จึงควรระมัดระวังขณะปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ต้องไม่ซื้อไก่ที่มีอาการผิดปกติจากการติดเชื้อ เช่น ซึมหงอย ขนฟู หน้า หงอนหรือเหนียงบวมคล้ำ มีน้ำมูก หรือจี้ไหล เป็นต้น หรือไก่ที่ตายมาชำแหละขาย

2. ไม่ซิงสัตว์ปีกจำพวก ไก่ เป็ด ห่าน ฯลฯ ที่รอชำแหละไว้ในกรงใกล้ ๆ กัน เพราะจะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เชื้อโรคกลายพันธุ์ จนอาจเกิดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ๆ ที่เป็นอันตรายทั้งต่อคนและสัตว์ได้

3. ควรทำความสะอาดกรงและอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ ด้วยน้ำผงซักฟอก และนำไปทิ้งกลางแดดจัด ๆ นอกจากนั้นอาจราดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเดือนละ 1-2 ครั้ง

4. หากสัตว์ที่ฆ่าหละมีลักษณะผิดปกติ เช่น มีจุดเลือดออก มีน้ำหรือเลือดคั่ง หรือจุดเนื้อตายสีขาวที่เครื่องใน หรือเนื้อมีสีผิดปกติ ต้องไม่นำไปจำหน่าย และรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์มาตรวจสอบทันที เพราะอาจเป็นโรคระบาด
5. ต้องล้างบริเวณฆ่าหละสัตว์ให้สะอาดด้วยน้ำผงซักฟอกหลังเสร็จสิ้นการฆ่าหละไก่ และควรราดน้ำยาฆ่าเชื้อโรคเดือนละ 1-2 ครั้ง
6. ผู้ฆ่าหละไก่ควรดูแลและมัดระวังตนเองอย่างถูกต้อง โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ แวนตา รองเท้าบูต และต้องหมั่นล้างมือบ่อย ๆ
7. รับประทานอาหารร่างกายด้วยน้ำและสมุนไพรให้สะอาด และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งหลังปฏิบัติงานเสร็จ ส่วนเสื้อผ้าชุดเดิม พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ แวนตาควร นำไปซักหรือล้างให้สะอาด และผึ่งกลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

เกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ รวมทั้งผู้เลี้ยงสัตว์

กรมปศุสัตว์ ออกมาตรการสำหรับเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ หรือผู้ที่ต้องเกี่ยวข้องกับสัตว์ใน ฟาร์มที่มีการระบาด โรงฆ่าสัตว์ปีก ผู้รับซื้อสัตว์ปีกซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดโรคนั้นควรปฏิบัติ ดังนี้

มาตรการสำหรับฟาร์มไก่พื้นเมือง

1. ควบคุมการเข้า - ออก ของคน สัตว์ ไม่ให้ยานพาหนะและคน โดยเฉพาะรถรับซื้อไก่ รถรับซื้อไข่ รถรับซื้อไก่ รวมถึงคนรับซื้อไก่ไข่ หรือไข่ไก่เข้ามาในฟาร์มหรือบริเวณบ้าน
2. งดซื้อไก่จากพื้นที่อื่นๆเข้ามาเลี้ยง
3. รักษาความสะอาดในโรงเรือน ทำโรงเรือนแบบปิด หรือใช้ตาข่ายคลุม และกำจัดเศษอาหาร เพื่อป้องกันไม่ให้สัตว์อื่น ๆ รวมทั้งนก หนูเข้ามาในโรงเรือน เพราะอาจนำเชื้อโรคเข้ามาใน ฟาร์ม
4. ไม่ใช้น้ำจากแหล่งน้ำสาธารณะเช่นแม่น้ำลำคลอง เลี้ยงไก่ หากจำเป็นให้ผสมยาฆ่าเชื้อ เช่น คลอรีน
5. หากมีไก่ป่วยหรือตายไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ในพื้นที่ทันที ไม่ นำไก่ที่ป่วยหรือตายออกมาจำหน่าย อย่าทิ้งซากสัตว์ลงในแหล่งน้ำ หรือที่สาธารณะ ต้องกำจัดทิ้งโดยการเผา หรือฝังในหลุมลึกไม่น้อยกว่า 5 เมตร ณ จุดเกิดโรค รวมทั้งมูลไก่ ไข่ และอาหารสัตว์ด้วย แล้วราดด้วยค้ำยน้ำยาฆ่าเชื้อ
6. ก่อนเข้าไปในฟาร์ม สัมผัสสัตว์ป่วย ซากสัตว์ที่ตาย หรือทำลายสัตว์ ควรสวมผ้าพลาสติกกันเปื้อนผ้าปิดปาก จมูก ถุงมือ หมวก หลังเสร็จงานรีบอาบน้ำด้วยน้ำและสมุนไพรให้สะอาด เปลี่ยน เสื้อผ้าทุกครั้ง เสื้อผ้าที่ใช้แล้ว พลาสติก หรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือต้องถอดทิ้ง หรือ นำไปซักหรือล้างให้สะอาดก่อนนำมาใช้อีก

7. ทำลายเชื้อโรคในพื้นที่ที่เกิดโรคระบาดโดยการฉีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโรคในบริเวณฟาร์ม กรง เล้า พื้นคอก และรอบๆ เข้า เย็น ทุกวัน

ไม่นำไก่ที่ป่วยหรือตายออกมาจำหน่าย อย่าทิ้งซากสัตว์ที่ตายลงในแหล่งน้ำ หรือ ที่สาธารณะ ต้องกำจัดทิ้งโดยการเผา หรือฝังในหลุมลึกไม่น้อยกว่า 5 เมตร ณ จุดเกิดโรค รวมทั้งมูลไก่ ไช้ไก่ และอาหารสัตว์ แล้วราดด้วยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ

ผู้ประกอบการอาหาร

ผู้ประกอบการทั้งเพื่อการจำหน่าย และแม่บ้านที่เตรียมอาหารในครัวเรือนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อจากอาหาร เน้นการป้องกัน ดังนี้

1. ควรเลือกซื้อเนื้อไก่ และผลิตภัณฑ์จากไก่จากแหล่งที่มีการรับรองมาตรฐานหรือร้านค้าประจำ และเลือกซื้อไก่สดที่ไม่มีลักษณะบ่งชี้ว่าอาจตายด้วยโรคติดเชื้อ เช่น เนื้อมีสีคล้ำ มีจุดเลือดออกเป็นต้น สำหรับไข่ ควรเลือกฟองที่ดูสดใหม่และไม่มีมูลไก่ติดเปื้อนที่เปลือกไข่ ก่อนปรุงควรนำมาล้างให้สะอาด

2. ไม่ใช้มือที่เปื้อนมาจับต้องจุก ตา และปาก และหมั่นล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังจับต้องเนื้อสัตว์และเครื่องในสัตว์

3. ควรแยกเขียงสำหรับหั่นเนื้อไก่ และมีเขียงสำหรับหั่นอาหารที่ปรุงสุกแล้ว หรือผักผลไม้ โดยเฉพาะ ไม่ใช้เขียงเดียวกัน

คำแนะนำทั่วไปในการรักษาสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อ ที่สำคัญ มี 2 ประการ คือ

1. ควรรักษาร่างกายให้แข็งแรง เพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรคได้ดี โดยการรับประทานอาหารให้ครบถ้วน รวมทั้งผักและผลไม้ งดบุหรี่และสุรา นอนหลับพักผ่อนให้พอเพียง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และในช่วงอากาศเย็นควรสวมเสื้อผ้าให้ร่างกายอบอุ่น

2. หากมีอาการไม่สบาย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ เป็นต้น ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที และแจ้งแพทย์ด้วยว่าทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ หรือมีประวัติสัมผัสซากสัตว์

การใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่

1. การใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก

1.1 แนวทางการควบคุมโรคไข้หวัดนกโดยใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดนก

1.1.1 องค์การระหว่างประเทศ (OIE/FAO) OIE/FAO International Scientific Conference on Avian Influenza, OIE Paris, France 7-8 April 2005 แนะนำในการใช้วัคซีนไข้หวัดนกควบคุมโรค ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบความปลอดภัยทางชีวภาพ (Biosecurity) การทำลายสัตว์ป่วย (Stamping Out) การให้ความรู้เกษตรกร และการเฝ้าติดตามฝูงสัตว์ที่ได้รับวัคซีน

เพื่อให้แน่ใจประสิทธิภาพ วิธีการใช้ และไม่มีการแพร่เชื้อไวรัสในฝูง ชนิดวัคซีนควรใช้ตามมาตรฐานของ OIE และกลยุทธ์การท้าวักขึ้น ตามข้อเสนอแนะ FAO

1.1.2 องค์การและสมาคมวิชาชีพทางสัตวแพทย์ ประเทศไทย สรุปผลสัมมนาเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2547 ดังนี้ เชื้อที่ระบาดในประเทศไทยมีเหตุผลที่ควรคำนึงคือ การป้องกันการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสไข้หวัดนก อาจนำไปสู่การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดนก จึงไม่สมควรใช้วัคซีนในสัตว์ แต่เนื่องจากการระบาดของไข้หวัดนก มีผลกระทบก่อให้เกิดความสูญเสียผลิตสัตว์ปีกอย่างมาก จึงต้องศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้วัคซีน และ ผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยกำหนดพื้นที่และเงื่อนไขในการศึกษาที่ชัดเจน ได้แก่ การเลือกวัคซีน การขึ้นทะเบียนผู้ให้และสัตว์ การติดตามผลการใช้วัคซีน ติดตามการติดเชื้อใน Sentinel birds ติดตามการเปลี่ยนแปลง ของเชื้อไวรัส กรอบเวลาการใช้วัคซีน และเงื่อนไขอื่นๆ ตามข้อกำหนดของ OEI หรือประเทศคู่ค้า ตามความเหมาะสม โดยเห็นสมควรดำเนินการในภาคเอกชน ภาครัฐ (กรมปศุสัตว์) และสถาบันการศึกษา

สถานการณ์โรคไข้หวัดนกในปัจจุบันสามารถควบคุมให้อยู่ในวงจำกัดได้ มาตรการที่ดำเนินการไปนั้นได้ผล และพิจารณาการใช้วัคซีนควบคุมโรคในต่างประเทศไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ รัฐบาลจึงมีนโยบายไม่อนุญาตให้ใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก ให้เน้นการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ด้วยการเฝ้าระวังโรคโดยการ x-ray ทุกพื้นที่ ทำความสะอาดและทำลายเชื้อโรคในพื้นที่พบโรคและพื้นที่เสี่ยง และปรับระบบการเลี้ยงสัตว์ปีกให้มีความปลอดภัยทางชีวภาพ การแก้ปัญหาโรคไข้หวัดนกให้เน้นความปลอดภัย ของประชาชนเป็นหลัก เกษตรกรมีชีวิตที่ปลอดภัยจากการเลี้ยงสัตว์ปีก และได้รับความช่วยเหลือจากผลกระทบ โรคไข้หวัดนก อย่างยั่งยืน

2. การใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในคน

การติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันที่พบบ่อยและก่อให้เกิดโรคได้ทุกกลุ่มอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าทำให้มีผู้ป่วยเสียชีวิตปีละ 20,000 คน และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 300,000 คนต่อปี ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึง 3,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกาสำหรัเป็นค่าบริการทางการแพทย์ ค่าวินิจฉัยโรคและค่ายาปฏิชีวนะ (Centers for Diseases Control and Prevention, 2001) การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ในศตวรรษที่ผ่านมาเกิดขึ้น 3-4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งก่อความสูญเสีย แก่ชีวิตคนและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล และโรคนี้ได้วางเว้นการระบาดใหญ่มา 30 กว่าปี ประกอบกับมีการระบาดของโรคไข้หวัดนกจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H5N1 ในสัตว์ปีกและคนในภูมิภาคเอเชีย 3-4 ปีที่ผ่านมา ก่อให้เกิดความกังวลแก่วงการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลกว่า จะเกิดการระบาดใหญ่ของโรค ไข้หวัดใหญ่จากสายพันธุ์ H5N1 คงจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพียงแต่ไม่ทราบจะเกิดเวลาใด สถานที่ใด ทั้งนี้เพราะ เชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H5N1 เป็นเชื้อชนิดใหม่ชนิดรุนแรงที่มนุษย์ไม่เคยมีภูมิคุ้มกันมาก่อน ทุกเพศ ทุกวัย จึงมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อนี้ได้

เท่ากัน โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าเมื่อมีการระบาดใหญ่จะมีผู้ติดเชื้อ ไข้หวัดใหญ่ชนิดนี้ถึงร้อยละ 20-35 สำหรับประเทศไทยมีการคาดการณ์ขึ้นต่ำหากมีการระบาดใหญ่ขึ้นจะมี ผู้ติดเชื้อ 6.5 ล้านคน (ร้อยละ 10 ของประชากร) และอาจมีผู้เสียชีวิต 65,000 คน การเตรียมความพร้อมรับการ ระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ จึงมีความจำเป็นและเร่งด่วนของประเทศต่างๆ ทั่วโลก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จึงเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุด เป็นเครื่องมือหลักที่จะใช้รับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้ทั่วถึงอย่างมั่นใจตั้งแต่บุคคลสำคัญของประเทศ กลุ่มเสี่ยงด้านอาชีพ การปฏิบัติงาน อายุและสุขภาพ และที่สำคัญพร้อมให้วัคซีนกับประชาชนทุกคน หากมีการระบาดใหญ่เกิดขึ้น

ประชากรเป้าหมาย ให้เป็นไปตามแนวทางของอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ และแนวทางการใช้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ของมูลนิธิส่งเสริม การศึกษา ไข้หวัดใหญ่ ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

- 2.1 บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่
- 2.2 บุคลากรทางการแพทย์ที่ดำเนินงานด้านควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในชุมชน
- 2.3 บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่เสี่ยงไข้หวัดใหญ่
- 2.4 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความสงบ เช่น ฝ่ายปกครอง ตำรวจทหาร เป็นต้น กับบริการสาธารณะ
- 2.5 บุคลากรที่เกี่ยวข้องเช่น พนักงานขนส่งสาธารณะ พนักงานไฟฟ้าพนักงานประปา พนักงานโทรศัพท์ เป็นต้น
- 2.6 ผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงที่เกิดผลแทรกซ้อนเมื่อป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่
- 2.7 ผู้มีอายุ 6 เดือน ถึง 64 ปี มีปัจจัยเสี่ยงเกิดผลแทรกซ้อนเมื่อป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ 2 ปีขึ้นไป
- 2.8 หญิงตั้งครรภ์ บุคคลที่มีผู้ป่วยภาวะภูมิคุ้มกันต่ำในครอบครัวเดียวกันซึ่งฉีดวัคซีนไม่ได้

บุคคลที่มีข้อห้ามของการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ได้แก่

1. ผู้ที่มีประวัติการแพ้ไข่ไก่ โปรตีนจากไข่ ส่วนประกอบอื่นของวัคซีน ถ้าจะฉีดต้องแจ้งให้แพทย์ทราบเสียก่อน แพทย์ให้ยากินในระยะ ไข้หวัดใหญ่ระบาด (สำหรับผู้ที่แพ้ แบบ Anaphylaxis ห้ามฉีดเด็ดขาด)
2. คนที่เคยแพ้การฉีดวัคซีนชนิดอื่นๆ แบบรุนแรงมาก่อน

3. ขณะที่กำลังมีไข้สูง แต่ถ้าป่วยเป็นโรคเล็กๆ น้อยๆ ให้ฉีดได้ด้วยความระมัดระวัง เช่น เด็กป่วยเป็นหวัดธรรมดา

ผลข้างเคียงและปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้แก่

1. ปวดบริเวณที่ฉีด ซึ่งพบน้อยกว่าหนึ่งในสามของผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน
2. ไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดตามกล้ามเนื้อ พบไม่บ่อย จะพบบ่อยขึ้นในบุคคลที่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่มาก่อน ปฏิกิริยาดังกล่าวจะปรากฏ 6-12 ชั่วโมงหลังฉีด และอาจเป็นอยู่นาน 1-2 วัน

3. ปฏิกิริยาภูมิแพ้เฉียบพลัน เช่น ลมพิษ บวม หอบหืด และอะนาฟิแล็กซิส หลายระบบ (Systemic anaphylaxis) พบได้แต่น้อยมาก

การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค ควรให้วัคซีนในช่วงก่อนถึงฤดูการระบาดในแต่ละปี และพิจารณาตามประกาศขององค์การอนามัยโลกให้ทราบว่า ประชากรซีกโลกภาคเหนือและซีกโลกภาคใต้ ให้ใช้สายพันธุ์ใดบ้างเป็นส่วนประกอบของวัคซีนที่จะเหมาะสมที่สุด ซึ่งความแตกต่างส่วนใหญ่มีอยู่ที่สายพันธุ์ H3N2 ส่วนสายพันธุ์ H1N1 และสายพันธุ์ B มักไม่แตกต่างกัน

สำหรับประเทศไทยอยู่ใกล้เส้นศูนย์สูตรยังไม่มีความชัดเจนเพราะอยู่ใกล้ทั้งซีกโลกภาคเหนือและภาคใต้ การเปรียบเทียบในหลายๆ ปี เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่เพาะแยกได้ในประเทศไทย ปรากฏว่าสายพันธุ์ H3N2 ที่พบในประเทศไทย บางปีก็มีแนวโน้มใกล้ไปทางซีกโลกภาคเหนือ บางปีก็ใกล้ไปทางซีกโลกภาคใต้ บางปีก็เหมือนกันทั้งสองซีกโลก การให้วัคซีนจึงมักจะใช้ได้ทั้งวัคซีนของซีกโลกเหนือหรือซีกโลกใต้

โรคไข้หวัดนกเป็นความผิดปกติของร่างกาย ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H5N1 นับเป็นโรคติดต่อในกลุ่มโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะกลายพันธุ์ติดต่อจากคนสู่คน และอาจเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ทั่วโลก ถึงแม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการสร้างความรู้ ความเข้าใจสถานการณ์ของโรคและความเสี่ยงของโรค มีการกำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการอยู่แล้วก็ตาม แต่ความพร้อมที่แท้จริงอยู่ที่ความสามารถของหน่วยงานทุกภาคส่วน รวมถึงประชาชนที่จะลงมือปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรวดเร็วและพอเพียงที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่มีความรุนแรงในระดับต่างๆ ได้ และควรมีการฝึกซ้อมแผนความพร้อมเพื่อเป็นฐานของการปรับปรุงแผนและแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนระบบงานให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งแม้ว่าไม่มีการระบาดใหญ่ เกิดขึ้น ความสามารถของบุคลากร หน่วยงาน และระบบงานที่ได้สร้างเสริมให้เข้มแข็งขึ้นไว้ ก็จะช่วยประโยชน์มหาศาลต่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ และภัยสุขภาพอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในประเทศ และระหว่างประเทศต่อไป

โดยสรุปแล้วความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกประกอบด้วยความรู้ด้านสาเหตุการเกิดโรค อาการ และการติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคทั้งในสัตว์ปีกและคน สำหรับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยเห็นว่า อสม. จำเป็นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ที่จะสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านความรู้ เกิดความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของโรคไข้หวัดนก ตลอดจนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

สถานการณ์โรคไข้หวัดนก (สำนักกระบาดวิทยา, 2553)

สถานการณ์โรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก

ทั่วโลก : ข้อมูลจากองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ พบว่า นับตั้งแต่การระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก ปี พ.ศ.2546 จนถึงปัจจุบัน มีรายงานการตรวจพบเชื้อ H5N1 ในสัตว์ปีกได้แก่ ไก่ ไก่วง เป็ด เป็ดป่า หงส์ นก นกอพยพ นกป่า นกกระทา นกยางชน นกกระจอก นกฟิราบ ฟาร์มสัตว์ปีก สัตว์ปีกที่เลี้ยงไว้ที่บ้าน ฯลฯ และมีประเทศต่างๆ ที่พบการระบาดของไวรัสไข้หวัดนก (H5N1) ทั้งในทวีปเอเชีย ยุโรป และแอฟริกา รวม 62 ประเทศ ในปี พ.ศ.2553 ประเทศที่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกที่เลี้ยงตามบ้านและสัตว์ป่าจำนวนทั้งสิ้น 18 ประเทศ ได้แก่ อัฟกานิสถาน บังกลาเทศ กัมพูชา สาธารณรัฐประชาชนจีน ไต้หวัน รัสเซีย เยอรมนี ฮองกง อินเดีย ญี่ปุ่น ลาว มองโกเลีย เนปาล ในจีเรีย รัสเซีย สเปน โดโก เวียดนาม และ ไทย

ประเทศไทย : ข้อมูลจากศูนย์ควบคุมไข้หวัดนก กรมปศุสัตว์ เริ่มมีรายงานการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกครั้งแรกในช่วงเดือนมกราคม ปี พ.ศ.2547 จากนั้นมีการระบาดครั้งต่อๆ มาอีก ทุกปีรวม 5 ระลอก ในปี พ.ศ.2549 พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกใน 2 จังหวัด ได้แก่ ในไก่ไข่ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม และไก่พื้นเมือง อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ปี พ.ศ. 2550 พบการระบาดใน 4 จังหวัด ได้แก่ ในเป็ดไข่ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในไก่ไข่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ในไก่พื้นเมือง อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทองและอำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ปี พ.ศ. 2551 พบการระบาดใน 4 จังหวัด ได้แก่ ในไก่เนื้อ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ และในไก่พื้นเมือง อำเภอสามโก้ จังหวัดพิจิตร อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ละอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุตรธานี ปี พ.ศ. 2553 พบการระบาดใน 22 จังหวัด กระจายใน 57 อำเภอ จำแนกเป็น ภาคเหนือ 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก ลำปาง เชียงราย พะเยา พิจิตร สุโขทัย และน่าน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 จังหวัด กระจายใน 19 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดสุรินทร์ กาฬสินธุ์ นครพนม สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุตรธานี รายละเอียดติดตามได้จากเว็บไซต์ของกรมปศุสัตว์

สถานการณ์โรคไข้หวัดนกในคน

ทั่วโลก : องค์การอนามัยโลกรายงานการติดเชื้อไข้หวัดนก H5N1 ในคน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 ถึงปัจจุบัน รายงาน ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2554 พบผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนก รวม 553 เสียชีวิต 323 ราย จาก 15 ประเทศ ได้แก่ ประเทศอาเซอร์ไบจาน ป่วย 8 ราย เสียชีวิต 5 ราย บังกลาเทศ 3 ราย กัมพูชา ป่วย 15 ราย เสียชีวิต 13 ราย จีน ป่วย 40 ราย เสียชีวิต 26 ราย สาธารณรัฐจิบูตี ป่วย 1 ราย อียิปต์ ป่วย 143 ราย เสียชีวิต 47 ราย อินโดนีเซีย ป่วย 177 ราย เสียชีวิต 146 ราย อิรัก ป่วย 3 ราย เสียชีวิต 2 ราย สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ป่วย 2 ราย เสียชีวิต 2 ราย สหภาพพม่า 1 ราย ไนจีเรีย ป่วย 1 ราย เสียชีวิต 1 ราย ปากีสถาน ป่วย 3 ราย เสียชีวิต 1 ราย ไทย ป่วย 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย ตุรกี ป่วย 12 ราย เสียชีวิต 4 ราย และเวียดนาม ป่วย 119 ราย เสียชีวิต 59 ราย โดยประเทศที่มีผู้ป่วยในปี พ.ศ.2554 มี 5 ประเทศ คือ กัมพูชา บังกลาเทศ อียิปต์ และประเทศอินโดนีเซีย รายละเอียดติดตามได้จาก เว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) (World Health Organization, 2008)

ประเทศไทย : ข้อมูลจากสำนักโรคระบาดวิทยา รายงานผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนกครั้งแรกในเดือนมกราคม พ.ศ.2547 จนถึงปัจจุบัน ไทยมีผู้ป่วยทั้งสิ้น 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย โดยพบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2547 พบผู้ป่วยยืนยัน 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย ปี พ.ศ. 2548 พบผู้ป่วยยืนยัน 5 ราย เสียชีวิต 2 ราย ที่จังหวัดกาญจนบุรี 2 ราย จังหวัดนนทบุรี 1 ราย จังหวัดกรุงเทพมหานคร 1 ราย และจังหวัดนครนายก 1 ราย ปี พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยยืนยัน 3 ราย เสียชีวิตทั้งหมด ที่จังหวัดพิจิตร จังหวัดอุทัยธานี และจังหวัดหนองบัวลำภู ในปี พ.ศ. 2550 ถึงปัจจุบัน ยังไม่พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกรายใหม่เพิ่มเติม รายละเอียดติดตามได้จากเว็บไซต์ของสำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

การเกิดโรคไข้หวัดนก (H5N1) ในประเทศไทย ได้ทำให้อุตสาหกรรม การเลี้ยงสัตว์ปีก ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง และการแพร่ของเชื้อไข้หวัดนกจากสัตว์ปีกมายังคน ทำให้ทั่วโลกตื่นตัวต่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้หวัดนก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการที่จะเกิดการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ อันเนื่องมาจากความเป็นไปได้ในการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดนก ซึ่งสถานการณ์ของโรคไข้หวัดนกในปัจจุบัน อยู่ในภาวะที่มีโอกาสเกิดการระบาดใหญ่ดังกล่าวได้มาก คาดว่าหากเกิดการระบาดรุนแรง (Pandemic) ในประเทศไทย อาจมีผู้ป่วยขึ้นต่ำถึง 6.5 ล้านคน (ร้อยละ 10 ของประชากร) และมีผู้เสียชีวิตในระยะแรกจำนวนมาก (ร้อยละ 10 ของผู้ป่วย) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายในการเตรียมความพร้อม ในการป้องกันและแก้ปัญหา การระบาดของไข้หวัดนก ขณะเดียวกัน ก็ต้องเตรียมความพร้อมต่อการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ด้วย ตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไข และเตรียมพร้อมรับมือปัญหาโรคไข้หวัดนก และการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551-2553) ซึ่งได้รับความ เห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ผลการดำเนินงาน ที่สำคัญได้แก่

1. การพัฒนาระบบ และกลไกการบริหารจัดการ แก้ปัญหาโรคไข้หวัดนกเชิงบูรณาการ
2. การจัดการระบบปศุสัตว์ที่ปลอดโรค ทั้งในสัตว์ปีกเศรษฐกิจและสัตว์ปีกพื้นเมือง ไก่ชน และเป็ดไล่ทุ่ง และควบคุมการ เคลื่อนย้ายสัตว์ปีกอย่างเคร่งครัด
3. การเฝ้าระวังและควบคุมโรคในสัตว์และคน เมื่อเกิดการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว โดยการเฝ้าระวังและควบคุมใน สัตว์ได้มีมาตรการในการทำลายสัตว์ให้เสร็จภายใน 12 ชั่วโมง โดยทีมสอบสวนควบคุมโรคเชิงรุก (SRRT team) จำนวน 1,030 ทีมทั่วประเทศ
4. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคเชิงรุก และการเตรียมความพร้อมรับมือการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ โดยการจัดทำ แผนและซ้อมแผนในทุกจังหวัดทั่วประเทศ

การขยายศักยภาพความพร้อมด้านบริการทางการแพทย์ โดยสามารถฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ และปรับปรุงสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้หวัดนก ให้มีความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้หวัด ใหญ่ที่มีอาการหนัก รวมทั้ง ปรับสถานบริการให้มีห้องแยกโรค

การจัดเตรียมเวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นให้ได้ตามเป้าหมาย ได้มีการจัดหาต้านไวรัส ชุดทดสอบเชื้อไข้หวัดใหญ่ แบบเร็ว วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชน และธุรกิจให้แพร่หลายมากขึ้น มีการจัดตั้งเครือข่าย การเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ โดยความร่วมมือของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบเฝ้าระวังและ ควบคุมโรคไข้หวัดนกให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ และได้มีการจัดทำสื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในการป้องกันโรคและวิธีการดูแล สุขภาพให้กับ อสม. และประชาชนในพื้นที่เสี่ยง รวมทั้งได้มีการพัฒนา อสม. ที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงให้มีทักษะในด้านการประเมินความเสี่ยงติดเชื้อไข้หวัดนกด้วยตนเอง การจัดทำโครงการ อสม. เคาะประตูบ้าน และการใช้ตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) ส่งเสริมการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของประเทศไทย

การศึกษาทางระบาดวิทยาของเชื้อไข้หวัดนกในคน ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อไข้หวัดนกในผู้ที่มีอาชีพสัมผัสกับสัตว์ปีก ผู้ที่ทำงานที่กำจัดสัตว์ปีกปวยตาย บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะได้ทราบกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ในปัจจุบันหรือวัคซีนป้องกันไข้หวัดนกเพื่อรองรับการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ในอนาคต ซึ่งในขณะนี้มีการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ Antiviral agents ในการป้องกันโรคไข้หวัดนก

บทบาทของ Antiviral Agents ในการป้องกันโรคไข้หวัดนก เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโรคไข้หวัดนกในคนพบได้ไม่บ่อย มีเพียงการระบาดในกลุ่มเสี่ยงเป็นครั้งคราว และยังไม่มีวัคซีน

ป้องกัน ดังนั้น Antiviral Agents ซึ่งสามารถป้องกันและรักษาการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในคนได้ทั้งหมด อาจจะมีบทบาทในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนก มีรายงานที่แสดงว่าการให้ Selective Oral Neuraminidase Inhibitor (Oseltamivir) ในคนที่ไม่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ขณะที่เกิดการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hayden, et al., 1999 : 1336-1343) ดังนั้น Antiviral Agents อาจมีบทบาทในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนก ขณะเกิดการระบาดในวงกว้างของโรคไข้หวัดนก โดยเฉพาะในปัจจุบันที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดนกในคน

การเตรียมตัวสำหรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ (Pandemic Influenza) เนื่องจากมีการระบาดของเชื้อไข้หวัดนก และสามารถติดต่อข้ามสายพันธุ์มาสู่คน มีรายงานประปรายที่แสดงว่าเกิดการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกในหมู (Zhou, et al., 1999 : 8551-8556) ดังนั้นโอกาสที่เชื้อไวรัสไข้หวัดนกจะเกิดการกลายพันธุ์เป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ และอาจทำให้เกิดการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ตามมาได้ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ทุกประเทศเตรียมพร้อมเพื่อรับสถานการณ์การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่

รัฐบาลไทยมีความตระหนักถึงความเสี่ยงของเชื้อไวรัสไข้หวัดนกจะกลายพันธุ์ จนอาจนำไปสู่การระบาดใหญ่จากคนสู่คน จึงได้ขอความร่วมมือในหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมกันจัดทำแผนเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ทั้งในระยะก่อนการระบาดใหญ่ ระยะเตือนภัยการระบาดใหญ่ ระยะระบาดใหญ่และระยะหลังการระบาดใหญ่

การดำเนินงานในระดับจังหวัด

พื้นที่ที่พบการระบาดของไข้หวัดนก ดำเนินงานดังนี้

1. เข้าควบคุมโรคตามข้อกำหนดของกรมปศุสัตว์ พ่นน้ำยาฆ่าเชื้อ และทำการค้นหาสัตว์ปีกป่วยตายทุกวัน ห้ามเคลื่อนย้ายสัตว์ปีก สั่งปิดบ่อนไก่ในพื้นที่เสี่ยง พร้อมทั้งจัดทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ให้ความรู้การป้องกันโรคไข้หวัดนกแก่ประชาชน

2. สถานบริการสาธารณสุขทำการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจทุกรายอย่างเข้มข้นเพื่อคัดกรองหาผู้มีความเสี่ยงติดเชื้อไข้หวัดนก

3. ดำเนินการตามมาตรการที่มีอยู่อย่างเข้มข้น

พื้นที่ที่ไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนก ดำเนินการดังนี้

1. กำชับมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มาตรการชะลอการอนุญาตชนไก่ ขอความร่วมมือประชาชนในการแจ้งเบาะแสหากพบเหตุผิดปกติ เช่น สัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติ

2. แจ้งเตือนเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกให้ทำโรงเลี้ยงสัตว์ที่ป้องกันการสัมผัสกับนกธรรมชาติ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยไม่มีผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนกสายใหม่ติดต่อกันมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี แต่ยังมีรายงานสัตว์ปีกป่วยตายในจังหวัดต่างๆ เกือบทุกวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหลายจังหวัดทางภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ รวมทั้งมีการตรวจพบสัตว์ปีกติดเชื้อไข้หวัดนกหรือรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนกสายใหม่ในทวีปเอเชียอยู่เสมอ ดังนั้นจึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของ อสม. ในการรับมือกับสถานการณ์ไข้หวัดนกอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงไปกับทีมเฝ้าระวังเชิงรุกและเครือข่ายภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และประชาชนโดยบทบาท อสม. คือ การเฝ้าระวังสถานการณ์โรคในชุมชนของตน สำรวจจำนวนสัตว์ปีกทั้งปกติและป่วยตาย ค้นหาผู้สัมผัสโรคที่มีอาการไข้หวัดใหญ่หรือสงสัยเป็นไข้หวัดนก และรายงานสถานการณ์ที่ผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่และทีมสอบสวนโรค (SRRT) เพื่อสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้แพร่ระบาดเพิ่มขึ้นหรือหยุดการระบาด

บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การรณรงค์สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ยดังนี้

พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือน

: เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

ดังนั้นในหมู่บ้านหนึ่ง ๆ จะมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ 10-20 คนต่อหมู่บ้าน

1. คุณสมบัติของ อสม.

1.1 เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน

- 1.2 มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้
- 1.3 เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
- 1.4 เป็นบุคคลที่สนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข
- 1.5 เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

2. หน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม.

2.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วน

2.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาไม้สะอาด โภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

2.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาล การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

2.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ การจัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน การถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน และการให้บริการที่จำเป็น ใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

2.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

2.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผน แก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนโดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

2.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

2.8 คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนาสาธารณสุขของหมู่บ้าน

3. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ตาม 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536)

เป็นกิจกรรมให้ประชาชนที่เป็นผู้นำเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือบริการประชาชนกันเอง เดิมนั้นองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดไว้ยี่สิบแปดกิจกรรม ต่อมาระยะหนึ่งประเทศไทยเพิ่มเป็น 10 กิจกรรม แต่ในปัจจุบันเพิ่มอีก 4 กิจกรรมรวมเป็น 14 กิจกรรม ดังนี้ (เขียนเป็นตัวย่อ NEWSITEM-MD-ECAA)

3.1 N = Nutrition ได้แก่ การชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าว อาหารและขาดธาตุไอโอดีน

3.2 E = Education ได้แก่ เป็นผู้แจ้งและรับข่าวสารแนะนำถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อน อสม. และเพื่อนบ้าน

3.3 W = Water Supply and Sanitation การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจัดหาน้ำสะอาด

3.4 S = Surveillance for Local Disease Control การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น

3.5 I = Immunization ได้แก่ การติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดการให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนต่าง ๆ

3.6 T = Simple Treatment การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การให้บริการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับ บาดแผลสด เป็นลม น้ำร้อนลวก สุนัขกัด กระจกหัก ข้อเคล็ด ไฟไหม้ จมน้ำ งูกัด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

3.7 E = Essential Drugs ได้แก่ การจัดกลุ่มฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย/สมุนไพร ในหมู่บ้าน การจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน

3.8 M = Maternal and Child Health and Family Planning อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ได้แก่ การติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์/ตรวจครรภ์ตามกำหนด ติดตาม

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมาตรวจสุขภาพตามกำหนด จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ได้ตรวจแล้ว (รายเก่า) และจ่ายถุงยางอนามัย

3.9 M = Mental Health ได้แก่ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต การจัดกิจกรรม
ออกกำลังกาย

3.10D = Dental Health ได้แก่ การจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

3.11 E = Environmental Health การป้องกัน/แก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย

3.12 C = Consumer Protection จัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค โภคเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์
ด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน

3.13 A = Accident and Non-communicable Disease Control จัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ
อุบัติภัยในชุมชน วัคซีนคั่นโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

3.14 A = AIDS การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

นอกจากนั้น อสม. ควรเป็นผู้นำการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนตาม
กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุข
ในหมู่บ้าน โดยการกระตุ้นให้มีการประชุมวางแผนและร่วมดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างกลุ่ม
อาสาสมัคร กรรมการหมู่บ้านและกลุ่มผู้นำอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานการดำเนินงานระหว่างชุมชน
กับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

จากการทบทวนความเป็นมาบทบาทและหน้าที่ของ อสม. สามารถสรุปได้ว่า อสม. เกิดขึ้น
จากการนำเอาแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4
และมีการพัฒนามาจนถึงปัจจุบัน บทบาทหน้าที่ของ อสม.สามารถสรุปได้ดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวและประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชน
2. เป็นผู้แนะนำและถ่ายทอดความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับประชาชน
3. เป็นผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยหมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์

สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ประจำหมู่บ้าน

4. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน เช่น การเฝ้าระวังทาง
โภชนาการ การเฝ้าระวังและป้องกันโรคประจำถิ่นเช่นโรคไข้เลือดออก การติดตามการได้รับวัคซีน
ฯลฯ

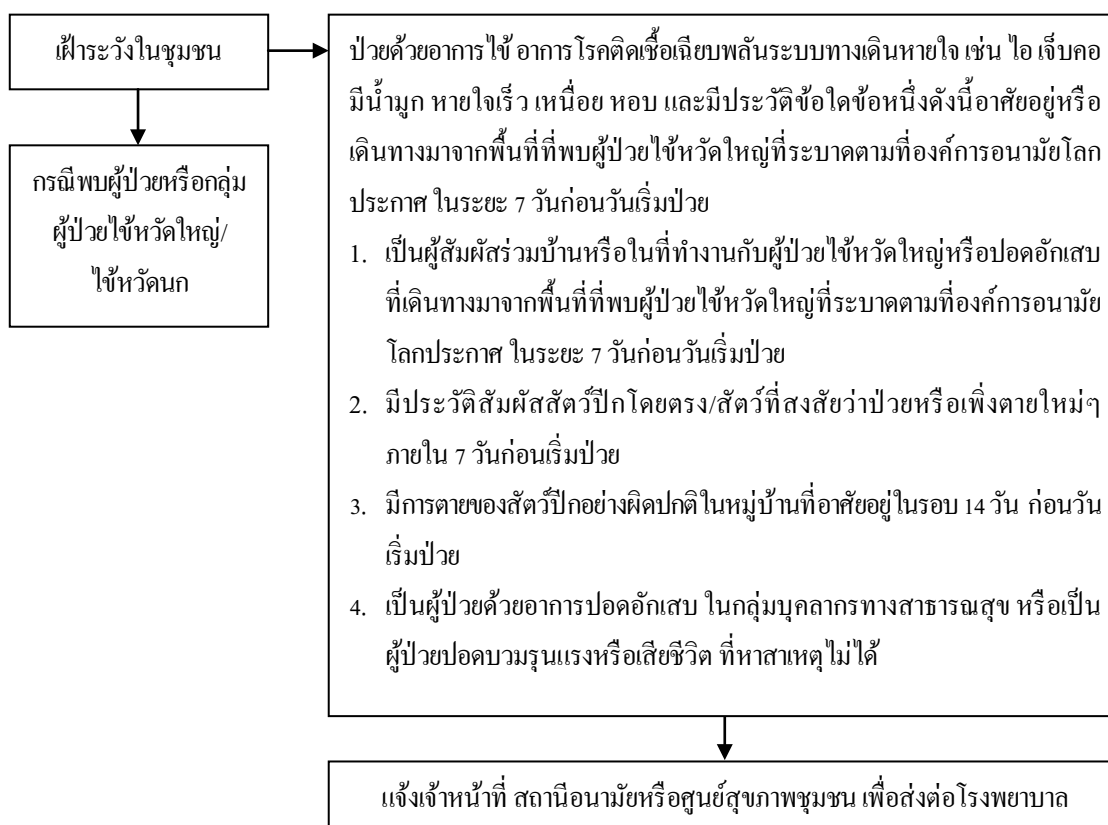
5. จัดทำแผนแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขในหมู่บ้าน และเป็นแกนนำทางด้าน
สุขภาพชักชวนประชาชนเข้าร่วมการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในหมู่บ้าน

6. มีบทบาทหน้าที่ตาม 14 กิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐาน

4. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

อสม.เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสร้างสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี พลังของกลุ่ม อสม. เป็นจุดแข็งประการหนึ่งในการรับมือกับสถานการณ์ไข้หวัดนกอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงไปกับทีมเฝ้าระวังเชิงรุก และเครือข่ายภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และประชาชน (กรมควบคุมโรค, 2551) การควบคุมและเฝ้าระวังไข้หวัดนกของชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งการควบคุมและ เฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ให้บรรลุเป้าหมายผลสำเร็จมีผลงานสูงได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาวการณ์ที่แข็งแกร่ง การบริหารจัดการที่ดี อย่างมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เครือข่ายภาคประชาชน โดยเฉพาะกลุ่ม อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค คือ การเฝ้าระวังสถานการณ์โรคในชุมชนของตนเอง สำรวจจำนวนสัตว์ปีกทั้งปกติและป่วยตาย ค้นหาผู้สัมผัสโรคที่มีอาการไข้หวัดใหญ่หรือสงสัยไข้หวัดนก และรายงานสถานการณ์ที่ผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่และทีมสอบสวนโรค (SRRT) ไม่ให้แพร่ระบาดมากขึ้นหรือหยุดการระบาด ดังสรุปไว้ ดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 แนวทางการคัดกรองเพื่อการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในคน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

4.1 การสำรวจและเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก

การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของ อสม. ทุกหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข และกรมปศุสัตว์ ให้การสนับสนุนองค์ความรู้และอุปกรณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงานแบ่งการทำงานเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ในพื้นที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้หวัดนกทำการสำรวจข้อมูลสัตว์ปีกที่เลี้ยงไว้ในละแวกบ้านที่ อสม. รับผิดชอบ เดินสำรวจบ้านเฉลี่ยคนละ 10 หลังคาเรือน สัตว์ปีก เช่น ไก่ เป็ด นก ห่าน ฯลฯ โดยสอบถามมีสัตว์ปีกอะไรบ้างที่เลี้ยง มีสัตว์ปีกที่เลี้ยงไว้ ป่วย/ตาย ภายใน 7 วันหรือไม่ ความถี่สัปดาห์ละ 1-7 ครั้ง บันทึกไว้ตามแบบสำรวจข้อมูลของหมู่บ้านและรายงานข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ ในขณะที่สำรวจก็ถ่ายทอดความรู้ตามสถานการณ์ให้เจ้าของบ้านทราบด้วย

ระดับที่ 2 ในพื้นที่ที่เกิดการระบาดหรือพื้นที่สีแดง มีเจ้าหน้าที่ทีมสอบสวนโรค (SRRT) เข้าไปสำรวจซากสัตว์ปีก อสม. ที่ร่วมปฏิบัติงานกับทีม จะได้รับอุปกรณ์ป้องกันคือ หน้ากาก ถุงมือและหมวกคลุมผม การกักนี้อาจมีผู้นำชุมชน และ อบต. เข้าร่วมด้วย

ระดับที่ 3 การทำลายซากสัตว์ปีกที่ป่วยตายในพื้นที่แพร่ระบาด เป็นภารกิจหลักของกรมปศุสัตว์ส่งเจ้าหน้าที่เข้าไปดำเนินการฝังกลบและพ่นยาฆ่าเชื้อในบริเวณที่เกิดโรค อสม. ที่ร่วมปฏิบัติงานจะได้รับการอบรมวิธีการทำลายซากสัตว์ปีกและอุปกรณ์ป้องกันจากเจ้าหน้าที่กรมปศุสัตว์

4.1.1 การปฏิบัติเมื่อสัตว์ปีกป่วย / ตาย จำนวนมาก

1) ในการเลี้ยงเป็ด ไก่ ทั่วไป อาจพบว่ามี การตายบ้างเป็นธรรมดา เนื่องจากหลายสาเหตุ รวมทั้งตายด้วยโรค โรคบางโรคอาจไม่อันตราย หรือไม่สำคัญ เนื่องจากทำให้สัตว์ป่วยเพียงเล็กน้อย

2) โรคไข้หวัดนกไม่ใช่ เนื่องจากผลที่ตามมารุนแรงมาก ซึ่งหมายความว่า หากพบว่ามีเป็ด ไก่ ตายหลายตัวควรต้องนึกถึงโรคไข้หวัดนกไว้เสมอ

เจ้าของสัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อาสาสมัครปศุสัตว์ คงไม่สามารถแน่ใจหรือมั่นใจได้ว่าเป็นเป็ด ไก่ตายด้วยโรคไข้หวัดนกหรือไม่ในทันที แต่ควรจะปฏิบัติเหมือนเป็นโรคไข้หวัดนก และให้ถือว่าเป็นการป่วยตายที่น่าสงสัย

4.1.2 การปฏิบัติเมื่อมีสัตว์ปีกป่วยตายที่น่าสงสัย

การป่วยตายที่น่าสงสัย หมายถึง สัตว์ปีกที่ดูสุขภาพดีละเกิดตายกะทันหัน ภายในไม่เกิน 24 ชั่วโมง หากมีการตายในฝูงมากกว่า 5 เปอร์เซ็นต์ในระยะ 2-3 วัน เช่น ถ้าเลี้ยงไก่ 50 ตัว พบว่ามีไก่ตายกะทันหันวันแรก 3 ตัว โดยไม่แสดงอาการป่วย และมีการตายเพิ่มอีก 3 ตัว ในวันที่สอง และวันที่สาม ก็ตายเพิ่มอีก 4 ตัว

4.1.3 การปฏิบัติเมื่อพบว่ามี การป่วยตายที่น่าสงสัยในฝูง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่านั้นที่จะยืนยันได้ว่าเป็นโรคไข้หวัดนกหรือไม่ เจ้าของสัตว์ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องปฏิบัติเหมือนว่าเป็นโรคไข้หวัดนกก่อนที่จะทราบผลการตรวจ หากรอให้ทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันก่อนก็จะไม่สามารถควบคุมโรคได้เลย เมื่อสังเกตว่ามีการป่วยตายที่น่าสงสัยในฝูงสัตว์ปีก เจ้าของสัตว์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องร่วมมือกันดำเนินการดังนี้ เข้าตรวจสอบ ณ บริเวณที่เกิดโรค กำจัดเชื้อไวรัสในบริเวณที่เกิดโรคทันที เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการปนเปื้อนเชื้อไปยังที่อื่น ป้องกันและหลีกเลี่ยงการเกิดโรคในคน พร้อมทั้งแจ้งผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ประจำอำเภอทราบอย่างรวดเร็วที่สุดทันที และบันทึกรายละเอียดและข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการเกิดโรค ไม่ควรรอผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการก่อนจึงจะดำเนินการควบคุมป้องกันโรค

เพราะผลการตรวจเพียงช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ และอาสาปศุสัตว์ ในการตัดสินใจ ที่จะต้องขยายการดำเนินการควบคุมโรคออกไปถึงระดับใด หากผลการตรวจพบว่าเป็นโรคไข้หวัดนก หรือสามารถที่จะตัดสินใจหยุดมาตรการควบคุมโรคหากผลการตรวจพบว่าไม่เป็นโรคไข้หวัดนก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการช่วยให้เข้าใจปัญหาได้ดีขึ้น การดำเนินงานควบคุมโรคควรเริ่มต้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์เข้าไปตรวจสอบพื้นที่เกิดโรค เมื่อได้รับการยืนยันว่าเป็น โรคไข้หวัดนกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ ปศุสัตว์อำเภอ จะแนะนำให้ดำเนินการควบคุมโรค อย่างเข้มข้น เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อออกไป

4.1.4 การปฏิบัติกับซากสัตว์ปีกที่ตาย รวมถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อาจปนเปื้อนเชื้อโรค

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ประกอบการจะต้องไม่โยน ซากสัตว์ปีกที่ตายลงในแหล่งน้ำ ไม่กินซากสัตว์ปีกที่ตายนั่น ควรเก็บซากสัตว์ปีกที่ตายใส่ถุงทันที และ แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ เมื่อตรวจสอบแล้วซากสัตว์ปีกที่ตายทั้งหมด รวมทั้งสิ่งของต่าง ๆ ที่อาจปนเปื้อนเชื้อโรค ให้ดำเนินการทำลายดังนี้

1) การเผาซากสัตว์ปีกที่ตายทั้งหมด รวมทั้งสิ่งของต่าง ๆ ที่อาจปนเปื้อน เชื้อโรคลงในเตาเผา เติมน้ำมันลงไปบนซากเหล่านั้น แล้วจึงจุดไฟเผา

2) การฝัง ควรให้อยู่ในบริเวณที่ห่างจากบ่อน้ำ แหล่งน้ำ และสัตว์อื่น ไม่น้อยกว่า 30 เมตร ขุดดินเป็นหลุมให้ลึกประมาณ 1 เมตร โรยปูนขาวที่ก้นหลุมและขอบหลุม ใส่ซาก สัตว์ปีกที่ตายทั้งหมด รวมทั้งสิ่งของต่าง ๆ ที่อาจปนเปื้อนเชื้อโรคลงไปในหลุม โรยปูนขาวบนซาก เหล่านั้น แล้วจึงทำการโกยดินกลบหลุม

สำหรับสัตว์ปีกที่ป่วย ควรแยกขังไว้ในโรงเรือนหรือเล้าที่ปิดมิดชิด ไม่ให้ สัตว์อื่นเข้ามาสัมผัสหลังจากเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์เข้ามาตรวจสอบซากสัตว์ปีกที่ป่วยเหล่านั้นควรต้อง ทำลายทั้งหมด เพราะหากสัตว์ที่ป่วยเหล่านั้นจะปล่อยเชื้อไวรัสเกิดการแพร่ระบาดของโรคได้ ในการทำลายสัตว์ปีกที่ป่วยผู้ทำลายจะต้องป้องกันตนเองโดยการสวมถุงมือ ผ้าปิดปากและจมูก แวนตา รองเท้าบูท ตั้งแต่เริ่มทำลายจนถึงเสร็จสิ้นการทำความสะอาดบริเวณพื้นที่และเครื่องมือที่ใช้ การฆ่าทำลายสัตว์ปีกต้องกระทำในบริเวณห่างไกลจากแหล่งน้ำธรรมชาติ การทำให้สัตว์ปีกตายต้อง กระทำอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการปนเปื้อนหรือฟุ้งกระจายของเชื้อไวรัสจากขนไก่ของสัตว์ปีกไปสู่ สิ่งแวดล้อม และเป็นการทำให้สัตว์เจ็บปวดน้อยที่สุดก่อนตาย

4.1.5 การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคโรงเรือน เล้า และอุปกรณ์ต่าง ๆ

1) เชื้อไวรัสอาจจะยังคงมีอยู่ตามสิ่งของต่าง ๆ และบริเวณที่พื้นที่สัตว์ ปีกที่ป่วยอาศัยอยู่ หรือสิ่งของที่ใช้ระหว่างการตรวจสอบ การฆ่าและทำลายสัตว์ปีกเหล่านั้น

2) ถุงพลาสติกที่ใช้ อาหารสัตว์ ตะกร้าไม้ ฝาผนังเก่า หรืออื่น ๆ ควรเผาทำลาย ส่วนมูลสัตว์อาจทำการหมักเป็นปุ๋ยหรือฝัง

3) โรงเรือนหรือเล้าไม่ว่าจะเป็นปูนหรือไม้ ต้องทำการล้าง ขัดและถูฉีดยาฆ่าเชื้อโรคสำหรับพื้นดินบริเวณที่สัตว์เหล่านั้นเดินหากินควรทำความสะอาดโดยการกวาดและฉีดพ่นด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ซึ่งปูนขาวเป็นยาฆ่าเชื้อที่ดีที่สุด และเหมาะสมที่จะนำมาใช้ตามพื้นดินและโรงเรือนหรือเล้าไก่

4.2 การสำรวจและเฝ้าระวังควบคุมโรคไข้หวัดนกในคน

4.2.1 อสม. สำรวจครัวเรือนที่รับผิดชอบ เฉลี่ยคนละ 10 หลังคาเรือน โดยสอบถามคนในบ้าน พบผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูงปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย เจ็บคอ มีน้ำมูกไหลหรือไม่ ถ้ามีต้องซักประวัติดังต่อไปนี้ร่วมด้วย คือ

- 1) สัมผัสสัตว์ปีก สัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายภายใน 7 วันที่ผ่านมาหรือไม่
- 2) สัมผัสกับผู้ป่วยโรคปอดบวม ภายใน 10 วันที่ผ่านมาหรือไม่
- 3) อยู่ในพื้นที่ที่มีโรคไข้หวัดนกระบาดอยู่ในภายใน 14 วันหรือไม่ และ

ต้องแนะนำให้พบแพทย์หรือสถานอนามัย ความถี่ของการสำรวจสัปดาห์ละ 1 - 7 ครั้ง

4.2.2 ถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนขณะเดินสำรวจข้อมูล หรือในสถานการณ์ต่าง ๆ ตามที่วางแผนไว้ ด้วยวิธีการต่าง ๆ แก่ประชาชนอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม หรือกระจายเสียงตามหอกระจายข่าว เป็นต้น

4.2.3 รายงานข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทราบ เพื่อส่งรายงานตามสายงานบังคับบัญชา

4.2.4 หากพบการตายของสัตว์ปีก และมีผู้ป่วยที่มีอาการในข้อ 3.7.1 เกิดขึ้นในพื้นที่ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ เพื่อทำการสอบสวนพื้นที่

4.3 การรายงานของ อสม. ตามแบบสำรวจ

อสม. ต้องรายงานการสำรวจสถานการณ์โรคไข้หวัดนกทั้งในสัตว์ปีก และในคนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ ดังต่อไปนี้

4.3.1 การสำรวจในสัตว์ปีก และการสำรวจในคน อยู่ในแบบสำรวจเดียวกัน ให้สำรวจเฉพาะสัตว์ปีกที่เลี้ยงไว้เท่านั้น ให้นับจำนวนสัตว์ปีกป่วย/ตาย ส่วนในคน จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยเนื้อตัว อ่อนเพลีย เจ็บคอ น้ำมูกไหล รายงานโดยไม่ต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าพบเชื้อ H5N1 หรือไม่ เพราะเป็นการสำรวจเบื้องต้นของ อสม.

4.3.2 อสม. ส่งรายงานให้กับเจ้าหน้าที่สถานอนามัย หรือศูนย์บริการสุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่จะดำเนินการส่งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคปสอ. ส่งรายงานให้กับ สำนักงานสาธารณสุข (สสจ.)

4.3.3 สสจ. จะรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่เพื่อใช้ประโยชน์ และนำส่งศูนย์ประสานงานไข้หวัดนก กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพต่อไป

โดยสรุปแล้วบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า มีบทบาทที่สำคัญ ๆ คือ การเฝ้าระวังโรคในสัตว์ปีกโดยการสำรวจสัตว์ปีกที่เลี้ยงไว้ในละแวกบ้านที่รับผิดชอบ ลงข้อมูลและรายงานข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ ถ่ายทอดความรู้ตามสถานการณ์ให้เจ้าของบ้านทราบทันที และกำจัดซากสัตว์ปีกและสิ่งปนเปื้อน และการเฝ้าระวังโรคในคน โดยสำรวจผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยป่วยเป็นไข้หวัดนกและชักประวัติการสัมผัสโรค ถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน ด้วยวิธีการต่าง ๆ รายงานข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ทราบหากพบการตายของสัตว์ปีกและมีผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นในพื้นที่ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ เพื่อทำการสอบสวนและป้องกันควบคุมโรค

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง

นักจิตวิทยาทางสังคมได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคมมาเป็นเวลานาน และได้ขยายขอบเขตการศึกษาให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น เนื้อหามีความแตกต่างกันไปบ้างเกี่ยวกับปฏิภณสร้างสรรค์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ผู้ซึ่งได้ศึกษาค้นคว้าในรายละเอียดเรื่องนี้ คือ Albert Bandura เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกันและเป็นศาสตราจารย์ทางสังคมศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ตามแนวทฤษฎีของสกินเนอร์ (Skinner อ้างถึงในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

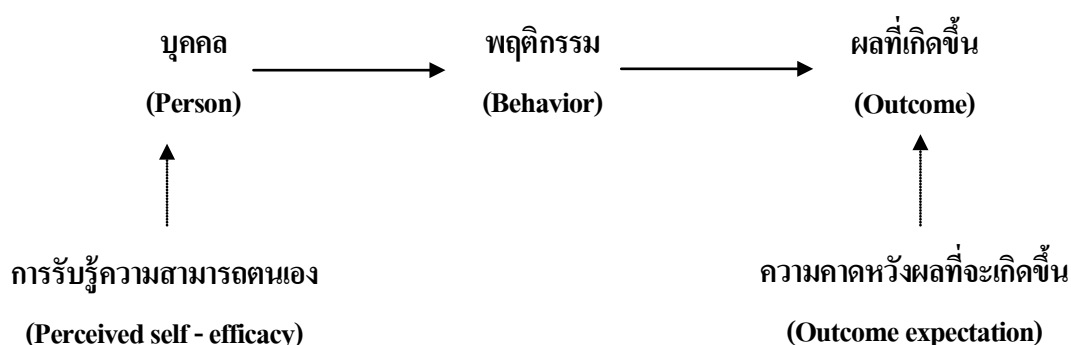
ทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตัวเองผู้ที่ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีนี้คือ Albert Bandura เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แนวคิดของคำว่า “Self-Efficacy” คือ ความสามารถของตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive Theory) ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายด้านจิตวิทยา สังคม การศึกษาและทางด้านสุขภาพ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) ซึ่งเขากล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการสลับซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของพฤติกรรม (Bandura, 1977) ความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะ

อย่างได้ จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่กระทำ จะทำอะไร (Knowing what to do) กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติ (Actually doing It)

ในระยะแรก Bandura ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเอง ในลักษณะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงของออกพฤติกรรม ต่อมาใช้คำว่ารับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self- Efficacy) โดยให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เขามีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถที่ไม่แตกต่างกันแต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกันการรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกันก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเป็นเรื่องไม่ตายตัวแต่จะยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเอง นั่นคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถอย่างไร ก็จะแสดงถึงความสามารถนั้นคนที่มีความสามารถจะมีความอดทนอดสาหัส ไม่ท้อถอยและประสบความสำเร็จ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

ความแตกต่างระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) Bandura ได้อธิบายไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) เป็นการตัดสินใจว่าผลที่ได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังแสดงในภาพที่ 2.2 ดังนี้

ภาพที่ 2.2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น



(กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะมีความสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเป็นการตัดสินใจว่าผลกระทบใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ดังแสดงในภาพที่ 2.3

ภาพที่ 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

		ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
ความสามารถตนเอง	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

(Bandura, 1977)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังในผลลัพธ์ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงด้วยเช่นกัน บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามคือถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่ำด้วย บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้นได้อีกเช่นกัน (Bandura, 1977)

โดยสรุปทฤษฎีความสามารถตนเองมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม กล่าวคือ การที่บุคคลจะตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ออกมาจะขึ้นอยู่กับความรู้ว่าตนเองมีความสามารถระดับใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถอย่างไร ก็จะแสดงถึงความสามารถนั้น และการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถที่ไม่แตกต่างกันแต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกัน การรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันเช่นกัน นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถตนเองของบุคคลยังมี

ความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับความคาดหวัง เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้มีความสนใจที่ต้องการศึกษาว่าการรับรู้ความสามารถตนเองเรื่องโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างไร และเป็นไปตามทฤษฎีความสามารถตนเองตามที่ผู้วิจัยได้ค้นคว้าหรือไม่

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นตัวแปรทางจิตวิทยาสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

ฮอทส์ (House, 1985 อ้างถึงในสรงศ์ภักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2539) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน

คัปแลน (Caplan, 1976 อ้างถึงในสมทรง รักษ์เผ่า และสรงศ์ภักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

พิริศศักดิ์ (Pilisuk, 1982 อ้างถึงในสมทรง รักษ์เผ่า และสรงศ์ภักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

วิสท์ (Weiss, 1981 อ้างถึงในชลธิชา จันศิริ, 2549) ได้ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกภูมิใจหรือพึงพอใจ ต่อความต้องการที่จะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสังคม

สรินดา น้อยสุข (2545 อ้างถึงในชลธิชา จันศิริ, 2549) อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจซึ่งเกิดการยอมรับนับถือและเห็นถึงคุณค่าและให้การช่วยเหลือด้านต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

อารีย์ เขียรประมุข (2543 อ้างถึงในบุญเลิศ โพธิชัย, 2550) ได้ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือที่ช่วยให้ปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มต่างๆ ที่มาจากภายในชุมชนเอง ก่อให้เกิดเกราะป้องกันอันตราย ที่เกิดจากความฟุ่มเฟือยในสภาพความเป็นอยู่ และเป็นชุมพลที่ดีสำหรับการส่งเสริมสุขภาพที่ดี

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคมจัดออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในกลุ่มสังคมนี้นี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรด้านอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (สมทรงรักษเผ่า และสรศักดิ์ กัญญา, 2540)

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (สรินดา น้อยสุข, 2545 อ้างถึงในชลธิชา จันศิริ, 2549) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย
2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินค่า เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การชักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ
4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

กรอสลิป (Gottlieb, 1985 อ้างถึงในสมทรง รักษ์เผ่า และสรงศ์กัญญ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้ความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นญาติมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่ายในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

จากแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารวัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน จากบุคคลหรือจากกลุ่มบุคคล มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ต้องการ ผู้วิจัยได้นำแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม และระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House มาประยุกต์ไปสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคมเช่น คู่สมรส ญาติ เพื่อน ในด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จะมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคใช้วัคซีนของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างไร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

ข้อมูลพื้นฐานอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้อมูลทั่วไป

อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี มีชื่อเดิมว่า อำเภอบ้านดอน ซึ่งเป็นชื่อท้องถิ่นที่เรียกกันมาแต่โบราณ ตามสภาพของบริเวณนั้น ซึ่งเป็นที่ดอน น้ำท่วมไม่ถึงนั่นเอง บริเวณบ้านดอน ในสมัยโบราณเป็นอยู่ต่อเรือขนาดใหญ่ของเมืองไชยา ตรงบริเวณปากน้ำแม่น้ำตาปี ต่อมามีความเจริญมากขึ้นตามลำดับ จนเมื่อสมัยรัชกาลที่ 6 พระองค์ทรงโปรดเกล้าฯ ให้ย้ายเมืองไชยาเดิมมาตั้งที่เมืองบ้านดอน และต่อมาในปี พ.ศ.2459 ทรงรับสั่งให้เปลี่ยนชื่อเมืองไชยาที่บ้านดอนเป็นเมืองสุราษฎร์ธานี เป็นอำเภอที่ตั้งของตัวจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นเมืองศูนย์กลางระบบราชการ ศูนย์กลางการคมนาคมขนส่ง และเศรษฐกิจของจังหวัดสุราษฎร์ธานีและภาคใต้ตอนบน โดยเฉพาะในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีมีประชากรถึง 127,496 คน มีคำขวัญประจำอำเภอเมือง ดังนี้ พระธาตุศรีสุราษฎร์ ย่านตลาดสองฝั่งตาปี อาหารดี ปากน้ำ บึงงามขุนทะเล มนต์เสน่ห์เขาท่าเพชร เดือนสิบเอ็ดงานชักพระ

ที่ตั้งและอาณาเขต อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานีมีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ อ่าวไทย

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อำเภอกาญจนดิษฐ์

ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอบ้านนาสารและอำเภอบ้านนาเดิม

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อำเภอพุนพิน

ลักษณะภูมิศาสตร์ อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานีตั้งอยู่ทางฝั่งทะเลตะวันออกของภาคใต้ มีแม่น้ำตาปี ซึ่งเป็นแม่น้ำสายสำคัญไหลผ่านจากทิศใต้ไปทางทิศเหนือที่อ่าวบ้านดอน แบ่งพื้นที่ตามลักษณะทางภูมิประเทศได้เป็นสองส่วน คือ

ทางฝั่งซ้าย เป็นที่ราบลุ่มมีลำคลองน้อยใหญ่มากมายหลายสาย เป็นที่ตั้งของตำบลต่าง ๆ รวม 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางโพธิ์ ตำบลคลองน้อย ตำบลคลองจนาก ตำบลบางชนะ ตำบลบางใบไม้ และตำบลบางไทร

ทางฝั่งขวา ลักษณะพื้นที่เป็นที่ดอนและสูงขึ้นไปทางใต้ เป็นที่ตั้งของที่ว่าการอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี ศาลากลางจังหวัด ส่วนราชการต่าง ๆ และเป็นที่ชุมนุมการค้าใหญ่ที่สุดของจังหวัด ประกอบด้วย 5 ตำบล ได้แก่ตำบลตลาด ตำบลบางกุ้ง ตำบลมะขามเตี้ย ตำบลวัดประดู่ และตำบลขุนทะเล

สภาพภูมิอากาศแบ่งเป็น 2 ฤดู คือ ฤดูร้อนในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน และฤดูฝนตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกุมภาพันธ์

ข้อมูลทางการเมืองการปกครอง

อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานีมีพื้นที่ 231.147 ตารางกิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 ตำบล 59 หมู่บ้าน ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ครอบคลุมพื้นที่ตำบลตลาดและตำบลบางกุ้งทั้งตำบล รวมทั้งบางส่วนของตำบลมะขามเตี้ย ตำบลบางใบไม้ ตำบลบางชนะ และตำบลคลองฉนาก เทศบาลตำบลวัดประดู่ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลวัดประดู่ทั้งตำบล เทศบาลตำบลขุนทะเล ครอบคลุมพื้นที่ตำบลขุนทะเลทั้งตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย ครอบคลุมพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย องค์การบริหารส่วนตำบลบางใบไม้ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบางใบไม้ องค์การบริหารส่วนตำบลบางชนะ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบางชนะ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย ครอบคลุมพื้นที่ตำบลคลองน้อยทั้งตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลบางไทร ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบางไทรทั้งตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลบางโพธิ์ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบางโพธิ์ทั้งตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลคลองฉนาก ครอบคลุมพื้นที่ตำบลคลองฉนาก

จำนวนประชากร อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี มีข้อมูลประชากรจากทะเบียนราษฎร ในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 169,561 คน แยกเป็นชาย 79,773 คน หญิง 89,788 คน เป็นอำเภอที่มีประชากรมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ยประมาณ 734 คนต่อตารางกิโลเมตร อัตราเพิ่มตามธรรมชาติของประชากร ร้อยละ 0.39 จำนวนหลังคาเรือน 55,728 หลังคาเรือนเฉลี่ยประชากร 3 คน ต่อหลังคาเรือน

สภาพทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย สถาบันทางการเงิน/ธนาคาร จำนวน 31 แห่ง โรงงานอุตสาหกรรม 303 แห่ง อาชีพของประชาชน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทำการเกษตร รับจ้าง และค้าขาย รายได้ต่อคนโดยเฉลี่ยต่อปี ประมาณ 23,496 บาท พื้นที่ทางการเกษตรทั้งหมด 124,910 ไร่ พื้นที่ทำการปศุสัตว์ จำนวน 19,487 ไร่ ประกอบด้วยพื้นที่เลี้ยงสัตว์น้ำ ทุ่งหญ้าเลี้ยงสัตว์สาธารณะ และทุ่งหญ้าเลี้ยงสัตว์ส่วนตัว สัตว์เลี้ยง ได้แก่ ไก่พื้นเมือง ไก่เนื้อ ไก่ไข่ เป็ด สุกร โค และกระบือ

ข้อมูลทางด้านสังคม

ด้านการศึกษา มีสถานการศึกษาดังนี้ โรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 53 แห่ง โรงเรียนระดับอาชีวศึกษา จำนวน 6 แห่ง และโรงเรียนระดับอุดมศึกษา จำนวน 3 แห่ง

ด้านศาสนา ประกอบด้วย วัด จำนวน 42 แห่ง มัสยิด จำนวน 2 แห่ง ศาลเจ้า จำนวน 3 แห่ง

ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แก่ ประเพณีชักพระทอดผ้าป่า แข่งเรือ สารถไทย นอกจากนี้ยังมีมหรสพพื้นเมือง ได้แก่ หนังตะลุง มโนราห์

การสาธารณสุข มีสถานที่ให้บริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 1 แห่ง สถานีอนามัย

จำนวน 13 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 4 แห่ง สถานพยาบาลเอกชน จำนวน 66 แห่ง ร้านขายยา
ปัจจุบัน จำนวน 26 แห่ง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
จากทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ 2553
จำนวน 1,485 คน ดังสรุปในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนก
รายตำบล ปีงบประมาณ 2553

ลำดับ	ตำบล	หลังคาเรือน (หลัง)	ประชากร (คน)	อสม. (คน)	ความครอบคลุม อสม./หลังคาเรือน
1.	ตลาด	9,710	34,142	148	65.61
2.	มะขามเตี้ย	20,380	55,059	376	54.20
3.	วัดประคู้	3,320	12,346	127	26.14
4.	ขุนทะเล	3,126	1,2950	179	17.46
5.	บางใบไม้	688	2,887	47	14.64
6.	บางชนะ	719	3,408	110	6.54
7.	บางไทร	457	1,876	27	16.93
8.	คลองน้อย	861	3,671	89	9.67
9.	บางโพธิ์	494	1,912	31	15.94
10.	บางกุ้ง	14,978	37,263	289	51.83
11.	คลองฉนาก	745	3,975	62	12.02
รวม		55,728	169,561	1,485	37.53

(โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2552)

ข้อมูลด้านสถานะสุขภาพ

ตารางที่ 2.2 จำนวนและอัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยนอกด้วยโรคต่าง ๆ 5 อันดับแรกอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ 2551 - 2553

ลำดับ	สาเหตุการป่วย	ปีงบประมาณ 2551		ปีงบประมาณ 2552		ปีงบประมาณ 2553	
		จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา
1.	ระบบหายใจ	50,583	31,074.65	46,296	28,172.41	43,583	26,087.14
2.	โรกระบบย่อยอาหาร	2,9891	18,362.93	29,400	17,890.72	33,874	20,275.70
3.	โรกระบบกล้ามเนื้อ	30,730	18,878.36	28,537	17,365.56	25,486	15,254.96
4.	ระบบไหลเวียนเลือด	17,794	10,931.39	14,813	9,014.12	16,625	9,951.10
5.	โรคติดเชื้อและปรสิต	14,710	8,969.70	14,275	8,544.48	12,275	7,239.28

(โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2552)

ตารางที่ 2.3 จำนวนและอัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับแรก อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ 2551 - 2553

ลำดับ	ชื่อโรค	ปีงบประมาณ 2551		ปีงบประมาณ 2552		ปีงบประมาณ 2553	
		จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา
1.	อุจจาระร่วง	2,805	1,678.97	2,340	1,380.03	2,654	1,565.22
2.	ปอดบวม	643	360.33	714	421.08	691	407.52
3.	ไข้เลือดออก	255	152.63	237	139.77	240	141.54
4.	สุกใส	179	107.14	161	94.95	189	111.46
5.	ไข้หวัดใหญ่	43	25.74	33	19.46	484	285.44

(โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2552)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษา ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และรายงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีงานวิจัยใด ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงทบทวนผลงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วานีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล (2541) ศึกษาปัจจัยคัดสรรบทบาท อสม. ตามการรับรู้ของตนเอง และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกับการปฏิบัติงานตามบทบาทในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่รอบในและรอบนอกของกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น อสม. 215 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 คน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า การรับรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกบทบาท ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรพบว่า ระยะเวลาที่เคยปฏิบัติหน้าที่อสม. และการเยี่ยมนิเทศจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงบวก อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบ รายได้ ประสบการณ์ที่เคยเป็นอาสาสมัครในงานพัฒนาชุมชน ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน การยอมรับจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาธิตน ศิริสมบุญเวช (2541) ศึกษาระดับผลการปฏิบัติงานของอสม. และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การจูงใจ ความผูกพันองค์กรและการทำงานเป็นทีมกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. ตลอดจนค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วมที่สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยส่งแบบสัมภาษณ์เก็บ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำนวน 212 คน ในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านข้อมูลข่าวสารมีผลการปฏิบัติงานในระดับสูงด้านบริหารและบริการมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยด้านภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การจูงใจ ความผูกพันองค์กร และการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับปัจจัยที่สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานของอสม. โดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานและ การจูงใจสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 33.68

อัจฉรา ชาติกานนท์ (2541) ศึกษาพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัย การสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด คือการได้รับการนิเทศ ได้รับความรู้เพิ่มเติม ได้รับวัสดุอุปกรณ์ ได้รับสื่อต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. เช่นกันในขณะที่ปัจจัยทางจิตลักษณะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ที่พบ มี 3 ตัว คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การได้รับวัสดุอุปกรณ์และระดับการศึกษา โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ได้ร้อยละ 24.6

อุไรวรรณ บุญสาส์พิทักษ์ (2541) ศึกษาเพื่อประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ใน ศสมช. จังหวัดลพบุรี และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร การสนับสนุนทางสังคม ความรู้การรับรู้บทบาทหน้าที่และแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานของ อสม. กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานนานที่สุด แห่งละ 1 คน จำนวน 320 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของ อสม. การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. แรงจูงใจ ของ อสม. และการปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ ด้านการบริหาร ศสมช. อยู่ในระดับมาก และด้านเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ และด้านการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมได้แก่การนิเทศงาน การศึกษาดูงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน การรับรู้บทบาทหน้าที่โดยรวมและแรงจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจ สามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของ อสม. ได้ร้อยละ 29.7

นภาพร เจริญวงศ์มิตร (2542) ศึกษาการดำเนินงานของ อสม. ในเขตเมือง และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร ความรู้ ทักษะ การสนับสนุนทรัพยากรบริหารกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตเมือง 15 ชุมชน จำนวน 150 คน เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทักษะของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทรัพยากรบริหารโดยรวมอยู่ในระดับดี การปฏิบัติงานในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. โดยรวมอยู่ในการปฏิบัติประจำ และ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การสนับสนุนทรัพยากรบริหารของ อสม. และระยะเวลาที่เป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ศุจิตรา อุตถารย้ง (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม.ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดชัยนาท โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยพื้นฐานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยด้านความรู้ในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานของ อสม. โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ประธานอสม. ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำนวน 260 คน พบว่า อสม. มีความรู้ในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับ การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการสนับสนุนการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับสูงการสนับสนุนการปฏิบัติงานในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติงานในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ ด้านความสามารถ ในการให้บริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการหาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทของอสม. และการสนับสนุนการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

วนิดา วิระกุล และนัตตะวุฒิ ภิรมย์ไทย (2546) ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานของ อสม. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกลุ่มตัวอย่างประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน และประธานชมรม อสม. ระดับอำเภอทุกอำเภอของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 502 คน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนมากมีผลการปฏิบัติงานทุกบทบาทหน้าที่ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ส่วนมากได้ทำหน้าที่จัดกิจกรรมบริการงานสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละกิจกรรม มีค่าร้อยละของการปฏิบัติงานสูงสุด ร้อยละ 98.0 และต่ำสุด ร้อยละ 17.9 ผลการปฏิบัติงานด้านการวางแผนงาน/โครงการ การบริหารงบประมาณงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง มีค่าร้อยละของผลการปฏิบัติงานมากกว่า ร้อยละ 75 โดยการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมมีค่าความถี่ของการปฏิบัติ 1 - 5 ครั้ง/ปี ทุกๆ กิจกรรม ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านประชาชน เมื่อศึกษาคุณสมบัติแต่ละปัจจัยพบว่าคุณสมบัติของประชาชนที่สำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วม คุณสมบัติของ อสม. ที่สำคัญได้แก่ การมีความพร้อมในหลายด้านประกอบกัน คุณสมบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ การทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการ คุณสมบัติของผู้นำชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ ความเข้าใจในงานสาธารณสุข คุณสมบัติของอบต.ที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าปัญหาของการปฏิบัติงาน คือ การมีงบประมาณไม่เพียงพอ อสม. ทำงานไม่เต็มเวลา ไม่มีเวลา ทั้งนี้องค์กรภาครัฐ

ควรสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น รวมทั้งควรได้มีการปรับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ให้สอดคล้องกับ ปัญหาและความต้องการของชุมชน ตลอดจนหาแหล่งทุนและการมีนโยบายที่จริงจังและต่อเนื่อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพการสมรส ปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดำเนินงาน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

งานวิจัยเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก

ทวีพร นครขวาง และคณะ (2547) ประเมินความรู้การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัด นกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดเลย พบว่า มีความรู้การติดต่อของโรคไข้หวัดนก ผู้คน ร้อยละ 92.3 มีความรู้ส่วนบุคคลใดบ้างที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดนก ร้อยละ 87.7 และมีความรู้ อาการของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก ร้อยละ 71.1 ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก ได้รับความรู้ผ่านทางวิทยุโทรทัศน์ หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 23.0 ส่วนกิจกรรม ที่ดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนก ส่วนใหญ่ที่ดำเนินการ คือ การเฝ้าระวังบุคคลที่มี อาการสงสัยว่าป่วยและแนะนำให้ไปรักษาที่สถานีนอนมัย/โรงพยาบาล และการแจ้งรายงานสถานการณ์ เมื่อสัตว์ปีกป่วย/ตาย

Tiensin et. al. (2004) ศึกษาการระบาดของเชื้อไวรัส ไข้หวัดนก (H5N1) ในประเทศไทย เมื่อเดือนมกราคม ปี 2547 ไวรัสไข้หวัดใหญ่คน ได้รับการยืนยันครั้งแรกทางห้องปฏิบัติการในสัตว์ปีก และคน พบการติดเชื้อในคนที่อยู่ในข่ายเฝ้าระวังโรค จำนวน 149 ราย และสันนิษฐานว่าการติดเชื้อ จากสัตว์ปีกในประเทศไทย มีมาตรการควบคุมโรค เช่นการตรวจสอบสัตว์ปีกป่วยตาย การจำกัด การเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกและการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังตรวจสอบสัตว์ปีกป่วยตาย ใน 1,417 หมู่บ้านใน 60 จังหวัดของประเทศไทย พบสัตว์ปีกที่ติดเชื้อยืนยันจากห้องปฏิบัติการ เป็นไก่พื้นเมือง ร้อยละ 56 และเป็ดไล่ทุ่ง ร้อยละ 27 การระบาดมีการกระจายในวงกว้างทั่วทุกภาคของประเทศไทย ทั้งในภาคกลาง ภาคใต้ของภาคเหนือและภูมิภาคตะวันออก พบนกป่วยตายจากการติดเชื้อ ไวรัสไข้หวัดนก มากกว่า 62 ล้านตัว และมีคนติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกผู้ป่วยตาย จำนวน 12 ราย และ พบการติดเชื้อในแมวและเสือ ในภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งเป็นพื้นที่ชุ่มน้ำ อ่างเก็บน้ำ หนองน้ำและเป็นพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกหนาแน่น จากการอพยพของนกและยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย

ภัทราพร ศรีสูงเนิน และคณะ (2548) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดนกของ สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน พบว่า สมาชิกชมรมสร้าง สุขภาพมีพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับดี การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก

อยู่ในระดับน้อย มีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับดี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้หวัดนก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดนก และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับมาก ตัวแปรด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดนกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้หวัดนก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดนก และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้หวัดนก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปานแก้ว รัตนศิลป์กัลยาณ และคณะ (2548) ศึกษาความรู้ ทักษะการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดนก การรับรู้สื่อต่าง ๆ และการเลี้ยงสัตว์ปีกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบจังหวัดของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น กลุ่มประชาชนในหมู่บ้านที่มีรายงานการพบเชื้อ H5N1 ในสัตว์ปีก และกลุ่มประชาชนในหมู่บ้านที่ไม่มีรายงานการพบเชื้อ H5N1 ในสัตว์ปีก พบว่า ความรู้ของประชาชนเรื่องไข้หวัดนกในทั้งสองกลุ่มไม่ความแตกต่างกัน ทักษะการปฏิบัติของประชาชนต่อโรคไข้หวัดนกเชิงบวกทั้งสองกลุ่ม ส่วนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้หวัดนกปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องทั้งสองกลุ่ม การรับรู้ข่าวสารโรคไข้หวัดนกส่วนใหญ่เคยได้รับรู้ข่าวสารไข้หวัดนก โดยได้รับทางโทรทัศน์มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองพื้นที่ในปัจจุบันยังคงเลี้ยงไก่พื้นเมืองโดยปล่อยหากินรอบ ๆ บ้านไม่ได้ขังไว้

สุวัฒนา อ่อนประสงค์ และสุทธิดา บุญอาษา (2548) ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกและการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนกในระดับสูง ร้อยละ 52.8 ยังขาดความรู้เรื่องการติดต่อของโรคไข้หวัดนกจากสัตว์ปีกมาสู่คน ความเชื่อความสามารถของตนเองที่จะร่วมเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.5 ยังขาดความมั่นใจเรื่องการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก เพราะไม่มีความรู้ดีพอ และไม่มั่นใจในการทำลายสัตว์ปีกที่ป่วยหรือสงสัยว่าป่วยด้วยโรคไข้หวัดนก เพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากเกินไป แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ได้รับความรู้และการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การตรวจเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งคำชี้แจงหมยอกจากเพื่อนบ้านและครอบครัวเป็นอย่างดี

วินัย วาหลวง (2549) ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคไข้หวัดนกอำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ด้านความรู้ บทบาทและแรงสนับสนุนของสังคม พบว่า ได้รับความรู้โรคไข้หวัดนกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 96.6 ความเชื่อและความสามารถของตนเองเพื่อร่วมเฝ้าระวังโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัวและชุมชนพบว่าส่วนใหญ่ได้รับกำลังใจจากครอบครัว ร้อยละ 79.6 ได้รับคำยกย่อง

จากเพื่อนบ้านร้อยละ 79.2 และได้รับการติดตามให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 79.0 ด้านกิจกรรมที่ดำเนินการ ส่วนใหญ่ได้ให้คำแนะนำความรู้โรคไข้หวัดนก ร้อยละ 97.7

ไพโรจน์ จันทรมณี และคณะ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ความคิดเห็นต่อการสนับสนุนของภาครัฐ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้าน จังหวัดหนองคาย พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 47.0 มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกทุกด้าน ร้อยละ 64.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกคือ อายุและพฤติกรรมของชุมชนต่อการป้องกันโรคไข้หวัดนก โดยตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 65.7

วิษณุกร อ่อนประสงค์ และสุวัฒนา อ่อนประสงค์ (2548) ศึกษาประเมินความพร้อมของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน จำนวน 243 คน พบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีความพร้อมในด้านการบริหารจัดการด้านการดูแลผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก และมีความพร้อมในด้านข้อมูลข่าวสาร แต่ขาดความพร้อมในด้านห้องตรวจแยกคัดกรอง ห้องแยกในการรักษาผู้ป่วยห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์มีจำนวนน้อยส่งมาล่าช้าและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการขาดประสบการณ์ในการตรวจวิเคราะห์หาเชื้อไข้หวัดนกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในระดับที่ดี และได้รับแรงสนับสนุนที่ดีจากสังคม ประชาชน ผู้เลี้ยงสัตว์ปีกมีความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดนกในระดับปานกลาง

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2548) ศึกษาบทบาทและกระบวนการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก และภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล สำรวจในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ที่การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก จำนวน 553 คน พบว่า อสม.มีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับดี ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด เนื้อหาที่ได้รับคือการให้ความรู้แก่ประชาชน การสังเกตอาการของสัตว์ที่ป่วยและการสำรวจสัตว์ปีกในหมู่บ้าน บทบาทในการเฝ้าระวังโรคมากที่สุดคือ การให้ความรู้แก่ประชาชน การสำรวจสัตว์ปีกในหมู่บ้านและการสังเกตอาการสัตว์ปีก กิจกรรมที่ดำเนินการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในหมู่บ้าน คือ การประสานงานกับส่วนราชการ การจัดตั้งกลุ่มหรือเครือข่ายเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก และการจัดทำแผนเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในหมู่บ้าน มีการภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลในการเฝ้าระวัง

โรคไข้หวัดนก ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. สมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทบาทของเครือข่ายประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก การสำรวจและเฝ้าระวังในสัตว์ การกำจัดและทำลายสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายในหมู่บ้าน การวางแผนป้องกันโรคในระยะยาว โดยกำหนดมาตรการเกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์ปีกในหมู่บ้าน

วรารักษ์ อึ้งพานิชย์ และคณะ (2548) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุม โรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านที่พบและไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก ในประเทศไทย การศึกษาพบว่า อสม. ในหมู่บ้านที่พบและไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก มีความรู้ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ความเชื่ออำนาจในตนเองต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ทั้งสองพื้นที่ ไม่แตกต่างกัน แต่แรงสนับสนุนทางสังคมและระดับกิจกรรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

สมบุญ ขอสกุล (2549) ได้ศึกษารูปแบบกระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาในการป้องกันโรคไข้หวัดนก ปี 2549 ในพื้นที่ 3 จังหวัด คือ จังหวัดอุดรธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมคิด วางแผน ดำเนินการสุขศึกษาในการป้องกันโรคไข้หวัดนกทุกขั้นตอน และประเมินผลภายใต้กรอบดำเนินงานของรูปการปกครองทั้งในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น และระบบงานทางด้านอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัคร ปลูกสัตว์ ตลอดจนแกนนำสุขภาพในครัวเรือนเป็นตัวเอื้อให้เกิดรูปแบบกระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาในการป้องกันโรคไข้หวัดนกที่เหมาะสม

ทวีศักดิ์ ส่งเสริม และคณะ (2549) ศึกษาความทนทานของเชื้อไวรัสไข้หวัดนก H5N1 ใน สภาพ แวดล้อม ที่ แตก ต่าง พบ ว่า ไวรัส ในสารคัดหลั่ง หรือ อุจจาระ ถูกฆ่าตาย ภายใน 30 นาที หลังจากวางตัวอย่างทดสอบภายใต้แสงแดดที่มีอุณหภูมิ 32-35 °C ไวรัสไข้หวัดนก H5N1 สามารถมีชีวิตอยู่ในน้ำได้นาน 10 วัน ในขี้ไก่ อยู่รอดได้นาน 4 วัน ที่อุณหภูมิ 32-35 °C ในเนื้อ และไข่ ถูกทำลายที่อุณหภูมิ ที่ 70 °C นาน 3 นาทีขึ้นไป ในอุจจาระถูกฆ่าตายภายใน 5 นาทีด้วย Glutaraldehyde, Ammonium chloride, Peracetic acid, และ Sodium hypochloride

Kumnuan Ungchusak et al., (2005) ศึกษาความน่าจะเป็นของการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ A (H5N1). จากคนสู่คน หลังพบผู้ป่วยซึ่งเป็นมารดาของเด็กที่ป่วยและตายด้วยโรคไข้หวัดนก หลังจาก ที่ดูแลเด็กที่ป่วยในโรงพยาบาล 3-4 วัน และเสียชีวิตภายหลังให้การรักษา 1 วัน มารดาไม่มีประวัติสัมผัสกับสัตว์ปีกที่ป่วยตาย การชันสูตรศพจากเนื้อเยื่อของมารดาและ สารคัดหลั่งในจมูกและคอของป้า ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเชื้อไวรัส H5N1 และส่งตรวจเพิ่มเติมพบไม่มีการเปลี่ยนแปลงทาง Antigenicity โดยสรุปการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ในแม่และป้าอาจเกิดจากคนสู่คนเนื่องจากการป้องกันขณะดูแลผู้ป่วย

Chokephaibulkit et al. (2004) ศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ A (H5N1) ในเด็ก สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในคน จะรุนแรงและอาจมีการเปลี่ยนแปลงวิวัฒนาการ ของสายพันธุ์ระบาดและแพร่กระจายไปทั่วประเทศ ผู้ป่วยในประเทศไทยที่ติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ A (H5N1) ลักษณะอาการที่พบมากที่สุดเริ่มจากไข้ และการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีความรุนแรง ในช่วงเวลาสั้น โดยเฉพาะในเด็กควรได้รับยา Oseltamivir ทันที

สมภพ ศิริมงคลรัตน์ และพรพิรุณ ชินสอน (2549) การวิเคราะห์การระบาดของโรค ไข้หวัดนก ในประเทศไทย การรายงานการสำรวจสถานการณ์โรคไข้หวัดนกโดยศูนย์ควบคุมโรค ไข้หวัดนก กรมปศุสัตว์ ทั่วประเทศไทยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2547 ถึงเดือนธันวาคม 2548 ซึ่งได้รับ รายงานจากห้องปฏิบัติการของ กรมปศุสัตว์ทั้ง 8 แห่ง โดยตัวอย่างที่ส่งตรวจทั้งหมด 5,295 ตัวอย่าง พบเชื้อไข้หวัดนก 1,733 ตัวอย่าง ร้อยละ 32.73 ช่วงที่พบโรคมามากที่สุดได้แก่ เดือนตุลาคม พบ 743 ตัวอย่าง ร้อยละ 42.9 การศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างระยะเวลาการศึกษาช่วงแรกและช่วงหลังพบว่า ช่วงหลังของการศึกษามีการระบาดของโรคลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) สัตว์ที่พบ การติดเชื้อมากที่สุดได้แก่ ไก่พื้นเมืองและเป็ดไข่ ร้อยละ 54.8 และ 14.8 ตามลำดับ โดยพบการติดโรค มากกว่าสัตว์ชนิดอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) พบการระบาดของเชื้อใน 52 จังหวัด 272 อำเภอ จังหวัดที่พบโรคสูงสุดได้แก่จังหวัดสุพรรณบุรีพบ 285 ตัวอย่าง ร้อยละ 16.4 และอำเภอที่มีการพบโรคซ้ำในระยะเวลา 5 เดือนจำนวน 130 อำเภอ ร้อยละ 47.49 หลังจาก มีการออกมาตรการควบคุม ป้องกันโรค สามารถพบการติดเชื้อซ้ำเหลือเพียง 10 อำเภอ ร้อยละ 4.42

ทวีศักดิ์ ส่องเสริม (2549) Fatal Avian Influenza A H5N1 in a Dog เป็นที่ทราบโดยทั่วกันว่า เชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 มีความสามารถในการติดเชื้อข้ามสายพันธุ์ได้ และพบว่ามี การติดเชื้อมาสู่คน และสัตว์ในตระกูลแมว การศึกษาในครั้งนี้ได้รายงานการติดเชื้อในสุนัขที่ได้กินเป็ดที่ติดเชื้อ ไข้หวัดนก ในประเทศไทยในช่วงปี 2004 เนื่องจากการระบาดอย่างต่อเนื่องของไวรัสไข้หวัดนก ในเอเชีย ยุโรป และ แอฟริกา การศึกษาในครั้งนี้แสดงการข้ามสายพันธุ์ไข้หวัดนกมายังสุนัข จึงมี ข้อบ่งชี้ว่า ควรมีความจำเป็นต้อง ดูแลสัตว์ท้องถิ่นในช่วงระยะเวลาการระบาดมากยิ่งขึ้น

กองสุขศึกษา (2550) ศึกษาเรื่องการเฝ้าระวังพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดนก ในพื้นที่พระนครศรีอยุธยา สุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม และกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่า มีผู้เลี้ยงสัตว์ร้อยละ 55.5 แบ่งเป็นผู้เลี้ยงสัตว์ปีกร้อยละ 11.1 สัตว์เลี้ยงอื่นร้อยละ 32.1 เลี้ยงทั้งสัตว์ปีก และสัตว์เลี้ยงอื่นร้อยละ 12.3 สัตว์ปีกที่นิยมเลี้ยงคือ ไก่พื้นบ้านและไก่ชน สัตว์อื่น ๆ ที่นิยมเลี้ยงคือ สุนัข รองลงมาคือแมว พฤติกรรมการเลี้ยง สัตว์ปีกส่วนใหญ่เลี้ยงปล่อยตามธรรมชาติและปล่อยมูลทิ้ง ไว้ตามธรรมชาติในพื้นที่ที่เลี้ยงปล่อย มีความรู้ โรคไข้หวัดนกอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 45.1 ร้อยละ 55.5 มีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดนกอยู่ในเกณฑ์ดีและร้อยละ 35.4 อยู่ในระดับปานกลาง คิดว่าตนเอง

ได้รับข้อมูลข่าวสารและมีความรู้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ไข้หวัดนกได้ร้อยละ 82.6 การจัดอันดับความสำคัญของช่องทางรับข่าวสารที่ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ชุมชน ได้ดีที่สุด ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับโทรทัศน์ รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุข หอกระจายข่าว บุคลากร สาธารณสุข วิทยุ และผู้นำชุมชน

สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ามีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดำเนินงาน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือในเรื่องความรู้โรคไข้หวัดนก ความคิดเห็น ความเชื่อความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนจากสังคม รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก ส่วนในภาคใต้ยังไม่ปรากฏรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพบว่ามีตัวแปรอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดำเนินงาน และการสนับสนุนทางสังคม และผู้วิจัยได้นำไปใช้สนับสนุนตัวแปรเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่คาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาทำงานเป็น อสม. บทบาทหน้าที่อื่นในชุมชน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้หวัดนก ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก ความเชื่อความสามารถของตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก และแรงสนับสนุนจากสังคมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก เป็นตัวแปรอิสระในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี