

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำมากำหนดแนวคิด และแนวทางการศึกษา

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 2.1 แนวคิดทางพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.2 ความสำคัญของสุขภาพ
 - 2.3 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.4 การดูแลสุขภาพของครอบครัว
 - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพครอบครัว
 - 2.6 แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
 - 2.7 อิทธิพลของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิก
3. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุข
4. โรคไข้หวัดนก
5. การควบคุม ป้องกันโรค
6. แนวทางปฏิบัติสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดนก
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

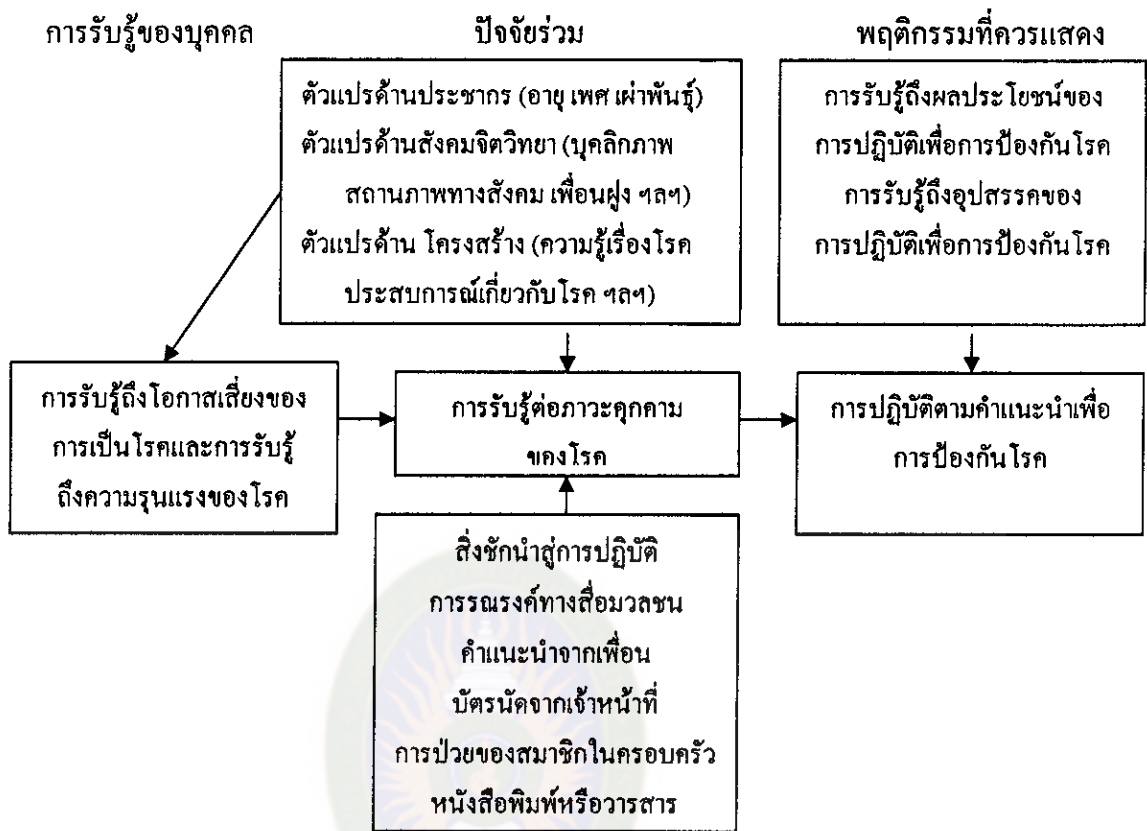
1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ เกร็ท เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งได้อธิบายว่า ในช่วงชีวิตของบุคคล (Life space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive valence) แรงด้านลบ (Negative valence) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและด้านลบพฤติกรรมหรือ

การแสดงออกของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ เลวิน ยังอธิบายถึง การตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือก โดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับ โอกาสที่เขาจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือก โดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับ โอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้น ๆ ซึ่งเลวินและคณะ ได้ตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการผลลัพธ์จากการกระทำนั้น ๆ

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในครั้งแรก โดย ฮอคบอม (Hochbaum) และคณะนั้น ได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ เกร็ท เลวิน ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลสุขภาพอย่างไรก็ตามอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะเกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา โรเซนสตอก (Rosenstock) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่า ในการอธิบายพฤติกรรม การไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

การวินิจฉัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 2518 : 12) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค

จากการที่ เกร็ด เลวิน (Kurt Lewin) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health – Related behavior) ว่า “พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมป้องกันโรค” (Preventive – health behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ไม่ปรากฏอาการ “พฤติกรรมเจ็บป่วย” (Illness behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบาย จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการเยียวยารักษาที่เหมาะสม และ “พฤติกรรมของผู้ป่วย” (Sick behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วย เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ จากความหมายดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีหลายลักษณะซึ่งแตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็นโรคแล้วจึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายและทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ คือ (กองสุขศึกษา. 2542 : 24-27)

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายการก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมินการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนหนึ่งที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs) หมายถึง เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่าย แล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคลหรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค

ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตาม การให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และตัวแปรด้านสนับสนุน ได้แก่ สิ่งกระตุ้น ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น การรณรงค์ หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้ว จะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าจะเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นนอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

ทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งของการพัฒนาทั้งปวง โลกจะพัฒนาไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม และเจริญยิ่งขึ้นไป เพื่อความสงบสุขและสันติภาพของโลกได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาประชากรให้มีคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ปฏิสนธิตราบจนวันตาย ในการพัฒนาทรัพยากร

มนุษย์หรือคุณภาพชีวิตนั้น นอกจากการพัฒนาในด้านการศึกษา เศรษฐกิจ การมีวินัยและคุณธรรม การมีสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องอุปโภคบริโภคที่พอเหมาะ การกระจายตัวของประชากรที่ดีแล้ว จำเป็นต้องพัฒนาปัจจัยหลักที่สำคัญมากอีกประการหนึ่ง คือ สุขภาพ เพราะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของมนุษย์ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการประกอบกิจการงาน และการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขในสังคม

ประเวศ วะสี (2542 : 30) ได้อธิบายแนวคิดของสุขภาพ โดยขยายความคำว่า " ความบีบคั้น" ดังนี้

"ความบีบคั้นทางกาย เช่น ร่างกายที่เจ็บป่วยไม่แข็งแรง การขาดอาหาร การได้รับอันตราย การไม่พอกินไม่พอใช้หรือความยากจน สิ่งแวดล้อมไม่ดี เป็นต้น

ความบีบคั้นทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ที่บีบคั้นในครอบครัว ในชุมชน ในโรงเรียน ในที่ทำงาน ระบบบริการทางสังคมไม่ดี การสื่อสารที่บีบคั้น ระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่บีบคั้น ขาดสันติภาพ เป็นต้น

ความบีบคั้นทางจิต เช่นความเครียด ความเกลียด ความโกรธ ความโลภอันไม่มีที่สิ้นสุด การไม่มีสติ การไม่มีสมาธิ เป็นต้น

ความบีบคั้นทางปัญญา เช่น ความบีบคั้นจากความไม่รู้ จากการเรียนรู้ที่ไม่ดี จากการเรียนรู้ที่ไม่เหมาะสม ขาดโลกทรรศน์ ชีวทรรศน์ที่ถูกต้อง เป็นต้น"

ดังนั้น สุขภาพควรหมายถึง การดำรงชีวิตที่สุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ที่อยู่บนพื้นฐานของคุณธรรมและการใช้สติปัญญา

จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่หย่อนกำลังความสามารถที่จะประกอบกิจการงาน หรือไม่ทุพพลภาพนั้น ยังไม่อาจกล่าวได้ว่ามีสุขภาพ เพราะสุขภาพมีความหมายในเชิงบวกที่เน้นความสมบูรณ์เต็มทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม หากจะพิจารณาว่า สุขภาพเป็นภาวะของความสมบูรณ์แล้ว อาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีสุขภาพ คือ บุคคลที่มี สุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพทางสังคม หรือการดำรงอยู่ในสังคมด้วยดีนั่นเอง

แนวคิดทางพฤติกรรมด้านสุขภาพ

1. ความหมายและรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ที่ทำค่านิยมและการกระทำหรือไม่กระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือมีผลต่อสุขภาพของตนเองของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือของชุมชน

รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล, 2545 : 8-11) ได้กล่าวถึง รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1.1 พฤติกรรมการเจ็บป่วย เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในรูปของการดูแลแก้ไข ปัญหาเมื่อตนเองหรือครอบครัวป่วย พฤติกรรมการเจ็บป่วยนี้รวมกลุ่มพฤติกรรมต่าง ๆ หลายอย่าง ไว้ด้วยกัน เช่น การรับรู้เมื่อตนเองเจ็บป่วย การรับรู้เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยแบบแผนการ แสวงหาการรักษาการเจ็บป่วยของบุคคลหรือครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทของคนป่วยใน ครอบครัว การดูแลพึ่งพาตนเองของบุคคลหรือครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปของก ป้องกันตนเอง หรือนุคคลอื่นมิให้เจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันโรคนี้อาจได้แก่ การกระทำหรือ ปฏิบัติของบุคคลที่นำไปสู่การป้องกันโรค การป้องกันการเจ็บป่วย รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุทั้ง ของตนเอง ของครอบครัวและของคนอื่นในชุมชนด้วย

1.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Primitive behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพ ที่แสดงออก โดยการกระทำ หรือการปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองหรือ นุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชนด้วย

1.4 พฤติกรรมมีส่วนร่วม เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปการ กระทำหรือการปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

2. ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดทางพฤติกรรมด้านการศึกษาของ Bloom (เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และคณะ, 2542 : 74)

2.1 พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย หรือพฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain)

เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมถึงการ พัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา ซึ่งเริ่มต้นจากระดับความรู้ง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิด และพัฒนาสติปัญญาขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับขั้นดังนี้

2.1.1 การรู้ จัดเป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ นึกได้ หรือ จากการมองเห็น ได้ยิน ได้แก่ จำชื่อโรค จำอาการการเจ็บป่วย เป็นต้น

2.1.2 ความเข้าใจ เป็นอาการที่เกิดจากประสบการณ์การรู้ การได้ฟัง และเข้าใจในข่าวสารนั้น ๆ

2.1.3 การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้เป็นการแก้ปัญหาเพื่อแสดง ให้เห็นว่าเข้าใจในหลักการทฤษฎีและวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา

2.1.4 การวิเคราะห์ ประกอบด้วย 3 ชั้น คือ

ชั้นที่ 1 ความสามารถในการแยกองค์ประกอบของปัญหาหรือสภาพการออกเป็นส่วน ๆ เพื่อทำความเข้าใจปัญหา

ชั้นที่ 2 ความสามารถในการมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนประกอบ

ชั้นที่ 3 ความสามารถในการมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเข้าเป็นปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

2.1.5 การสังเคราะห์ เป็นความสามารถในการนำเอาส่วนประกอบของหลาย ๆ ส่วนมารวมกันเป็นส่วนซึ่งมีโครงสร้างแน่ชัดซึ่งจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์และความคิดสร้างสรรค์

2.1.6 การประเมินผล เป็นความสามารถในการให้ค่าความรู้หรือข้อเท็จจริง ซึ่งต้องอาศัยเกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นองค์ประกอบในการให้ค่า แล้วจะปรากฏในรูปของคุณภาพและปริมาณ

2.2 พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective domain)

เป็นความเชื่อ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ ทัศนคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ ซึ่งเป็นเรื่องภายในจิตใจของบุคคลกระบวนการเกิดพฤติกรรมด้านทัศนคติ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ คือจะเป็นขั้นของสภาพจิตใจขั้นแรกเพื่อนำไปสู่สภาพจิตใจขั้นต่อไป ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมของแต่ละคนที่มีต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นนั้น โดยบุคคลมีสภาพจิตใจ 3 ลักษณะคือ เกิดความตระหนักหรือรู้สึกว่ามีเกิดขึ้นในจิตใจสำนึกว่าเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด ดี ไม่ดี ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจเท่านั้น ความเต็มใจที่จะรับสิ่งที่มากระตุ้นการเลือกรับ หรือการเลือกให้ความสนใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวกของบุคคลมากกว่าความรู้สึกในทางลบ

2.2.2 การตอบสนอง เป็นความรู้สึกผูกมัดสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ ที่มากระตุ้นเกิดความยินยอม ความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึก

2.2.3 การรับรู้ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับเขาเกิดความรู้สึกทัศนคติ หรือความตระหนักพร้อมที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกให้อยู่ในภาวะที่เขาสามารถบังคับได้

2.2.4 การจัดกลุ่มค่านิยมที่เกิดขึ้นจากการให้ค่า โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย แสดงให้เห็นในลักษณะที่บุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเอง

2.3 พฤติกรรมด้านทักษะนีสัย (Psychomotor domain)

เป็นความสามารถในการแสดงออกทางกาย ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการทางพฤติกรรมในระดับต่าง ๆ คือ ด้านความรู้และทัศนคติในการเกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลา

3. ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้

3.1 พฤติกรรมการใช้บริการ (Medical utilization) หมายถึง พฤติกรรมการไปรับการรักษาไม่ว่าจะเป็นแผนปกติหรือแผน โบราณ การซื้อยากินเองและการรับข้อมูลจากร้านขายยา

3.2 พฤติกรรมการทำแผนการรักษา (Compliance behavior) หมายถึง พฤติกรรมระหว่างการรักษาหรือในการดูแลของแพทย์ รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่แพทย์ต้องการให้ปฏิบัติในระหว่างการรับการรักษา

3.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องจัดการกับชีวิตประจำวันของตน ขณะที่รักษาและขณะที่กลับบ้านและอยู่ในสังคม

3.4 พฤติกรรมรับรู้ข่าวสาร (Medical information seeking behavior) หมายถึง การเสาะหาข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษา การดูแลตนเอง หมายถึงรวมถึงกลุ่มคนที่ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

3.5 พฤติกรรมการเผชิญปัญหา (Coping behavior) หมายถึง วิธีคิด วิธีการขอความช่วยเหลือ วิธีการขอข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้สามารถควบคุมภาวะทางจิตใจและสถานการณ์ทางสังคมในระหว่างที่รักษาหรือเมื่อกลับไปสู่สังคมและครอบครัวแล้ว

4. ขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพ

ขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่ง ได้ดังนี้

4.1 ขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจ สุขภาพทางสังคม

4.2 ขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค

การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ

4.3 ขอบเขตของบุคคลและกลุ่มที่เป็นเป้าหมาย ได้แก่ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ผู้ให้บริการสาธารณสุข ผู้รับบริการสาธารณสุข

4.4 ขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้ในการศึกษาเกี่ยวข้องกับความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ ทักษะคติ ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น

5. ลักษณะของผู้มีสุขภาพ

สุชาติ โสภประยูร (2535 : 4-5) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพดีว่า คนเรามีทั้ง ร่างกายและจิตใจ ดังนั้น จึงมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตอยู่ควบคู่กัน โดยให้ความหมายสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ดังนี้

สุขภาพกาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่มีความเจริญเติบโต และพัฒนาการสมกับวัย สะอาด แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและทุพพลภาพ พร้อมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรคหรือความต้านทานโรคเป็นอย่างดี

สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของเราให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันรวมทั้งสถานการณ์ในอดีตและอนาคตด้วย

ดังนั้น การที่บุคคลใดจะมีสุขภาพดี จะต้องแสดงออกซึ่งความมีชีวิตชีวาของสภาพร่างกายที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งจะต้องแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และได้กล่าวถึงลักษณะทั่วไปของผู้ที่มีสุขภาพดี 10 ประการคือ

1. เป็นผู้ที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ความผิดปกติหรือความพิการต่างๆ พร้อมทั้งยังมีความต้านทานโรคอีกด้วย
2. เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพราะว่าไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายผิดปกติ
3. เป็นผู้ที่มีจิตใจร่าเริงอยู่เสมอ รู้จักยิ้มแย้มแจ่มใส และมองโลกในแง่ดี
4. เป็นผู้ที่มีกำลังแข็งแรงเพียงพอในการดำเนินภารกิจในชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกสบาย
5. เป็นผู้ที่มีความเพลิดเพลินอยู่กับการดำเนินชีวิต แม้จะเหน็ดเหนื่อย จากภาระหน้าที่การทำงานบ้างก็ไม่รู้สึกย่อท้อถอย
6. เป็นผู้ที่มีความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ ไร้กังวล และไม่เคร่งเครียด แม้จะเกิดความคับข้องใจ แต่ก็ เป็นเพียงชั่วคราวช่วยาม

7. เป็นผู้ที่มีความรู้สึกรับประทานอาหารแต่ไม่ใช่รู้สึกอยากรับประทานอาหารอย่างพร่ำเพรื่อ หรือเบื่ออาหาร พร้อมทั้งมีสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอีกด้วย
8. เป็นผู้ที่มีความเจริญเติบโตสมกับวัย มีขนาดของร่างกายที่เหมาะสม ผิวพรรณเปล่งปลั่ง เล็บสีชมพู เส้นผมอ่อนสลวย
9. เป็นผู้ที่สามารถพักผ่อนและนอนหลับได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายหลังจากตื่นนอนแล้วจะมีความรู้สึกกระปรี้กระเปร่าและสดชื่น
10. เป็นผู้ที่มีอารมณ์แจ่มใสและมั่นคงอยู่เสมอ พร้อมทั้งจะเผชิญกับอุปสรรคหรือความยุ่งยากในชีวิตได้อย่างไม่วิตกกังวล

ลักษณะของผู้มีสุขภาพดีทั้ง 10 ประการนี้ เป็นสิทธิของคนทุกเพศทุกวัย หากผู้ใดมีความสมบูรณ์ครบถ้วนแสดงว่า ผู้นั้นมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีมาก และ ถ้าบกพร่องบ้างเล็กน้อย ก็แสดงว่า มีสุขภาพดีลดหลั่นรองลงมาตามลำดับ

นอกจากความสมบูรณ์ทางกาย ยังอาจหมายถึงรวมถึง ความสมบูรณ์ทางกลไกของร่างกายอัน ได้แก่ ความแข็งแรง มีพลัง ความทนทาน ความบึกบึน ความคล่องแคล่ว ความอ่อนตัว ความสามารถพอสมควรในทักษะพื้นฐานต่างๆ และการเคลื่อนไหวร่างกายสง่างามและมีความสัมพันธ์กันดีอีกด้วย

จะเห็นได้ว่า ลักษณะของผู้มีสุขภาพดีนั้น จะต้องครอบคลุมความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม การประเมินสุขภาพของบุคคล จึงต้องกำหนดตัวชี้วัดที่มีความตรง การใช้วิธีการและเครื่องมือที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ เช่น การสังเกต การตรวจสุขภาพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนการใช้วิธีการวัดและเครื่องมือทางจิตวิทยา และสังคมศาสตร์เป็นต้น แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และประเมินสุขภาพต่อไป

ความสำคัญของสุขภาพ

มนุษย์ที่เกิดมาจำเป็นต้องดำรงชีวิตในโลกนี้ให้ได้สิ่งที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับตน และพยายามใช้ชีวิตให้อื่นยาวที่สุด เท่าที่ตนสามารถทำได้ มนุษย์มีความต้องการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งก่อให้เกิดแรงผลักดัน ไปสู่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้วยวิธีการต่างกันเท่าที่โอกาส สติและปัญญาจะอำนวย หากความต้องการในเบื้องต้นนี้ได้รับการตอบสนอง ก็จะมีความต้องการเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและความซับซ้อน หรือมีความต้องการในเรื่องอื่นต่อไปนี้ไม่สิ้นสุด เนื่องจากมนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างกัน การกำหนดความต้องการ และการตอบสนองที่หลากหลาย ย่อมส่งผลกระทบต่อตนเองและสังคม ทั้งทางบวกและทางลบได้

การที่บุคคลมีสุขภาพ จึงเปรียบเสมือนมีทรัพยากรภายในคน เป็นขุมพลังที่จะโน้มน้าวให้สามารถใช้ชีวิตที่มีคุณค่าทั้งด้านส่วนตัวและส่วนรวม อาจกล่าวได้ว่า สุขภาพ คือ วิถีแห่งชีวิตที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุขที่แท้จริง และความสำเร็จที่งดงามในชีวิต บุคคลที่มีสุขภาพ คือ บุคคลที่มีคุณภาพชีวิต สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ด้วยดี ทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์ อันนำมาซึ่งความสุข ความเจริญต่อตนเองและสังคม

นอกจากนี้ บุคคลแต่ละคน ย่อมเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสถาบันครอบครัว ชุมชน ประเทศและของโลก ภาวะสุขภาพของแต่ละคน จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ และภาวะสุขภาพโดยรวม บุคคลจึงมีหน้าที่ในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพของตน และรับผิดชอบต่อผลกระทบที่มีต่อส่วนรวมหากทุกคนมีสุขภาพ ย่อมทำให้ ครอบครัว ชุมชน ประเทศ และ โลก มีคุณภาพ มีสันติภาพ มีความสุข และมีความเจริญที่แท้จริงได้

ฮารี สัณห์วี (2533 : 9-11) ได้กล่าวถึง สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพว่ามีหลายประการ คือ

1. สิ่งมีชีวิต ได้แก่ เชื้อโรคต่าง ๆ สัตว์บางชนิด พืชพันธุ์ไม้ที่มีพิษ ฯลฯ
2. สิ่งไม่มีชีวิต ได้แก่ สารเป็นพิษ เหล้า บุหรี่ ยาเสพติด ยาบางชนิด ฯลฯ
3. ปრაกฏการณ์ธรรมชาติ ได้แก่ น้ำท่วมฉับพลัน แผ่นดินไหว พายุ การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของร่างกายมนุษย์เมื่อเข้าสู่วัยชรา ฯลฯ
4. สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น ได้แก่ ไฟในเตา บ้านช่องแออัด มีด ถนนที่สร้างไม่ดี สภาพการทำงานหรือชีวิตอยู่ในครอบครัวที่มีความตึงเครียด ฯลฯ
5. พฤติกรรมหรือความประพฤตินี้ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร รับประทานผลไม้สดและผักดิบโดยไม่ล้าง ฯลฯ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534 : 13) ได้แบ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสถานะทางสุขภาพของบุคคล 4 องค์ประกอบใหญ่ๆ คือ

1. พันธุกรรม จะเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดโรคบางชนิด
2. สิ่งแวดล้อม ได้แบ่งสิ่งแวดล้อมเป็น 2 ประการ คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยได้เน้นความสำคัญของความเครียดซึ่งเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม และมีผลต่อสถานะสุขภาพของบุคคลเป็นอย่างมาก
3. บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพไม่สามารถแก้ไขได้ถ้าบริการด้านการแพทย์ และ การสาธารณสุขไม่ดี ไม่เพียงพอ หรือไม่เป็นที่ยอมรับของประชาชน

4. พฤติกรรม

ลือชา วรรัตน์ (ม.ป.ป. : 6) ได้สรุปความเห็นไว้ว่า ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา วงการสาธารณสุข ได้วิเคราะห์ว่า สุขภาพของคน (และสังคม) จะเกิดและมีได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางบริการสาธารณสุข และบริการทางการแพทย์ ปัจจัยด้านพฤติกรรม และวิถีชีวิตของคน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ประเวศ วะสี (2542 : 32) ได้แสดงทัศนะว่า ปัจจัยที่ทำให้สุขภาพดีมีมากมาย และได้แสดงผังความคิดของปัจจัยที่ทำให้สุขภาพดีในแต่ละองค์ประกอบ โดยอิงแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชาชน ว่าแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ซึ่งมีความเป็นพลวัต (Dynamic) ตลอดเวลา คือ

1. องค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมของประชาชนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ พันธุกรรม และความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ
2. องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ การเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ การศึกษาการเมืองกับการปกครอง โครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสื่อสาร การคมนาคม การสาธารณสุข ปลอดภัย ฯลฯ ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ปัจจัยทางด้านสังคมอื่นๆ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ศิลธรรมและจริยธรรม การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และด้านชีวภาพ
3. องค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข ได้แก่ การกระจายโครงสร้างพื้นฐานของระบบ สาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน โครงสร้างองค์การบริหารงานสาธารณสุข คุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชน

จะเห็นได้ว่า ระดับสุขภาพของบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ในที่นี้จะกล่าวถึง องค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ 3 ประการ คือ

1. พันธุกรรม (Heredity)

พันธุกรรมหรือกรรมพันธุ์ เป็นการถ่ายทอดลักษณะต่าง ๆ (Characteristics or Qualities) ทางกายและจิตใจจากบรรพบุรุษ หรือบิดามารดาไปยังลูกหลาน โดยลักษณะต่าง ๆ ดังกล่าวรวมทั้งความบกพร่องความผิดปกติ และโรคพันธุกรรม จะถูกกำหนดโดยยีนส์ที่เรียงตัวอยู่บนโครโมโซมในนิวเคลียสของเซลล์สืบพันธุ์ของบิดาและมารดา (อสุจิและไข่) และถ่ายทอด

สิ่งเหล่านั้นไปยังบุรุษขณะที่มีการปฏิสนธิขึ้น

พันธุกรรมเป็นตัวกำหนด โครงร่าง ขนาดของร่างกาย รูปร่างหน้าตา สีผม สีผิว สีนัยน์ตา ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่วนความบกพร่อง ความผิดปกติ และโรคบางอย่างที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ นิ้วกุด นิ้วเกิน คนแคระ ผิวหนัง เป็นเกล็ด ศีรษะล้าน ตาบอดสี ลมชัก เลือดแข็งตัวยาก ตาบอดบางชนิด หูหนวกบางชนิด เบาหวาน โลหิตจางจากธาลัสซีเมีย (ซึ่งสถิติปี 2539 พบว่ามีประมาณร้อยละ 1 ของประชากร) เป็นต้น

พันธุกรรมยังมีส่วนสำคัญในการกำหนดลักษณะทางจิตใจและอารมณ์เช่นกัน ความรู้ในแขนงวิชา พันธุกรรมเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์(Psychiatric genetics) พบว่า (ศรีธรรม ฐานะภูมิ, 2535 : 5-6) สิ่งที่ดีดตัวทารกมาตั้งแต่เกิดหลายอย่างมีหน้าที่ในการปรับตัวและการตอบสนองทางสรีรภาพ (Physiological adaptation and response) กระบวนการเหล่านี้จะพัฒนาตามลำดับขึ้นไปเป็นระบบประสาท ซึ่งจะควบคุมการแสดงออกทางพฤติกรรม (Integrated function of the nervous system expressed in social and symbolic behavior) จึงเห็นได้ว่า พันธุกรรมเป็นตัวกำหนดลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ ความโน้มเอียงต่อปัญหาทางจิตเวชและระดับสติปัญญา

พันธุกรรม เป็นองค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดระดับสุขภาพของแต่ละบุคคล มนุษย์ไม่สามารถกำหนด เลือกลง หรือแก้ไขสิ่งที่ได้รับถ่ายทอดจากพันธุกรรมได้ จึงควรยอมรับความจริง พอใจในสิ่งที่ตนเองมีและเป็นอยู่ และพยายามพัฒนาสุขภาพของตนอย่างเต็มที่ภายใต้เงื่อนไขของลักษณะทางพันธุกรรมที่ได้รับจากบรรพบุรุษ โดยคำนึงว่า ระดับสุขภาพเริ่มต้นมาจากพันธุกรรม แต่ก็มักจะได้รับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ

2. สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อม คือ ทุกสิ่งที่อยู่รอบตัวมนุษย์ ทั้งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และมนุษย์สร้างขึ้น ทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพนับตั้งแต่ปฏิสนธิจนวินาทีสุดท้ายของชีวิต

สิ่งแวดล้อม อาจจำแนกตามคุณลักษณะได้ 4 ประเภท คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางเคมี ได้แก่ สารเคมีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อาหาร เครื่องสำอาง ยาฆ่าแมลง สารเคมีที่เจือปนอยู่ในอากาศ น้ำ เป็นต้น
2. สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ ได้แก่ สิ่งมีชีวิตทั้งหลาย เช่น เชื้อโรค แมลง สัตว์ พืช บุคคลรอบข้าง เป็นต้น
3. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพหรือทางฟิสิกส์ ได้แก่ สิ่งที่ไม่มีชีวิต มีทั้งสิ่งที่เป็น

ธรรมชาติ และมนุษย์สร้างขึ้น เช่น ดิน น้ำ อากาศ ความร้อน แสง เสียง รังสี สภาพดินฟ้าอากาศ สภาพทางภูมิศาสตร์ ที่อยู่อาศัย ยานพาหนะ เครื่องยนต์กลไก อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ เป็นต้น

4. ระบบความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ บ้างก็เรียกว่า สิ่งแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบหรือแบบแผนที่มนุษย์คิดขึ้นมาเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคม เช่น ระบบเศรษฐกิจ ระบบการศึกษา ความเชื่อ ความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ค่านิยม ลัทธิ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม การสื่อสาร ชนชั้นในสังคม ระบบการเมือง การปกครอง และระบบสาธารณสุข เป็นต้น

สิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดสุขภาพ ตั้งแต่มีการปฏิสนธิ สิ่งแวดล้อมที่ทารกเจริญเติบโตอยู่ในครรภ์ของมารดา จนถึงระยะคลอด ที่สำคัญคือ สภาพของมารดา เช่น มารดาที่มีอายุมากอาจทำให้ทารกมีความพิการของสมอง ได้แก่ ปัญญาอ่อน ดาวน์ซินโดรม (Down's syndrom) ซีรัอะโต (Hydrocephalus) เป็นต้น หากมารดาเป็นโรคหัดเยอรมัน ซิฟิลิส เบาหวาน โรคของต่อมธัยรอยด์ อาจทำให้มีความพิการ หรือ พัฒนาการที่บกพร่อง การตรากตรำเกินไปของมารดา อาจกระทบกระเทือนต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ภาวะโภชนาการของมารดาที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอ การทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด การที่มารดาได้รับวิตามินซีมากเกินไป อาจทำให้เป็นโรคลักปิดลักเปิดในระยะแรกคลอดได้ มารดาที่ดื่มแอลกอฮอล์มาก มีผลต่อการเจริญเติบโตของสมองของทารก อาจทำให้ปัญญาอ่อน อาจทำให้แท้งหรือทารกตายในครรภ์ เช่นเดียวกับมารดาที่สูบบุหรี่ การได้รับรังสีของมารดา มีผลต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ มารดาที่มีความเครียดมาก ทำให้ทารกในครรภ์เคลื่อนไหวมาก เชื่อว่าทำให้ทารกเครียดได้ นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมทางสังคมของมารดา เช่น ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ความเชื่อ วิถีชีวิต ค่านิยม ระบบการเมืองการปกครอง ระบบสาธารณสุข ฯลฯ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และโดยอ้อมต่อสุขภาพของมารดาอันมีผลต่อสุขภาพของทารกด้วย มารดาที่เตรียมตัวเตรียมใจพร้อมที่จะมีบุตร และได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมในระยะคลอด ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพของมารดาและทารกด้วย

หลังจากคลอดไปจนตลอดชีวิต มนุษย์จะต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมทั่วไปด้วยตนเอง ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางเคมี ชีวภาพ กายภาพ และระบบความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ ซึ่งจะมามีอิทธิพลต่อสุขภาพทั้งด้านที่เป็นคุณและเป็นโทษได้ ชีวิตมนุษย์จึงขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมด้วย อย่างไรก็ตาม มนุษย์ย่อมมีความสามารถในการ

ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและแก้ไขสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นความพยายามในการควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมทุกด้านเพื่อให้เอื้ออำนวยประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งของตนเองและส่วนรวมจึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างสุดความสามารถ

3. สุขปฏิบัติ (Health practice)

สุขปฏิบัติ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น สุขปฏิบัติจึงเป็นตัวกำหนดสุขภาพที่สำคัญมาก หากบุคคลมีพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมดี แต่ไม่ปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ มีโอกาสน้อยมากที่จะทำให้บุคคลผู้นั้นมีสุขภาพ สุขปฏิบัติที่สำคัญ และมีผลต่อสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่ การบริโภคอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค การออกกำลังกาย การพักผ่อน การระวังรักษาอวัยวะภายนอก การป้องกันโรคและอุบัติเหตุ การสร้างเสริมสุขภาพจิต และการมีสำนึกต่อสังคม

คณะกรรมการสุขภาพของประเทศไทย เห็นว่าคนไทยมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาสุขนิสัย 10 ประการ ซึ่งเรียกว่า สุขบัญญัติแห่งชาติ (Health disciplines)

สุขบัญญัติแห่งชาติ คือ ข้อกำหนดที่เด็ก เยาวชน และประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ได้แก่

1. ดูแลรักษาร่างกาย และของใช้ให้สะอาด
2. รักษาฟันให้แข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย
4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด
5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
7. ป้องกันอุบัติเหตุโดยการไม่ประมาท
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
10. มีสำนึกต่อส่วนรวม และร่วมสร้างสรรค์สังคม

จะเห็นได้ว่า สุขปฏิบัติ เป็นสิ่งสำคัญที่ควรปลูกฝังให้เกิดขึ้นกับทุกคน เพราะทุกสิ่งทุกอย่างที่กระทำหรือปฏิบัติในชีวิตทุกวินาที มีผลต่อสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ความจริงที่ว่า “ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว” สามารถนำมาใช้ได้กับการประพฤติปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขภาพด้วย หาก

บุคคลมีสุขปฏิบัติ และปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอจนติดเป็นนิสัย ย่อมนำมาซึ่งสุขภาพต่อเนื่องกันไปอย่างไม่หยุดยั้ง

อาจกล่าวได้ว่า องค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ประการแรก คือ พันธุกรรม เป็นจุดเริ่มต้นของสุขภาพส่วนบุคคล เป็นต้นทุนที่กำหนดระดับสุขภาพสูงสุดที่บุคคลจะพึงมีได้ มีอิทธิพลตั้งแต่เริ่มมีการปฏิสนธิ ประการที่สอง คือ สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลหลังการปฏิสนธิเป็นต้นมา ได้แก่ สภาพของมารดา และสิ่งแวดล้อมทั่วไปในการดำรงชีวิต และประการที่สามคือ สุขปฏิบัติ ซึ่งเป็นกรกระทำที่นำมาซึ่งสุขภาพอาจทำโดยรู้หรือไม่รู้ เต็มใจหรือไม่เต็มใจก็ตาม แต่ต้องกระทำด้วยตนเอง ไม่อาจซื้อหาหรือหีบยื่นให้กันได้ เนื่องจากแต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งในด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมและสุขปฏิบัติ จึงทำให้มีสุขภาพต่างกัน แม้แต่ในบุคคลเดียวกันสิ่งแวดล้อมและสุขปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไป ย่อมทำให้สุขภาพของบุคคลไม่คงที่ได้เช่นกัน จึงไม่ควรประมาทในสุขภาพของตน ดูแลรักษาพันธุกรรมที่มี สิ่งแวดล้อมที่ดี และสุขปฏิบัติในปัจจุบันให้คงอยู่อย่าให้เสื่อม และปรับปรุงส่งเสริมสิ่งแวดล้อมและสุขปฏิบัติให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

ประเภทของสุขภาพ

สุขภาพอาจจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. สุขภาพส่วนบุคคล (Personal health) คือ ภาวะความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดีของแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และสุขปฏิบัติของแต่ละบุคคล
2. สุขภาพชุมชน (Community health) คือ ภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพของชุมชน โดยภาพรวม และเนื่องจากองค์ประกอบของชุมชน ที่สำคัญได้แก่ คนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป พื้นที่อาณาเขตที่กำหนด บริการในสังคม การปะทะสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนและการมีผลประโยชน์ร่วมกัน ดังนั้น สุขภาพส่วนชุมชน จึงควรพิจารณาภาพรวมของความสมบูรณ์ขององค์ประกอบทุกด้านของชุมชนด้วย

สุขภาพส่วนบุคคล และสุขภาพชุมชน มีความสัมพันธ์กัน เพราะชุมชนประกอบด้วย บุคคลและสุขภาพของบุคคล ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม ดังนั้น สุขภาพส่วนบุคคลและ สุขภาพชุมชน จึงส่งผลซึ่งกันและกัน ทั้งที่เป็นประโยชน์และเป็นโทษได้ไม่มากนักน้อย บุคคลทุกคนพึงตระหนักว่าการกระทำทุกอย่างของตนส่งผลกระทบต่อสุขภาพส่วนรวมไม่โดยตรงก็โดยอาจส่งผลให้เห็นได้ทันทีทันใดหรือต้องใช้เวลา นอกจากนี้ยังต้องมีส่วนร่วมในการ

ป้องกันปัญหา และพัฒนาสุขภาพของชุมชน เพื่อประโยชน์ในการปกป้องและพัฒนาสุขภาพของ
 คนอีกด้วย

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพนอกจากจะให้ความสำคัญในการป้องกันปัญหาแล้วยังควรมอง
 ไกลไปถึงการพัฒนาศักยภาพเพื่อก่อให้เกิดระดับสุขภาพสูงสุดที่พึงมีได้ทั้งสุขภาพส่วนบุคคลและ
 ชุมชนดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคล

หากพิจารณาองค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ คือ พันธุกรรม
 สิ่งแวดล้อม และสุขปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่า บุคคลสามารถป้องกัน โรคและส่งเสริมสุขภาพ
 ส่วนบุคคลได้โดย

1.1 การเฝ้าระวังเพื่อป้องกัน ความผิดปกติหรือโรคทางพันธุกรรมที่ตนเสี่ยง

เนื่องจากแต่ละบุคคลอาจได้รับการถ่ายทอดความผิดปกติหรือโรคทาง
 พันธุกรรม จึงจำเป็นต้องรับรู้ความจริง เพื่อการเฝ้าระวัง สังเกต หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ตรวจสอบสุขภาพ
 และดูแลสุขภาพให้มากเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันความผิดปกติดังกล่าวไม่ให้เกิดขึ้น หรือหากมีความ
 ผิดปกติหรือโรคทางพันธุกรรมเกิดขึ้นแล้ว จะได้มีสุขปฏิบัติและปรับตัวได้เหมาะสมและดีที่สุด
 สำหรับสุขภาพของตน

1.2 การเลือกคู่ครอง และการวางแผนชีวิตที่เหมาะสม

ตามธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อถึงวัยรุ่นจะมีความสนใจเพื่อนต่างเพศ และเมื่อ
 เข้าสู่ผู้ใหญ่ที่สามารถรับผิดชอบการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ก็จะมีการแสวงหาผู้ที่จะมาร่วม
 ชีวิตอย่างจริงจัง การเลือกคู่ครองจึงต้องใช้เหตุผลมากกว่าใช้อารมณ์และควรถามถึง
 ความเหมาะสมในองค์ประกอบต่างๆ รวมทั้งภาวะสุขภาพ และคุณลักษณะทางพันธุกรรมที่อาจถ่ายทอด
 ไปยังลูกด้วย การรับรู้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ และความเสี่ยงของความผิดปกติหรือโรคทาง
 พันธุกรรม จะช่วยในการตัดสินใจวางแผนชีวิตและวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม เพื่อป้องกัน
 ปัญหาทางสุขภาพและพันธุกรรมที่อาจเกิดขึ้นกับลูกในอนาคต ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว
 และสังคมอีกด้วย

1.3 การสุขภาพสิ่งแวดล้อม

เนื่องจากสิ่งแวดล้อมทางเคมี ชีวภาพ และกายภาพ มีอิทธิพลต่อสุขภาพ
 ดังนั้น จึงต้องมีการสุขภาพ หรือ การระวังรักษาเพื่อความปราศจากโรค โดยมุ่งทำการปรับปรุง
 เปลี่ยนแปลง รักษาและควบคุมสภาพของสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อ

การดำรงชีวิตอย่างมีความสุข จึงกล่าวได้ว่าการจัดการสิ่งแวดล้อมทางเคมี ชีวภาพ และกายภาพที่ดี ช่วยทำให้บุคคลมีความสุข

1.4 สุขปฏิบัติ

การปฏิบัติเพื่อสุขภาพ เป็นสิ่งที่หิบบิ้นให้กันไม่ได้ การปฏิบัติที่ดีเพื่อสุขภาพจึงต้องกระทำต่อเนื่องและตลอดเวลา เพื่อให้เกิดผล คือ สุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

2. การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

หากพิจารณาจากองค์ประกอบของชุมชนและแนวคิดของสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนที่สำคัญ คือ

2.1 การสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคล

การที่ชุมชนจะมีความสุข ขึ้นอยู่กับสุขภาพส่วนบุคคลของสมาชิกทุกคนในชุมชนด้วย แต่ละบุคคลจึงควรคำนึงอยู่เสมอว่า ภาวะสุขภาพของคนและการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบที่จะต้องทำเพื่อตนเองและส่วนรวม

2.2 การสร้างเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชน

สิ่งแวดล้อมของชุมชนที่จะทำให้เกิดสุขภาพชุมชน จำเป็นต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมทั้งในด้านปริมาณ และคุณภาพ เนื่องจากปัญหาสิ่งแวดล้อมของชุมชนมีสาเหตุสำคัญมาจากประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชน จึงเป็นหน้าที่ของคนทุกคน

2.3 การบริการสาธารณสุขที่ทั่วถึงและมีคุณภาพ

บริการสาธารณสุขทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่จำเป็นสำหรับทุกคน ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ และเจ็บไข้ได้ป่วย การจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนทุกคนสามารถมาใช้บริการได้อย่างสะดวก ตามความต้องการและได้รับบริการที่มีคุณภาพ จะเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยทำให้ชุมชนมีความสุข แต่เนื่องจากข้อจำกัดทางทรัพยากรสาธารณสุข และภาวะสังคมปัจจุบัน รัฐไม่สามารถจัดบริการได้ กระจายทั่วถึงและมีคุณภาพดีเท่าที่ควร ประชาชนจึงควรรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุดเพื่อตนเองและส่วนรวม

2.4 ระบบความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ

เป็นที่ยอมรับกันว่าระบบความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ ได้แก่

ระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ ระบบการศึกษา ระบบสังคม วัฒนธรรม ฯลฯ ซึ่งมนุษย์กำหนดขึ้นเพื่อการอยู่ร่วมกันนั้น แต่ละระบบมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างแน่นแฟ้น และมีอิทธิพลต่อ

สุขภาพอย่างยิ่ง การที่จะทำให้ชุมชนมีสุขภาพ จึงจำเป็นต้องทำให้ระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ ดังนั้นบุคคลในชุมชนจึงต้องมีส่วนกำหนดแนวทางการอยู่ร่วมกันที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพทั้งของตนเองและส่วนรวม

2.5 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บุคคลในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนในทุกด้านรวมทั้งด้านการพัฒนาสุขภาพ เท่าที่สามารถกระทำได้ตามความเหมาะสมของตน เช่น การเสียสละแรงงาน กำลังทรัพย์ เสนอความคิดเห็น ร่วมสนับสนุนให้กำลังใจในสิ่งที่ถูกต้อง เผยแพร่ความรู้ทางสุขภาพ รวมถึงดำเนินกิจกรรมด้านการพัฒนาสุขภาพด้วยจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ฯลฯ หากสมาชิกในชุมชนทุกคนร่วมแรงร่วมใจกันพัฒนาสุขภาพ ย่อมส่งผลให้เกิดสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนได้

มนุษย์ทุกคนปรารถนา "ความสุข" การที่จะมีภาวะที่เป็นสุขหรือ มีสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีการดำรงชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจและสังคม ไม่เป็นโรคไม่บกพร่องไม่ก่อความเดือดร้อน แต่สร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้เกิดขึ้นต่อตนเองและส่วนรวม สุขภาพจึงนำไปสู่ความสุข ความเจริญที่แท้จริง ต่อตนเองและส่วนรวม อันทำให้บุคคลและชุมชนมีคุณภาพ ทำให้โลกเกิดสันติสุข ภาวะสุขภาพแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ไปโดยเนื่องมาจากความแตกต่างทางพันธุกรรมสิ่งแวดล้อม และสุขปฏิบัติ แม้ในบุคคลเดียวกัน ภาวะสุขภาพก็ไม่คงที่ ดังนั้นการดูแลรักษาสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรประมาทบุคคลผู้หวังที่จะมีชีวิตที่มีความสุข จึงควรรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและเฝ้าระวังโรคทางพันธุกรรมที่อาจเสี่ยง มิให้เกิดอาการผิดปกติและเอาใจใส่ให้มาก ตลอดจนการจัดดำเนินการสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยประโยชน์แก่สุขภาพรวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตลอดเวลา และควรคำนึงถึงความรับผิดชอบต่อสังคมว่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่ทำลงไป ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสังคมด้วยเสมอ การเลือกคู่ครองที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลควรคำนึงถึงความผิดปกติทางพันธุกรรมที่อาจเกิดขึ้นกับลูกและวางแผนชีวิตให้เหมาะสมเพื่อความสุขของตนเอง ครอบครัว และสังคม การที่ชุมชนมีสุขภาพยังต้องมีสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ ปราศจากพิษภัยต่อชีวิตมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยประโยชน์ต่อสุขภาพ มีบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพให้บริการอย่างทั่วถึงและสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การที่ประชาชนมีความสำนึกในความรับผิดชอบต่อชุมชนและเสียสละประโยชน์ส่วนตัวเพื่อประโยชน์ส่วนรวมทางด้านสุขภาพ

การดูแลสุขภาพของครอบครัว

1. นโยบายของรัฐในเรื่องการดูแลสุขภาพของครอบครัว

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ราชิววัฒน์ ศรีแก้ว (2545 : 71-72) ได้ให้ความสำคัญของการพัฒนา “คน” ในฐานะการเป็นยุทธศาสตร์ การสร้างเสริมฐานรากให้สังคมเข้มแข็ง โดยบรรจุงสาระของการสร้างความมั่นคงและความเข้มแข็งของครอบครัวไว้ในยุทธศาสตร์การพัฒนาดนและการคุ้มครองทางสังคม กำหนดให้มีการส่งเสริมบทบาทครอบครัว มีส่วนร่วมในการพัฒนาให้เป็นกลไกเกื้อหนุน ให้คนไทยเป็นคนดี มีคุณธรรม มีระเบียบวินัย ซื่อสัตย์สุจริต มีความสามัคคี มีความรักชาติ มีจิตสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม โดยให้มีการ “ส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งในการดูแลและพัฒนาคุณภาพของสมาชิกในทุกมิติ โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการเสริมสร้างรายได้ควบคู่ไปกับการมีพฤติกรรมครอบครัวและการบริโภคที่เหมาะสม การจัดบริการทางสังคมแบบเบ็ดเสร็จแก่ครอบครัวตามความเหมาะสมของชุมชน”

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว คือ การสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ให้มีศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ มีการเรียนรู้มีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ โดยเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ

2. ความสำคัญของการดูแลครอบครัว

ครอบครัวเป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์และคล้ายคลึงกันอย่างใกล้ชิดที่สุดทั้งทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อมและทางจิตใจ ดังนั้นเมื่อสมาชิกผู้หนึ่งผู้ใดของครอบครัวเจ็บป่วยหรือมีปัญหาความยุ่งยากเกิดขึ้น ช่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกผู้อื่นในครอบครัวหลายประการการดูแลครอบครัวจึงมีความสำคัญ (ประภา ลิ้มประสูตร. 2537 : 26) ดังนี้

2.1 เป็นการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือแก้ไขปัญหาของบุคคลที่เป็นสมาชิกของครอบครัว ซึ่งนอกจากจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือของผู้ป่วยแล้ว ถ้าได้รับความร่วมมือจากครอบครัวในการช่วยเหลือประคับประคอง ให้กำลังใจจากครอบครัว จะทำให้การดูแลผู้ป่วยหรือการแก้ไขปัญหาประสบความสำเร็จ ได้ดีและรวดเร็วยิ่งขึ้น

2.2 ปัญหาบางอย่าง เป็นปัญหาที่มีสาเหตุจากสมาชิกครอบครัว เช่น ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมของสมาชิกบางคน ความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน ตลอดจนการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและโรคติดต่อ การแก้ไขปัญหาหรือให้การช่วยเหลือแก่สมาชิกที่เป็นสาเหตุและผู้ที

เกี่ยวข้องกับปัญหาทุกคน จะมีผลให้การแก้ไขปัญหาคิดโดยง่ายและมีผลยืนยาว

2.3 ภาวะสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัวมีความเกี่ยวพันกันในบางกรณีขณะที่สมาชิกผู้หนึ่งมีปัญหา อาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกอื่นมีปัญหาเช่นเดียวกัน

2.4 ระยะเวลาในการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุข

2.5 ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในการตัดสินใจและรับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยเจ็บ แก้ไขปัญหา และดูแลสุขภาพอนามัยของตน เป็นแหล่งพลังงานในการผลักดันส่งเสริมกระตุ้น และให้กำลังใจบุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานและเป็นรากฐานให้กับสถาบันอื่นในสังคม เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี จึงส่งผลไปถึงสุขภาพระดับชุมชนและระดับประเทศที่ดีด้วย ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสร้างสุขภาพทั้งทางร่างกายทางจิตใจ ทางอารมณ์และสังคม ครอบครัวที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและมีสุขภาพครอบครัวที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัว ปัจจัยภายในครอบครัว และปัจจัยภายนอกครอบครัว

1. ปัจจัยเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัว

การที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละบุคคลมีสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลดีไปยังสุขภาพครอบครัวโดยรวม เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพครอบครัวประกอบด้วยองค์ประกอบ ด้านชีววิทยาหรือด้านร่างกาย องค์ประกอบด้านจิตวิทยา องค์ประกอบด้านสังคมวัฒนธรรม และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ

1.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ พันธุกรรม

1.1.1 เพศ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเพศหญิงชายจะมีความแตกต่างกัน เพศชายจะมีความพิถีพิถันเรื่องความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยน้อยกว่าเพศหญิง มีพฤติกรรมเสี่ยงมีมากกว่าเพศหญิง เช่น การใช้สารเสพติด ความสำส่อนทางเพศ ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น โรคเอดส์ การติดสารเสพติด อุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและส่งผลมายังครอบครัว ทำให้เกิดโรคติดต่อขึ้นภายในครอบครัว สมาชิกครอบครัวมีภาวะเครียดและวิตกกังวล

1.1.2 อายุ การเกิดปัญหาความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติในแต่ละช่วงอายุของสมาชิกในครอบครัวมีความแตกต่างกัน วัยเด็กทารกและวัยเด็กก่อนเรียนจะพบปัญหาโรคติดเชื้อสูงกว่าวัยอื่น ๆ สมาชิกในครอบครัวที่มีอายุน้อยจะสนใจดูแลสุขภาพของตนเองน้อยกว่าสมาชิกครอบครัวที่อายุมากกว่า

1.1.3 พันธุกรรม หญิงชายที่มีลักษณะทางพันธุกรรมที่ดีจะทำให้บุตรที่เกิดขึ้นมีสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรม ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ซึ่งเกิดจากความผิดปกติทางโครโมโซม โดยมีโครโมโซมเพิ่มขึ้นมาเป็นโครโมโซมคู่ที่ 21 บุตรมีความเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย และผลต่อสุขภาพจิตของครอบครัวที่มีความเครียดและความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว

1.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ ความเชื่อ ทศนคติ แบบแผนการดำเนินชีวิต

1.2.1 พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ พัฒนาการตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปตามทฤษฎีทางจิตวิทยา โดยจะมีพัฒนาการเป็นไปตามลำดับขั้นของชีวิต พัฒนาการที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม บุคคลที่มีปัจจัยทางชีวภาพหรือสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด ทางด้านพันธุกรรม ฮอร์โมน พื้นฐานอารมณ์ และสภาพร่างกายที่ดีประกอบด้วยมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะทำให้เกิดพัฒนาการที่ดีและเหมาะสม สามารถปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และส่งผลให้บุคคลมีวุฒิภาวะและบุคลิกที่เหมาะสม ซึ่งคือ การที่มีสุขภาพที่ดีของบุคคลนั่นเอง เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ครอบครัวมีสุขภาพดีตามไปด้วย ตัวอย่าง เด็กที่มีพื้นฐานทางอารมณ์ดีเป็นคนอารมณ์ดีมีการเลี้ยงดูในครอบครัวที่สุขภาพจิตดี อบอุ่น เด็กจะพัฒนาอย่างมีจิตใจที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาทางอารมณ์ตลอดจนพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนได้ ทำให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีมีศักยภาพ อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

1.2.2 ความเชื่อ ทศนคติ การที่สมาชิกในครอบครัวจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ เป็นผลมาจากความเชื่อ และทศนคติ ซึ่งมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต หลังจากที่บุคคลได้ประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีผลในทางบวก ประกอบกับบุคคลที่มีความสำคัญสนับสนุนการแสดงพฤติกรรม ก็จะเกิดพฤติกรรมที่ตั้งใจเกิดขึ้น หากเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สมาชิกครอบครัวนั้นจะมีสุขภาพที่ดี สมาชิกครอบครัวนั้นจะมีสุขภาพที่ดีและสุขภาพ

ครอบครัวโดยรวมก็จะดีตามไปด้วย

1.2.3 แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว เช่น แบบแผนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า เป็นต้น การที่บุคคลในครอบครัวรับประทานอาหารที่ดี มีคุณค่าทางโภชนาการประกอบกับการออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้ร่างกายมีน้ำหนักได้มาตรฐาน ไม่ป่วยง่ายหรือเป็นโรคอ้วน ส่งผลให้ครอบครัวมีสุขภาพดี ถ้าครอบครัวมีแบบแผนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมย่อมทำให้สุขภาพของสมาชิกครอบครัวไม่แข็งแรงและเจ็บป่วยได้ง่ายทั้งโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อ

1.3 ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ได้แก่ อาชีพ การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ประเพณีและวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพของครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวประกอบอาชีพที่มีรายได้น้อย ประกอบกับการศึกษาต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้มาก หรือครอบครัวมีรายได้น้อยทำให้ต้องคิดที่จะหาเงิน เพื่อมาจุนเจือชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองและครอบครัวให้อยู่รอดในแต่ละวัน ในขณะที่สมาชิกครอบครัวที่มีระดับการศึกษาและรายได้สูง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไร้เชื้อ เนื่องจากการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีราคาแพงแต่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ การไม่ออกกำลังกาย การทำงานที่มีความเครียดสูง ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อที่ผิด ๆ จะมีผลเสียต่อสุขภาพได้

1.4 ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยทางด้านศีลธรรม คุณธรรม หลักศาสนา ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของครอบครัว โดยที่สมาชิกครอบครัวที่มีศีลธรรม มีความละเอียดใจในการทำความดี ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถควบคุมตนเองต่อการกระทำผิดหรือการกระทำชั่วใด ๆ ครอบครัวจะมีความสุขและมีสุขภาพจิตดี

2. ปัจจัยภายในครอบครัว

ปัจจัยภายในครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพครอบครัวได้แก่ ขนาดครอบครัว บทบาทหน้าที่ของครอบครัวด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว

2.1 ขนาดครอบครัว ปัจจุบันครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขนาดเล็กหรือเป็นครอบครัวเดี่ยวมากยิ่งขึ้น สมาชิกในครอบครัวประกอบไปด้วยพ่อแม่ลูก การดูแล

สุขภาพครอบครัวต้องดูแลกันเองภายในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือในหมู่ญาติน้อยลง พ่อแม่ต้องไปหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัวไม่มีเวลาดูแลลูก การอบรมเลี้ยงดูจึงเป็นหน้าที่ของคนใช้ ทำให้เด็กได้รับแบบอย่างที่ไม่ใช่พ่อแม่ และมีความรักความผูกพันกับพ่อแม่ น้อยลง มีผลให้เด็กเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือพฤติกรรมได้ ประกอบกับการที่พ่อแม่มีความเครียดจากการประกอบอาชีพส่งผลไปยังครอบครัวทำให้เกิดความเครียดและความรุนแรงในครอบครัวได้

2.2 บทบาทหน้าที่ของครอบครัวทางด้านสุขภาพ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวในทุกๆระยะ การที่ครอบครัวมีสุขภาพดีได้นั้น สมาชิกในครอบครัวต้องรู้บทบาทหน้าที่ของตนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตลอดจนปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตสามารถแก้ปัญหาหรือวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นได้เมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย หรือมีการเข้าโรงพยาบาล หากครอบครัวมีการดูแลรักษา ให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมก็จะทำให้สมาชิกครอบครัวบรรเทาจากอาการป่วยจนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติ แต่ถ้าสมาชิกครอบครัวไม่ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ไม่ดูแลกันและกันทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ย่อมทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของครอบครัว

2.3 พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การที่ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ การดูแลและการรักษาตนเองและครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ย่อมทำให้เกิดสุขภาพดีแก่สมาชิกครอบครัวและส่งผลไปถึงสุขภาพครอบครัวที่ดีในภาพรวม

2.4 ความสัมพันธ์ในครอบครัว พื้นฐานของการมีสุขภาพดีทางร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัวจะต้องเริ่มต้นจากความสัมพันธ์ระหว่างกันและกันของสมาชิกครอบครัว การมีความรักความผูกพัน การให้อภัยซึ่งกันและกัน ตลอดจนปฏิบัติต่อกันอย่างอบอุ่นระหว่างสามีภรรยาบุตรและญาติพี่น้องก็จะเป็นเหมือนเกราะที่คุ้มกันสมาชิกในครอบครัวให้เกิดความมั่นคงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และส่งผลไปยังสุขภาพกายและจิตที่ดีของสมาชิกครอบครัว เมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตทางด้านสุขภาพ ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคได้ด้วยดี จนกระทั่งสมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตเป็นปกติได้ แต่ถ้าสมาชิกครอบครัวขาดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวย่อมมีผลต่อปัญหาสุขภาพของบุคคลในครอบครัวได้

2.5 การสื่อสารภายในครอบครัว การสื่อสารที่ดีของครอบครัวด้วยการพูดคุยกันหรือส่วนของภาษาท่าทางโดยการสบสายตา สัมผัส จับมือ การแสดงสีหน้าท่าทาง แสดงออกซึ่งการรับฟัง เพื่อบอกความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกครอบครัวให้คนอื่น ๆ ในครอบครัวมีความเข้าใจถูกต้องว่ามีความรู้สึกอย่างไร ถามและรับฟังความคิดเห็นของอีกฝ่ายเมื่อมีปัญหาต้องปรึกษาหารือกันเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหา และแสดงออกถึงสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งจะนำไปให้สมาชิก

ในครอบครัวมีความสุขจิตดีทำให้สุขภาพกายมีความแข็งแรงสมบูรณ์อีกด้วย

3. ปัจจัยภายนอกครอบครัว

ปัจจัยภายนอกครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพครอบครัว ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

3.1 ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของครัว เศรษฐกิจของครอบครัวมีบทบาทสำคัญอันเนื่องจากเป็นพื้นฐานของความมั่นคงภายในครอบครัวและสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของครอบครัว ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวราบรื่น และมีการดูแลสุขภาพสมาชิกครอบครัวได้ดี ครอบครัวจึงมีความสุขดี ในขณะที่ครอบครัวมีประสบปัญหาการเงิน และการครองชีพ มีรายได้ไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย มีหนี้สินทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท ขาดความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้ครอบครัวไม่มีเวลาที่จะดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเพราะต้องใช้เวลาในการหารายได้ให้เพียงพอเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว นอกจากนี้รายได้ที่มีอย่างจำกัดจึงทำให้ครอบครัวไม่สามารถจัดหาอาหารที่มีคุณค่ามารับประทาน จะทำให้เกิดการขาดสารอาหารและเจ็บป่วยได้ง่าย หรือกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยแล้วไม่สามารถไปรับการรักษาได้ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้เกิดค่านิยมทางวัตถุและการบริโภค สมาชิกครอบครัวจึงใช้เงินและวัตถุทดแทนความรักความเอาใจใส่ ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวจึงขาดความรักความอบอุ่น เกิดปัญหาทางจิตและพฤติกรรมได้

3.2 ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมเป็นภาคอุตสาหกรรม ควรเป็นโลกาภิวัตน์สามารถรับข้อมูลข่าวสารได้ทั่วโลกและรับวัฒนธรรมและอารยธรรมของตะวันตก ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการทำงาน พฤติกรรมการดูแลเด็ก พฤติกรรมทางเพศ แบบแผนดูแลตนเองและครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยและการแสวงหาบริการ

สุขภาพ

3.3 ระบบบริการสุขภาพ ลักษณะการแสวงหาบริการสุขภาพของครอบครัวที่ตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพ หรือ ป้องกันโรค หากสมาชิกในครอบครัวมีความรู้อย่างถูกต้อง สามารถแสวงหาบริการที่เหมาะสมกับ สภาวะสุขภาพของครอบครัวทั้งในเวลาปกติหรือเจ็บป่วย จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี หรือหายจากอาการเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้เป็นปกติ สุขภาพครอบครัวโดยรวมก็จะ ดี แต่หากสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจผิด ๆ ในการใช้บริการสุขภาพหรือการใช้ แหล่งบริการสุขภาพหรือการบริโภคสิ่งต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ การเลือกแหล่งบริการสุขภาพที่ ไม่ถูกต้องหรือไม่จำเป็นกับสภาวะการเจ็บป่วยหรือการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ที่อาจ เกิดปัญหาทางสุขภาพได้ในภายหลัง เมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อ สุขภาพครอบครัวโดยรวมที่จะต้องแสวงหาระบบบริการสุขภาพที่ดีมีคุณภาพทั้งคุณภาพการรักษา และคุณภาพบริการที่ดีโดยไม่จำเป็น ทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้นส่งผลให้ เกิดปัญหาเศรษฐกิจครอบครัว

3.4 ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม มีความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตของครอบครัว โดยสามารถตอบสนองความต้องการข้อมูลพื้นฐานทางร่างกายและจิตใจ สามารถป้องกัน โรคติดต่อและอุบัติเหตุของสมาชิกในครอบครัวได้ครอบครัวที่มีที่อยู่อาศัยและ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมตามเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ได้แก่ ครัวเรือนมีที่อยู่อาศัย ที่มีสภาพคงทนถาวร การมีและใช้ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล การมีน้ำสะอาดบริโภคเพียงพอ การจัด บ้านเรือนเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะไม่ถูกรบกวนจากเสียง ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละออง สภาพแวดล้อมมีกลิ่นเหม็นรบกวนหรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะและสารพิษ ครัวเรือนมี ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินครอบครัวที่มีลักษณะดังกล่าวทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการ ดำรงชีวิตที่ดีและมีความสุข ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีตามไปด้วย แต่ถ้าครอบครัวไม่มีที่ อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมก็จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต การเจ็บป่วยทางร่างกายหรือ อุบัติเหตุต่าง ๆ เกิดขึ้นได้

การที่ครอบครัวมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการ คัดสินใจในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนของสมาชิกครอบครัวทั้งในภาวะปกติและในภาวะ เจ็บป่วย การที่สมาชิกครอบครัวมีความรักความผูกพัน มีการดูแลสุขภาพอนามัยของครอบครัวใน

แต่ละระบะวงจรชีวิตครอบครัวให้มีสุขภาพดีทั้งในช่วงเวลาปกติและช่วงเจ็บป่วย สามารถ
รับผิดชอบหน้าที่และบทบาทของคนในครอบครัวและในชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางในการสร้าง
สุขภาพครอบครัวที่พึงประสงค์และส่งผลให้ชุมชนมีความสุขและมีความเข้มแข็ง

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

การดำเนินงานพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว นโยบายการพัฒนางาน
สาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชาชน
ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการส่งเสริม
สุขภาพและป้องกันโรคและสามารถพึ่งตนเองทางสาธารณสุขได้ โดยมียุทธวิธีการดำเนินงานดังนี้
(ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2542 : 2-5)

1. สนับสนุนให้ประชาชนได้ใช้ความสัมพันธ์ ความผูกพัน ทั้งในระดับครอบครัว
และในระดับชุมชนเป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพให้บุคคลในครอบครัวอย่างต่อเนื่องยั่งยืน
2. ส่งเสริมและพัฒนาประชาชนให้มีความรู้ มีทักษะจำเป็นและเหมาะสมในการ
ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตลอดจนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
ของชุมชน

ผลจากการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4-7
ที่ผ่านมา สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขระดับหมู่บ้านเป็นผู้มีบทบาทอย่างมากในการ
พัฒนางาน สาธารณสุขระดับหมู่บ้าน โดยได้ทำหน้าที่ในการสร้างเครือข่ายการประสานความ
ร่วมมือกับชุมชนในแต่ละครอบครัว และแต่ละหมู่บ้าน โดยได้ทำหน้าที่ในการสร้างเครือข่าย
ประสานความร่วมมือกับชุมชนในแต่ละครอบครัว และแต่ละหมู่บ้าน รวมทั้งพบว่า ยังมีปัญหา
ด้านความไม่ชัดเจนของการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ
เจ้าหน้าที่ในการที่จะส่งข่าวสารข้อมูลลงสู่ระดับครอบครัว นโยบายและแนวทางการดำเนินงานใน
แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 จึงได้กำหนดกลยุทธ์การพัฒนาเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาของการ
ประสานงานในระดับครอบครัวและชุมชน และเสริมมาตรการการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับ
ครอบครัว โดยได้พัฒนากลุ่มองค์กรที่เรียกกันว่า “แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หรือ กศค.”
ขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ประสานงานและดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านต่อไป
แนวทางการพัฒนา กศค. มีดังนี้

1. การเตรียมชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านที่ดูแลรับผิดชอบประจำวันละเวกบ้าน ในการพิจารณาว่าในหลังคาเรือนใดมีใครบ้าง

ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ซึ่งก็คือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะสามารถประสาน และสร้างความร่วมมือต่อไป และจะต้องรู้ถึงสภาวะทางสุขภาพอนามัยของครอบครัวที่อยู่ในความรับผิดชอบขณะนั้นเป็นอย่างไร แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความรู้มากน้อยเพียงใด และต้องการจะรู้อะไรเพิ่มเติม เพื่อใช้สำหรับการวางแผน และการดำเนินงานพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัวต่อไป

2. การถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบประจำละเวกบ้านจะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว รวมทั้งจะต้องคอยดูแล ติดตาม ช่วยเหลือให้คำแนะนำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีความรู้ และปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสม และการจัดหาสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งความรู้อื่น ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร และห้องสมุดต่าง ๆ เพราะการเรียนรู้ที่หลากหลายต่อเนื่องและเป็นธรรมชาติจะช่วยให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดียิ่งขึ้น

3. เนื้อหาความรู้ ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัว การดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น แหล่งความรู้และแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และการป้องกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ครอบครัวสามารถมีบทบาทร่วมด้วย

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ได้สรุปบทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างกว้าง ๆ ไว้ดังนี้ (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543 : 26-34)

1. เอาใจใส่เรื่องสุขภาพของคนในครอบครัว โดยส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้มีสุขภาพดี ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้เข้ารับบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามวัย อีกทั้งมีการประเมินสภาวะสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นประจำ ด้วยการสำรวจคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) หรือการเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ

2. มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพในขั้นต้นแก่คนในครอบครัว ได้ อีกทั้งให้ความสนใจและเข้าใจในเรื่อง โรคที่เกิดขึ้นบ่อยในท้องถิ่น หรือโรคที่เกิดขึ้นเป็นประจำตามฤดูกาล รวมทั้งโรคระบาดต่าง ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้สมาชิกในครอบครัวเกิดโรคเหล่านี้

3. ความสนใจใฝ่รู้เรื่องสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพ

แก่สมาชิกในครอบครัว

4. มีพฤติกรรมและปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องสุขภาพ ทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำ การปฏิบัติตนตามสุขบัญญัติ 10 ประการ อีกทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวร่วมปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว

5. มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการทางสุขภาพ ได้แก่ การเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ทางสุขภาพ เช่น บัตรประกันสุขภาพ หรือการประกันสังคม เป็นต้น

6. เป็นผู้แทนครอบครัวหรือนำครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพของชุมชน โดยอาจร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน หรือกลุ่มอื่น ๆ ทั้งในและนอกชุมชน

อิทธิพลของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิก

สุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยเป็นภาวะสุขภาพต่อเนื่องและปรากฏตลอดชีวิตของบุคคลนั้น เป็นผลการศึกษาของแต่ละบุคคลในการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ครอบครัวเป็นแหล่งสุศึกษาที่สำคัญของสมาชิก และมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลอย่างมากที่จะทำการดูแลรักษาตลอดระยะเวลาของภาวะสุขภาพและเจ็บป่วย สรุปได้ 6 ระยะ (สุมัทธา กลางคาร พิศ แสนศักดิ์ และสุชัยทิพย์ นาสมฝัน, 2546 : 25) คือ

1. ระยะป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

ครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดามีบทบาทสำคัญยิ่ง ต่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การฉีดวัคซีน แบบแผนการดำเนินชีวิตต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกได้ ดังนั้นการที่บุคคลในครอบครัวรักษาสุขภาพได้ดีมีการส่งเสริมป้องกันโรคอย่างเหมาะสมย่อมเกิดจากการปรับปรุงแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่เหมาะสม

2. ระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วย

ระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยอาจรู้สึกผิดปกติด้วยตนเองหรือ โดยผู้อื่นถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับตนเองผู้ป่วยจะไม่แสดงความสนใจที่จะดูแลรักษา ในระยะต่อไป ครอบครัวจึงมีอิทธิพลได้ในระยะนี้

3. ระยะยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น

ผู้ป่วยต้องการความเห็นใจและกำลังใจ ครอบครัวจะมีบทบาทในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงไปหาแหล่งในการดูแลรักษา

4. ระยะแสวงหาการรักษา

เป็นระยะที่สมาชิกครอบครัวแสวงหาผู้ที่ จะทำการรักษาต่อเพื่อให้หายขาดจากภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อสมาชิก โดยเป็นแหล่งชี้แนะ แหล่งรักษาพยาบาล

5. ระยะที่ยอมรับว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น

บทบาทของครอบครัวในการให้การยอมรับและช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยทุกสถานภาพรวมทั้งเข้าใจในปฏิกิริยาด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

6. ระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย

ระยะที่หายจากโรคและมีการฟื้นฟูสมรรถภาพจนหายจากโรคได้ครอบครัวมีบทบาทในการให้การสนับสนุนให้สมาชิกฟื้นฟูสมรรถภาพ และเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ

3. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุข

1. ประเภทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 ประเภทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในหมู่บ้านหรือชุมชนหนึ่ง ๆ กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละคุ้มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ได้แก่ การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน

1.2 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน

1.2.1 พื้นที่ชนบท อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8-15

หลังคาเรือน

1.2.2 พื้นที่เขตเมือง ชุมชนหนาแน่นไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.2.3 เขตชุมชนแออัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 20-30

หลังคาเรือน

1.2.4 เขตชุมชนชานเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8-15

หลังคาเรือน

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตาม 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน (สาธารณสุข, กระทรวง. 2549 : 45-46)

2.1 ด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ได้แก่

2.1.1 เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ

1. นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข
2. แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น
3. แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

2.1.2 เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้าน

3. รับข่าวแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ

4. รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ใน “สมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”

4.1 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการและการใช้ยา การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การโภชนาการ การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่ไม่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การปฐมพยาบาล/รักษาพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

4.2 ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่

4.2.1 การให้บริการช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่องไข้ตัวร้อน ปวดท้อง ไข้มาลาเรีย ปวดหัว ปวดเมื่อย ปวดหลัง ท้องผูก ท้องเดิน เจ็บหู เหน็บชา ไข้มีผื่นตุ่มและจุดไธ ปวดฝี พยาธิตาไส้ ผื่นคันบนผิวหนัง โลหิตจาง เจ็บตา

4.2.2 ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด เป็นลม น้ำร้อนลวก ยาพิษ สุนัขกัด กระจกหัก ข้อเคลือบ ไฟไหม้ จมน้ำ งูกัด

4.2.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ

ส่งต่อมาจากสถานบริการ

4.3 ด้านโภชนาการ ได้แก่ การชั่งน้ำหนักเด็ก และการร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดไอโอดีน

4.4 ด้านอนามัยแม่และเด็ก/วางแผนครอบครัว ได้แก่

4.4.1 ติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์/ตรวจครรภ์ตามกำหนด และชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน

4.4.2 ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มาตรการสุขภาพตามกำหนด

4.4.3 จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว (รายเก่า) และจ่ายถุงยางอนามัย

4.5 ด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การติดตามมารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดการให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนต่าง ๆ

4.6 ด้านควบคุมโรคประจำถิ่น ได้แก่ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

4.7 ด้านการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด ได้แก่ การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค (ใช้น้ำยาตรวจหาแบคทีเรีย การเติมคลอรีนในน้ำบริโภค) การจัดหา/แนะนำให้มีภาชนะใส่น้ำ การจัด/แนะนำให้มีที่รองรับขยะและกำจัดขยะ การแนะนำสร้างและใช้ส้วม

4.8 ด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่ การจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน

4.9 ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การจัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยในชุมชน วัดความดันโลหิต ตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

4.10 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ได้แก่ การจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำรวจร้านขายของชำในหมู่บ้านเพื่อเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหมดอายุ ยาชุดอาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีมาตรฐานขององค์การอาหารและยา เป็นต้น

4.11 ด้านการป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ การจัดกลุ่มการป้องกันการแพร่โรคในชุมชน การแจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์

4.12 ด้านการควบคุมป้องกัน แก๊สพิษและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย ได้แก่ การมีคุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน

4.13 การจัดหายาจำเป็นไว้ในหมู่บ้าน ได้แก่ การจัดกลุ่มฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย /

สมุนไพรในหมู่บ้าน การจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน

4.14 ด้านสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต การจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย

นอกจากนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนตามกระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน และเป็นแกนกลางในกาประสาน การดำเนินงานสาธารณสุขหมู่บ้าน โดยการกระตุ้นให้มีการประชุมวางแผน และร่วมดำเนินงาน สาธารณสุขระหว่างกลุ่มอาสาสมัคร กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มผู้นำอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสาน การดำเนินงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

5. การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน รับผิดชอบดูแลประชาชนทุกคนทุกครอบครัวอยู่ในคุ้ม หรือละแวกบ้านประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กำหนดไว้ในฐานะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำคุ้มหรือละแวกบ้านนั้น ๆ

5.2 การหมุนเวียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะปฏิบัติงานให้บริการ สาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนอื่น ๆ ตามข้อตกลงของกลุ่มร่วมปฏิบัติงานด้านการพัฒนาหมู่บ้านกับกรรมการหมู่บ้าน

จากแนวคิดทฤษฎีข้างต้น พอสรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้านนั้น ๆ เพื่อเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านว่า หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้านนั้น ๆ เพื่อเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ บ้าน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

4. โรคไข้หวัดนก

ไข้หวัดนกปกติเป็นโรคที่เกิดขึ้นในสัตว์ปีก เกิดจากเชื้อ Influenza A virus การระบาด ในนกได้มีการบันทึกไว้ครั้งแรกเมื่อประมาณร้อยปีที่แล้วที่ประเทศอิตาลี สัตว์ปีกทุกชนิดมีโอกาส ติดเชื้อไข้หวัดนก แต่โอกาสการเกิด โรคอาจแตกต่างกันบ้างในนกแต่ละชนิด อาการในนกอาจ

ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรงมากจนเสียชีวิตและติดต่อกันง่าย (Highly contagious) ทำให้เกิดการระบาดรุนแรง โดยการเสียชีวิตทั้งฟาร์มของสัตว์ปีกเหล่านั้น เช่น ไก่ เป็ด โดยเกิดจาก highly pathogenic avian influenza (HPAI) สัตว์ปีกจะมีอาการรวดเร็วรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

เชื้อ Influenza A ที่เกิดโรคในสัตว์ปีกมี 15 Subtypes ทำให้สัตว์ปีกเป็นแหล่ง Reservoir ของเชื้อไข้หวัดนก สำหรับการระบาดรุนแรงจาก HPAI มักเกิดจากสายพันธุ์ H₅ และ H₇ เชื้อ Influenza A Virus จัดอยู่ในตระกูล Orthomyxoviridae ซึ่งเป็น RNA ไวรัสชนิดมีเปลือกหุ้ม โดยมีแอนติเจนที่ผิวที่สำคัญ ได้แก่ Hemagglutinin (H) มี 15 ชนิด และ Neuraminidase (N) มี 9 ชนิด โดยทุกสายพันธุ์ย่อยจะติดต่อกันได้ในนก อย่างไรก็ตามสายพันธุ์ย่อยที่ติดต่อกันได้ในคน ได้แก่ H₁, H₂, H₃ และ N₁, N₂ โดยทั่วไปเชื้อไข้หวัดนกไม่ทำให้นกป่า นกเป็ดน้ำ และนกอพยพป่วย แต่ทำให้สัตว์เหล่านี้เป็นพาหะของโรคโดยไม่แสดงอาการและสามารถแพร่เชื้อได้นานเป็นเดือน ในขณะที่เป็ด ไก่ในฟาร์มและที่บ้านที่ติดเชื้อจะแสดงอาการได้ ทำให้เกิดการระบาดขึ้น ในฟาร์มเป็ดไก่

จากการศึกษาพบว่าเชื้อไวรัสไข้หวัดนกที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรง เมื่อมีการถ่ายทอดในสัตว์ปีก จะเกิดการกลายพันธุ์ (Mutation) ทำให้เกิดเชื้อที่มีพยาธิสภาพรุนแรง (HPAI) ในช่วงปี พ.ศ. 2526 – 32527 มีการระบาดของเชื้อ H₅N₂ ในสัตว์ปีกในประเทศอเมริกา โดยในช่วงแรก การระบาดไม่รุนแรง อัตราการตายของสัตว์ปีกไม่สูง ต่อมาอีก 6 เดือน เกิดการกลายพันธุ์ (Mutation) ของเชื้อรุนแรงมากขึ้น เกิดการเสียชีวิตของสัตว์ปีกถึง 90% การควบคุมการระบาดต้องมีการทำลายสัตว์ปีกถึง 17 ล้านตัว ในทำนองเดียวกันในปี พ.ศ. 2542 – 2544 มีการระบาดของเชื้อ H₅N₁ ในสัตว์ปีกในประเทศอิตาลี ในเวลา 9 เดือน เชื้อโรคมีการกลายพันธุ์ (Mutation) เป็นเชื้อที่มีพยาธิสภาพรุนแรง ทำให้มีการทำลายสัตว์ปีกถึง 13 ล้านตัว

เมื่อมีการระบาดของไข้หวัดนกในฟาร์มใด หรือ บริเวณพื้นที่ใด ควรจะต้องทำลายสัตว์ปีกในบริเวณนั้นให้หมด ห้ามโยกย้ายสัตว์ปีกในบริเวณนั้น ต้องทำความสะอาดฆ่าเชื้อในบริเวณที่เลี้ยง เพื่อลดการแพร่กระจายของโรค ไม่เช่นนั้นอาจเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดนกต่อเนื่องได้ เป็นเวลานานหลายปี

ระบาดวิทยาในสัตว์

เชื้อ Influenza A สามารถติดต่อในคนและสัตว์ได้หลายชนิด เช่น นก หมู ม้า แมวน้ำ ปลา วาฬ สำหรับเชื้อ Influenza A ที่ติดต่อกันในนกเรียกว่าเชื้อไข้หวัดนก (Avian influenza virus) โดยปกติเชื้อไข้หวัดนกไม่ติดต่อมาสู่คน และไม่มีการระบาดในคน

รายงานการติดเชื้อของไข้หวัดนกมาสู่คนครั้งแรกเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2540 ที่ประเทศฮ่องกง เมื่อเชื้อ H₅N₁ ทำให้เกิดโรคติดเชื้อระบบหายใจในผู้ป่วย จำนวน 18 ราย เป็นผู้ป่วยเด็ก

จำนวน 11 ราย มีผู้เสียชีวิตจาก Acute respiratory distress syndrome (ARDS) 6 ราย ซึ่งเป็นช่วงเดียวกับที่มีการระบาดล้มตายของสัตว์ปีกจากเชื้อ H_5N_1 แสดงว่าเป็นการแพร่ระบาดจากนกที่ป่วยมาสู่คน สำหรับการแพร่เชื้อจากคนสู่คนอาจเกิดได้ แต่แสดงอาการไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการ จึงได้มีการทำลายสัตว์ปีกทั้งหมดจำนวน 1 ล้าน 5 แสนตัว

ต่อมาในเดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2546 มีการระบาดของเชื้อไข้หวัดนก H_5N_1 มาสู่คนอีกครั้งที่ฮ่องกง มีผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยัน 2 ราย เป็นครอบครัวที่เดินทางกลับมาจากประเทศจีน มีผู้เสียชีวิต 1 ราย โดยสมาชิกอีกคนหนึ่งในครอบครัวนี้ที่อาศัยอยู่ในประเทศจีนก็เสียชีวิตลงด้วย ปอดอักเสบรุนแรง แต่ไม่ได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นการติดเชื้อไข้หวัดนกหรือไม่

ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2546 มีการระบาดของเชื้อไข้หวัดนกสายพันธุ์ที่รุนแรงอีกสายพันธุ์ (HPAI) คือ H_5N_1 ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์มีผู้ป่วย 83 ราย มีผู้เสียชีวิต 1 ราย เป็นสัตว์แพทย์ที่ดูแลฟาร์มไก่ สำหรับการระบาดของเชื้อ H_5N_2 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่ไม่รุนแรง ในคนในฮ่องกงในปี พ.ศ. 2542 มีผู้ป่วยเด็ก 2 ราย และปลายปี พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วยเด็ก 1 ราย แต่มีอาการไม่รุนแรง

สำหรับการระบาดครั้งใหม่เริ่มตั้งแต่กลางเดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา มีรายงานการระบาดของเชื้อ H_5N_1 ในสัตว์ปีก ในทวีปเอเชียรวม 8 ประเทศ คือ กัมพูชา จีน อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น ลาว เกาหลี ไทย และเวียดนาม นับจนถึงสิ้นเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 มีรายงานการระบาดของเชื้อไข้หวัดนก H_5N_1 มาสู่คน ในประเทศเวียดนาม จำนวน 22 ราย เสียชีวิต 15 ราย (ร้อยละ 68)

สำหรับในประเทศไทย เริ่มมีการระบาดมาสู่คนตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 โดยเป็นผู้ป่วยเด็กจากสุพรรณบุรี และกาญจนบุรี ต่อมาจมีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงเดือนมีนาคม สรุปรวมผู้ป่วยทั้งสิ้น 12 ราย เสียชีวิตจาก ARDS และ multiple organ dysfunction syndrome (MODS) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 67) เป็นผู้ป่วยในภาคกลาง 7 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 ราย และภาคเหนือ 2 ราย เป็นเพศชาย 8 ราย เพศหญิง 4 ราย เป็นเด็ก 7 ราย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 10 ปี (2-58 ปี) เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเชือดไก่ที่ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 16.7) ช้ำแหละไก่ที่ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 25) สัมผัสไก่ที่มีอาการป่วย 7 ราย (ร้อยละ 58.3) สัมผัสไก่ที่ตาย 8 ราย (ร้อยละ 56.7) และเก็บเนื้อไก่ที่ป่วยตายไว้ในบ้าน 6 ราย (ร้อยละ 50) จากการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไข้หวัดนกมากที่สุดได้แก่ การเก็บเนื้อไก่ที่ป่วยตายไว้ในบ้าน (OR 16.7 : 33.3-84.6) การสัมผัสไก่ที่ตาย (OR 11.0 : 2.7-45.4) และการสัมผัสไก่ที่ป่วย (OR 9.2 : 2.3 - 37.2) ตามลำดับ

ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2547 มีรายงานการติดเชื้อไข้หวัดนก H₅N₁ ในประเทศแคนาดา ในคนฆ่าไก่และคนเลี้ยงไก่ จำนวน 2 ราย โดยมีอาการตาแดง และไข้หวัด หลังการรักษาโดย Oseltamivir ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้น และหายเป็นปกติ

พยาธิสภาพ

จากการระบาดของไข้หวัดนก H₅N₁ ครั้งแรกที่ฮ่องกงเมื่อเดือนพฤษภาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วยจำนวน 18 ราย ในจำนวนนี้ผู้ป่วย 8 ราย มีอาการของไข้หวัดหลอดลมอักเสบ ผู้ป่วย 4 ราย ปอดอักเสบรุนแรงมีการหายใจล้มเหลว แต่รอดชีวิต ในขณะที่มีผู้ป่วย 6 ราย เสียชีวิตจาก ARDS และ MODS ไม่พบการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม สันนิษฐานว่าพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากไข้หวัดนก H₅N₁ อาจแตกต่างจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ทั่วไป (N₁ - N₂)

ได้มีการผ่าชันสูตร (Autopsy) ในผู้ป่วยที่เสียชีวิต 2 ราย จะนำเสนอในรายผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 13 ปี ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแบบไข้หวัดใหญ่ ต่อมา มีปอดอักเสบ และดำเนินไปเป็น ARDS ผู้ป่วยมี Leukopenia lymphopenia และ Thrombocytopenia ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Multiple organ failure ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่า

1. มีภาวะ Reactive haemophagocytic syndrome
2. ระบบหายใจ ที่ปอดพบเป็นลักษณะ organizing diffuse alveolar damage ร่วมกัน Interstitial fibrosis และ Cystically dilated air spaces ไม่พบว่ามี bacterial หรือ Fungal superimposed infection
3. พบเชื้อ Influenza A/H5 - Specific antigen ในเนื้อปอดเท่านั้น โดยไม่พบว่ามี การ invasion ของเชื้อ H₅N₁ ไปยังอวัยวะอื่น
4. ได้มีการตรวจระดับของ Cytokine ซึ่งเป็น Inflammatory mediators พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของ IL-2r, IL-6, IFN-s และ TNF-a เป็นลักษณะของภาวะ Hypercytokinemia ซึ่งทำให้เกิดสภาวะของ Cytokine-driven condition คือ Systemic inflammatory response syndrome (SIRS), Multiple organ dysfunction syndrome (MODS), Reactive haemophagocytic syndrome และ ARDS ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีอัตราการตายสูงจากภาวะเหล่านี้ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่โดยทั่วไป

การติดต่อ

ระหว่างสัตว์ป่วยหรือสัตว์ปีก ที่เสียชีวิตจากโรคนี้อาจเกิดจากการสัมผัสสัตว์นั้น โดยตรง (Droplet and direct contact) และโดยทางอ้อม (Indirect contact) จากการสัมผัสกับสิ่งคัด

หลังของสัตว์ที่ป่วยเป็น โรค เช่น สัมผัสกับอุจจาระ น้ำมูก น้ำตา น้ำลายของสัตว์ป่วย จากรายงานของผู้ป่วยในบ้านเราพบว่าผู้ป่วยได้นำไก่ที่ป่วย หรือ ดายมาทำอาหารกินกันในบ้าน ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ในระหว่างที่สัมผัสกับสัตว์ป่วยตายเหล่านี้และระหว่างการปรุงอาหาร การติดต่อระหว่างคนสู่คนยังไม่เป็นที่ยืนยันแน่นอน ผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค คือ ผู้ที่มีอาชีพและใกล้ชิดกับสัตว์ปีก เช่น ผู้เลี้ยง ฆ่า ขนส่ง ขนย้าย ผู้ขายสัตว์ปีกและซากสัตว์ปีก เด็กที่ชอบเล่นคลุกคลีกับสัตว์ปีก สัตวบาล และสัตวแพทย์ รวมทั้งผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมซึ่งปนเปื้อน

ลักษณะอาการโรคไขหวัดนก

โรคไขหวัดนก เป็นไขหวัดใหญ่ชนิดหนึ่ง ตามปกติเกิดในสัตว์ปีก ติดต่อกับคนไม่ถ่วงนักแต่ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับสัตว์ที่มีเชื้ออาจติดโรคได้ ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไขหวัดใหญ่ คือ เริ่มต้นด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดศีรษะ น้ำมูกไหล เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คล้ายไขหวัดธรรมดา บางครั้งพบว่ามีอาการตาแดง ซึ่งจะหายเองได้ภายใน 2 - 7 วัน หลังจากนั้นเมื่อการอักเสบลงถึงปอดคือ จะไอ หอบ รายที่รุนแรงอาจเสียชีวิต สำหรับการตรวจรักษานั้นแพทย์ต้องวินิจฉัยแยกจากไขหวัดธรรมดาหรือปอดอักเสบซึ่งจะมีลักษณะอาการเช่นเดียวกัน โดยแพทย์จะทำการซักประวัติ การสัมผัสใกล้ชิดกับสัตว์ปีกเป็นข้อสงสัยเบื้องต้น ตามด้วยการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อแยกสาเหตุ เช่น การติดเชื้อแบคทีเรียต่าง ๆ หากไม่พบสาเหตุจะตรวจคัดกรองการติดเชื้อไขหวัดใหญ่ชนิดเอ (Influenza A) โดยวิธีตรวจคัดกรองอย่างรวดเร็ว (Rapid test) รู้ผลภายในวันเดียว หากผลเป็นบวกจะต้องสงสัยไว้ก่อนว่าเป็นไขหวัดนก เนื่องจากไขหวัดนกจัดอยู่ในกลุ่มไขหวัดใหญ่ชนิดเอด้วยตัวหนึ่ง ซึ่งแพทย์จะรีบให้ยาต้านเชื้อไขหวัดใหญ่ชนิดเอร่วมกับการบำบัดรักษาอื่น ๆ ตามความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อช่วยชีวิตคนไข้ทุกรายให้ดีที่สุด ในขณะเดียวกันแพทย์จะส่งตัวอย่างเสมหะไปตรวจเพิ่มเติม เพื่อ ยืนยันทางห้องปฏิบัติการว่าเป็นไขหวัดนกหรือไม่ ซึ่งต้องใช้เวลาหลายวัน ส่วนการรักษาได้เริ่มดำเนินการไปก่อนแล้วโดยไม่ต้องรอผลการตรวจยืนยันสำหรับนกและสัตว์ปีกที่ป่วยเป็นไขหวัดนกจะมีอาการซึมหงอย ขนฟู หน้า หงอนหรือเหนียง บวมคล้ำ มีน้ำมูก หรือซี้ไหล เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

ระยะฟักตัว 2-8 วัน (เฉลี่ย 4 วัน)

อาการนำ คล้ายไขหวัดใหญ่โดยส่วนใหญ่มีไข้สูง (ร้อยละ 100) ไอ (ร้อยละ 83.3) ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ หนาวสั่น น้ำมูกไหล

อาการทางระบบทางเดินหายใจ

ผู้ป่วยอาจมีอาการปอดอักเสบตามมาซึ่งมักเกิดในวันที่ 3-5 ของการดำเนินโรค โดย

ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจ หอบเหนื่อย ชายโครงบวม ในรายที่มีอาการรุนแรง โรคจะดำเนินสู่ภาวะ ARDS ซึ่งมักจะเกิดอย่างรวดเร็วหลังเริ่มอาการปอดอักเสบ 2-3 วัน โดยมีลักษณะภาพรังสีทรวงอกแบบ White-out lungs ผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจล้มเหลวจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

อาการทางระบบอื่นๆ ที่พบได้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน อุจจาระร่วง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาจมีตับโต ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง พบภาวะช็อกได้ (Septic shock) ซึ่งอาจพบได้ ตั้งแต่เมื่อเริ่มมีอาการ ARDS

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC ในระยะแรกพบ Leukopenia, Lymphopenia อาจพบ Thrombocytopenia และ/หรือ Pancytopenia ได้ในปลายสัปดาห์แรก

Liver enzyme พบมีระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย เมื่อเข้าสู่ระยะ ARDS

Rapid test สำหรับ Influenza A หรือ A และ B Antigen detection จาก

Nasopharyngeal swab หรือ Aspiration ใช้หลักการของ Immunochromatography หรือ Enzyme immuno assay (EIA) การทดสอบดังกล่าวได้ผลรวดเร็วภายใน 15-30 นาที หากมีผลบวก จะแสดงว่าป่วยจาก Influenza A หรือ Influenza A หรือ B ซึ่งหากรวมกับประวัติการสัมผัสสัตว์ปีกตายจะช่วยให้ สามารถให้การรักษา ด้วย Oseltamivir ได้ ในระยะแรกของโรค

การตรวจยืนยันการวินิจฉัย Influenza A /H5 ในผู้ป่วยที่มีอาการไข้หวัดใหญ่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดนก สามารถใช้ผลการตรวจที่เป็นบวกได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้

1. Reverse transcriptase-Polymerase chain reaction (RT-PCR) สำหรับ Influenza A/H5 ให้ผลบวก โดยการตรวจจากเสมหะ Nasopharyngeal swab หรือ Aspiration ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถรายงานผลได้ภายใน 48 ชั่วโมง

2. Immunofluorescence antibody (IFA) ต่อ H₅ Antigen โดยการให้ H₅ Monoclonal antibody ให้ผลบวกจากการตรวจจากเสมหะ

3. Serology โดยมี 4-Fold rise ของ H5 Specific antibody titre ในการตรวจเลือด Paired serum ห่างกัน 2 สัปดาห์ วิธีที่แนะนำคือ Microneutralization test

4. Viral culture สำหรับ influenza A/H₅ ให้ผลบวก โดยการตรวจจากเสมหะ วิธีนี้ใช้เวลาในการตรวจ 5-10 วัน

การดูแลรักษา

ในประเทศที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดนก H₅N₁ ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรง โดยเฉพาะมาจาก endemic area ควรสงสัยโรคไข้หวัดนกไว้ด้วยเสมอ ผู้ป่วยรายที่สงสัยควร

จัดเข้าห้องแยกพร้อมกับมีการป้องกันการติดต่อของผู้ดูแลรักษาด้วยอุปกรณ์ป้องกันตัวเองจนกว่าจะได้รับการยืนยันว่าไม่ใช่ผู้ป่วยไข้หวัดนก บุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยไข้หวัดนก ควรฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อลดโอกาสการเป็นแหล่งสำหรับไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ของคนและนกจะมาผสมกันทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (Reassortment) เป็นเชื้อไข้หวัดนกสายพันธุ์ใหม่ที่สามารถติดต่อกันระหว่างคนได้ง่าย ทำให้เกิดการระบาดใหญ่ได้ทั่วโลก (Pandemic) เพราะร่างกายมนุษย์ยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อสายพันธุ์ใหม่นี้

แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้หวัดนก ประกอบด้วย 3 ประเด็นคือ

1. Infection control ในสถานพยาบาล
2. ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรค และภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็นการรักษาจำเพาะ และการรักษาทั่วไป
3. ควบคุมป้องกันในกลุ่มเสี่ยงที่จะติดโรคหรือผู้สัมผัสโรค โดยให้การดูแลควบคุมอย่างใกล้ชิดและให้การรักษาดังแต่ในระยะแรกของโรค ดังที่จะอธิบายในรายละเอียดต่อไปนี้

1. Infection control

องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงปัญหาการเกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดนก จึงแนะนำให้มีการเตรียมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้ออย่างเต็ม ทุกรายละเอียดเรื่อง Infection control ในบท Infection control guideline for Influenza A (H₅N₁)

2. การดูแลรักษาผู้ป่วย

แยกผู้ป่วยเข้าห้องแยก (Isolation room) แนะนำให้ใช้ห้องที่มี Negative pressure นำเสมหะและเลือดไปตรวจหาเชื้อ Influenza A/H₅ โดยวิธีการที่กล่าวไว้ในเรื่องการ : ตรวจทางห้องปฏิบัติ

2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไปที่จำเป็นได้แก่

1. CBC, Platelet count
2. BUN, Cr
3. Electrolyte
4. Liver function test

2.2 การรักษาจำเพาะ

ใช้ยาต้านไวรัสที่ใช้ในการรักษาไข้หวัดใหญ่ในคนมาใช้รักษาผู้ป่วยไข้หวัดนก ยา Oseltamivir (Tamiflu) ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Neuraminidase inhibitor ยังไม่มีข้อมูลยืนยันผลการรักษาไข้หวัดนกโดยยานี้ แต่จากข้อมูลการรักษาไข้หวัดใหญ่ในคนพบว่ายานี้ได้ผลดีถ้าให้

ในช่วง 2 วันแรกของการป่วยและใช้ในกลุ่มที่เป็นไข้หวัดใหญ่ ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยถ้าให้ตามข้อบ่งชี้ดังกล่าว สามารถลดอาการของไข้หวัดใหญ่ลงได้ 1-2 วัน ขนาดยาที่ใช้คือ

ผู้ใหญ่ : Tamiflu (75 มิลลิกรัม/เม็ด)

1 เม็ด เช้า – เย็น หลังอาหารนาน 5 วัน

เด็ก : ให้ขนาดดังนี้

1. น้ำหนักตัว น้อยกว่า 15 กิโลกรัม ให้ 30 มิลลิกรัม เช้า – เย็น นาน 5 วัน
2. น้ำหนักตัว 16-23 กิโลกรัม ให้ 45 มิลลิกรัม เช้า – เย็น นาน 5 วัน
3. น้ำหนักตัว 24-40 กิโลกรัม ให้ 60 มิลลิกรัม เช้า – เย็น นาน 5 วัน
4. น้ำหนักตัว มากกว่า 40 มิลลิกรัม. ให้ 1 เม็ด เช้า-เย็น นาน 5 วัน

2.3 การรักษาทั่วไป

ควร Monitor vital signs รวมทั้ง Oxygen saturation อย่างใกล้ชิด ในรายที่มีระดับ oxygen saturation ต่ำกว่า ร้อยละ 92 ควรให้ออกซิเจนเสริมอาจเป็น Cannula หรือ Mask ควรให้ Low flow oxygen ไม่ควรให้ High flow oxygen โดยหลีกเลี่ยง Oxygen box หรือ Oxygen tent ควรหลีกเลี่ยงการใช้ Nebulizer เพราะมีหลักฐานสนับสนุนการแพร่กระจายของเชื้อโดยวิธีนี้ในผู้ป่วย Severe acute respiratory syndrome (SARS)

ในรายที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย แทรกซ้อนควรให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม สำหรับยาในกลุ่ม Immunomodulators ซึ่งได้แก่ Corticosteroids ยังไม่ได้รับการยืนยันถึงผลดีของการรักษา ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาในกลุ่ม Salicylates เพราะอาจกระตุ้นให้เกิด Reye syndrome ได้ ซึ่งมีรายงานในผู้ป่วยเด็กไข้หวัดนกที่ช็อกก

ในผู้ป่วยไข้หวัดนกที่มีปอดอักเสบรุนแรง หรือมีภาวะ ARDS มีการหายใจล้มเหลว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ควรใช้เครื่องช่วยหายใจใน Mode pressure controlled ventilation เพื่อให้ peak inspiratory pressure (PIP) ไม่เกิน 35 เซนติเมตรน้ำ โดยใช้ Lung protective strategy คือลด Tidal volume ลงมาจาก 10 มล./กก. เป็น 6 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ทำให้ลด PIP ลงมาและการเกิด Ventilator-induced lung injury จะลดลงด้วย วิธีการนี้อาจทำให้มีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ แต่ถ้าวัดระดับความเป็นกรดค่าที่ pH ในเลือดมากกว่า 7.2 ก็เป็นที่ยอมรับได้ วิธีการนี้เรียกว่า Permissive hypercapnia ตั้งระดับของ Positive end expiratory pressure (PEEP) ให้เหมาะสม เพิ่ม Inspiratory time ให้ยาวขึ้น หรือเพิ่ม I : E ratio ให้มากขึ้น ทำให้เปิดถุงลมได้ดีขึ้น มี Oxygenation ดีขึ้น ในกรณีที่ให้ conventional ventilator แล้วยังไม่สามารถแก้ไขปัญหา Acute hypoxemic

respiratory failure ได้ อาจพิจารณาเปลี่ยนเป็น High frequency oscillatory ventilation พบว่าได้ผลดี ในการรักษาผู้ป่วย ARDS ถ้าให้ตั้งแต่ในระยะแรกของโรค

ยังไม่ทราบถึงระยะแพร่เชื้อของผู้ป่วยไข้หวัดนกที่แท้จริง แต่จากการศึกษาในผู้ป่วย ไข้หวัดใหญ่ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ สามารถแพร่เชื้อได้นาน 7 วัน หลังจากไข้ลงแล้ว ในผู้ป่วย เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี อาจแพร่เชื้อไวรัสได้นานกว่านั้น (มีรายงานว่าอาจแพร่เชื้อได้ถึง 21 วัน นับ จากวันเริ่มป่วย) ดังนั้นในช่วงเวลานี้ผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมป้องกันไม่ให้เข้าสังคม เพราะอาจมี โอกาสแพร่เชื้อได้

3. การควบคุมป้องกันในกลุ่มเสี่ยงที่จะติดโรคหรือผู้สัมผัสโรค

ผู้ที่สัมผัสกับคนหรือสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตาย ต้องเฝ้าดูอาการนาน 7 วัน ถ้าผู้สัมผัสโรค มีอาการ ไข้ ไอ หอบ ควรรีบให้การรักษารูปแบบผู้ป่วยไข้หวัดนก โดยให้ Oseltamivir ทันทีบุคลากร ทางการแพทย์ ที่สัมผัสกับสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยไม่ได้ป้องกัน อาจให้ Post exposure prophylaxis โดย Oseltamivir วันละ 1 เม็ด นาน 7 วัน

กลุ่มคนที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้เลี้ยงสัตว์ปีก บุคลากรทางการแพทย์ ควรฉีดวัคซีน ไข้หวัดใหญ่ เป็นการป้องกันการป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงไม่ให้เชื้อไข้หวัดนก เกิดการผสมสายพันธุ์และกลายพันธุ์ (Reassortment) ในตัวคน

ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบตามข้อเสนอของคณะกรรมการพิจารณาแก้ไข สถานการณ์โรคไข้หวัดนก ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์จำนวน 2 แผน คือ แผนยุทธศาสตร์แก้ไข ปัญหาโรคไข้หวัดนก (พ.ศ.2548-2550) กับแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ โดย แผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาการจัดการระบบปศุสัตว์ที่ปลอดภัย โรค เช่น ปรับปรุง รูปแบบและการเลี้ยงในสัตว์ปีกให้ถูกหลักสุขาภิบาล พัฒนาระบบ Zoning และ Compartment เพื่อ กำหนดพื้นที่ควบคุมการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีก พัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรคในสัตว์ปีก ที่มีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังและควบคุมไข้หวัดนกในสัตว์ปีกธรรมชาติ ศึกษาสถานการณ์และเตรียม ความพร้อมเกี่ยวกับการใช้วัคซีนป้องกันโรคในสัตว์ปีก รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

2. ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเฝ้าระวังและควบคุมเมื่อเกิดระบาดของโรค เช่น เฝ้าระวัง และควบคุมโรคในสัตว์โดยให้มีการเฝ้าระวังเชิงรุกและรายงานการเกิดโรคภายใน 12 ชั่วโมง ทำลายสัตว์ป่วย ซากสัตว์และทำลายเชื้อในฟาร์ม ควบคุมการขนย้ายและพิจารณาการใช้วัคซีนอย่าง

เหมาะสม เฝ้าระวังและควบคุมโรคในคน โดยเตรียมการเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เตรียมยาต้านไวรัสและวัคซีนใช้หัดใหญ่ และจัดตั้งกลไกเฉพาะกิจในลักษณะบูรณาการ

3. ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างและจัดการความรู้เรื่อง ใช้หัดคนก เช่น สร้างองค์ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรค ใช้หัดคนก พัฒนาวัคซีนให้พร้อมใช้เมื่อเกิดการระบาด พัฒนาชุดตรวจวินิจฉัยโรคให้สามารถคัดกรองปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และจัดให้มีองค์กรกลางทำหน้าที่จัดการองค์ความรู้

4. ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างเสริมศักยภาพขององค์กรและบุคลากร เช่น พัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในคน โดยให้มีหน่วยระบาดวิทยาทุกอำเภอ พัฒนาศักยภาพการชันสูตรโรคในคน จัดระบบและสร้างเครือข่ายศูนย์ปฏิบัติการทั้งส่วนกลาง ภูมิภาค และโรงพยาบาลในการชันสูตรโรค ใช้หัดคนกในคน ควบคุมโรค ใช้หัดคนกในโรงพยาบาลให้มีห้องแยกผู้ป่วยหรือผู้สงสัย พัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในสัตว์โดยผลิตและพัฒนาอีกทั้งสร้างแรงจูงใจให้แก่สัตวแพทย์ นักระบาดวิทยาระดับสูง และพัฒนาประสิทธิภาพห้องปฏิบัติ

5. ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและธุรกิจ เช่น ส่งเสริมการรวมกลุ่มจัดตั้งตนเองเพื่อการประสานงาน พัฒนาเครือข่ายอาสาสมัคร และระบบสื่อสารสาธารณะทุกระดับ

6. ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาระบบและกลไกการจัดการเชิงบูรณาการ เช่น พัฒนากลไกการจัดการปัญหา ใช้หัดคนกในภาวะปกติ และภาวะที่มีการระบาด รวมทั้งจัดตั้งคณะกรรมการและศูนย์ปฏิบัติการแห่งชาติ

5. การควบคุมป้องกันโรค

การป้องกันโรคเป็นสิ่งที่ดำเนินการก่อนที่จะเกิดโรคหรือในระยะแรกของโรค ส่วนการควบคุมเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในระยะการเกิดโรคและเป็นการเสริมการป้องกันโรค อย่างไรก็ตามไม่สามารถแบ่งขอบเขตที่แน่ชัดของสองคำนี้ได้ การที่จะป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ให้ได้ผลจะต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดโรคนั้น ๆ ในทัศนะของนักระบาดวิทยาจะมองเรื่องโรคและภัยเป็นสองแบบ คือ แบบกว้าง ได้แก่ การพิจารณาทั้งชุมชน รวมทั้งในผู้ป่วยและไม่ป่วย ผู้ตายและผู้เกิดใหม่ และแบบลึก ได้แก่ การพิจารณาว่าเป็นโรคอะไรเกิดกับใคร เกิดที่ไหน เมื่อใดและเกิดอย่างไร ความรู้เหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนป้องกันควบคุมโรคในแต่ละชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

หลักการป้องกันโรค

แนวคิดการป้องกันโรคที่มีการใช้มากที่สุด คือ Leavell's levels ซึ่งกำหนดโดย Hugh leavell มีแนวคิดว่าการเกิดโรคเป็นกระบวนการที่มีความเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องจนเกิดการเสียดสมมูลและเกิดเป็นโรค มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเจ็บป่วย ซึ่งอาจให้ผลลัพธ์เป็นการหายจากโรค ป่วยเรื้อรัง พิการ หรือตาย การป้องกันจึงควรดำเนินการตามขั้นตอนของการเกิดโรคเป็น 3 ชั้น

1. การป้องกันขั้นที่ 1 (Primary prevention : การป้องกันปฐมภูมิ) เป็นการป้องกันในระยะที่ยังไม่เกิดโรค มุ่งเน้นไปที่ผู้ที่มีความไวต่อการเกิดโรคเพื่อลดอุบัติการณ์ของโรค ประกอบด้วยมาตรการที่สำคัญคือ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นการเสริมสร้างให้คนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ไม่เป็นโรคง่าย โดยการส่งเสริมปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่

1.1.1 ปัจจัยทางโภชนาการในการส่งเสริมสุขภาพ ให้มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางโภชนาการ เพื่อป้องกันการขาดสารอาหาร การเป็นโรคอ้วน หรือโรคอื่น ๆ จากการรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ โดยให้ข้อเสนอแนะทางโภชนาการ

1.1.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมสุขภาพ เชื้อโรคและสิ่งคุกคามมีทั้งแบบเฉียบพลันเนื่องจากได้รับในระยะเวลานั้นและปริมาณมาก และแบบเรื้อรัง อาการได้สะสมเป็นเวลานานดังนั้นการป้องกันการได้รับสัมผัสจึงต้องรู้ทางเข้าสู่ร่างกาย การป้องกันด้านสิ่งแวดล้อมมี 2 วิธี คือ การกำจัดหรือลดสิ่งคุกคาม การปรับสุขภาพสิ่งแวดล้อม

1.1.3 ปัจจัยทางพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี

1.2 การป้องกันเฉพาะ (Specific protection) ได้แก่

1.2.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค เป็นกลวิธีที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อโดยการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะโรคขึ้น เป้าหมายของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันมี 3 ประการ คือ กวาดล้างโรค กำจัดโรคในบางพื้นที่และป้องกันและควบคุมโรค

1.2.2 การป้องกันในสถานะที่มีความบกพร่อง เช่น การให้รับประทานเกลือไอโอดีนเพื่อป้องกันโรคคอพอก

1.2.3 การป้องกันการบาดเจ็บและการได้รับสัมผัสสิ่งคุกคามเฉพาะอย่าง เช่น การสวมหมวกนิรภัยป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะในคนงานก่อสร้าง การใช้เครื่องป้องกันหูในผู้ที่ทำงานบริเวณเสียงดัง

2. การป้องกันขั้นที่ 2 (Secondary prevention : การป้องกันทุติยภูมิ) เป็นการป้องกันหลังจากเกิดโรคขึ้นแล้ว เพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการแพร่กระจายโรค โดยการวินิจฉัยโรคให้ได้ในระยะเริ่มแรกและให้การรักษาทันที วิธีการป้องกัน มีดังนี้

2.1 การตรวจคัดกรองโรค (Screening) เป็นการตรวจหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่ยังไม่ปรากฏโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติ หรือวิธีอื่น ๆ ที่ทำให้รวดเร็ว อาจทำให้ในโรงงาน โรงงาน หรือกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ การตรวจคัดกรองโรคไม่ใช่การวินิจฉัยโรคเป็นเพียงวิธีการสืบค้นหาบุคคลที่มีโอกาสเป็นโรค หรือบุคคลที่เป็นโรคแต่ไม่แสดงอาการ เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง ให้คำแนะนำและดูแลรักษาทันเวลา

2.2 การตรวจวินิจฉัยโรค เมื่อเริ่มมีอาการและให้การรักษาทันที (Early diagnosis and prompt treatment) เป็นการตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจอื่น ๆ เพื่อวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มมีอาการและให้การรักษาทันที จะช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย อัตราการหายขาดเพิ่มมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนและความพิการต่าง ๆ น้อยลง

3. การป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary prevention : การป้องกันตติยภูมิ) เป็นการป้องกันในระยะที่เกิดความพิการหรือในระยะสุดท้ายของโรค เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการมากกว่าที่เป็นอยู่ และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายในส่วนที่ยังใช้การได้ โดยการทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ สังคม และการประกอบอาชีพที่เหมาะสม

หลักการควบคุมโรค

หลักการควบคุม โรคมาจากแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดโรค คือ โรคเกิดจากผลการเสียดสมมูล ระหว่างองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ คน สิ่งที่ทำให้เกิดโรค และสิ่งแวดล้อม จึงควรทำให้องค์ประกอบดังกล่าวอยู่ในภาวะสมดุล ดังนี้

1. การกำจัดแหล่งโรค มีวิธีการดังนี้

1.1 การรักษาผู้ป่วยและพาหะ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ จะช่วยให้รู้สาเหตุของโรค และจำนวนผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาโดยเร็ว เป็นการลดแหล่งแพร่เชื้อแก่ชุมชน ส่วนผู้ที่เป็นพาหะ หมายถึง ผู้ที่ตรวจพบเชื้อแต่ไม่มีอาการป่วย สามารถแพร่เชื้อได้

1.2 การแยกผู้ป่วย (Isolation) เป็นการแยกผู้ป่วยไว้จนพ้นระยะอันตรายที่จะแพร่เชื้อโรคไปยังผู้อื่น การที่จะแยกไว้เป็นเวลานานเท่าใด พิจารณาจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบเชื้อ

1.3 การเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรค ผู้สัมผัสโรค หมายถึง ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยใน

ระยะติดต่อของโรค ซึ่งอาจได้รับเชื้อและป่วย หรือเป็นพาหะแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น เดิมใช้วิธี
กักกัน ไว้งนพื้นระยะฟักตัวของโรค หรือระยะเวลาการติดต่อของโรคหรือการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการให้ผลลบ

1.4 การควบคุมสัตว์รังโรค สัตว์เป็นแหล่งของเชื้อโรคหลายโรค ซึ่งแพร่มา
สู่คนได้หลายลักษณะ การควบคุมสัตว์รังโรคจึงเป็นการควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค
มากขึ้น

2. การตัดการแพร่เชื้อโรค

2.1 การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็น
องค์ประกอบที่สำคัญในการก่อให้เกิดโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อการจัดการและควบคุมปัจจัยต่าง ๆ
ในสิ่งแวดล้อมของคนจึงเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้

2.1.1 การกำจัดน้ำเสีย น้ำเสียจากบ้านเรือนที่อยู่อาศัย จะมีสารอินทรีย์
สารอนินทรีย์ และเชื้อโรคปะปนอยู่ มักจะไม่มีการบำบัดก่อนระบายลงแม่น้ำลำคลอง ทำให้
แพร่กระจายเชื้อโรคออกไปได้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะเชื้อโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

2.1.2 การกำจัดอุจจาระ อุจจาระเป็นแหล่งของโรคติดต่อทางอาหาร
และน้ำเกือบทุกชนิด การกำจัดอุจจาระที่ถูกต้อง โดยการสร้างและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

2.1.3 การกำจัดขยะ ขยะมูลฝอยเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค เป็นที่เพาะพันธุ์
ของแมลงวัน แมลงสาบ และหนู ขยะจากโรงงานอาจมีสารเคมีที่เป็นสารพิษจึงต้องมีวิธีการกำจัด
ที่เหมาะสมกับประเภทของขยะ

2.1.4 การปรับปรุงคุณภาพน้ำบริโภค โรคติดต่อหลายโรคติดต่อได้ทาง
น้ำดื่ม เช่น อหิวาตกโรค บิด ตับอักเสบเอ เป็นต้น แหล่งน้ำเพื่อการบริโภคที่สำคัญที่สุด คือ ระบบ
ประปา แหล่งน้ำบริโภคอื่น ๆ เช่น น้ำบาดาล น้ำบ่อ ต้องป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อน

2.1.5 การสุขาภิบาลอาหาร ขั้นตอนการจัดการ การปรุงและการเก็บ
รักษาอาหารล้วนมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารเคมีได้ การควบคุมคุณภาพและความปลอดภัย
ของแหล่งอาหารในชุมชนควรมีการตรวจสอบ ควบคุม และปรับปรุงความสะอาดของตลาด
โรงฆ่าสัตว์ โรงน้ำแข็ง โรงผลิตอาหาร ร้านอาหาร แม่ค้าหาบเร่และแผงลอย

2.1.6 การปรับปรุงคุณภาพอากาศ วิธีที่ดีที่สุดคือ การบำรุงรักษาความ
สะอาดของระบบเครื่องปรับอากาศและอุปกรณ์เครื่องใช้ และควบคุมการไหลเวียนอากาศที่มาจาก
เครื่องปรับอากาศ

2.2 สุขวิทยาส่วนบุคคล ความสะอาดเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อ

ของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน ควรมีความสะอาดที่ได้รับมาตรฐานในระดับสูง การล้างมือเป็นวิธีป้องกันบุคคลจากการติดเชื้อและจากการแผ่เชื้อที่สำคัญที่ง่ายและได้บ่อย

2.3 การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อเป็นการกำจัดเชื้อที่ออกมาจากแหล่งเก็บเชื้อ มีวิธีการทำลายเชื้ออยู่หลายวิธี เช่น การใช้น้ำยา การใช้รังสี เป็นต้น

2.4 กำจัดการเคลื่อนย้ายของประชากร การจัดตั้งเขตห้ามเดินทางออกนอกพื้นที่เพื่อแยกจุดเกิดโรคระบาดหรือเพื่อป้องกันคนจากเขตโรคระบาดเดินทางไปพื้นที่ส่วนอื่น

6. แนวทางปฏิบัติสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดนก

ผู้บริโภคไก่และผลิตภัณฑ์จากไก่

1. เพื่อป้องกัน โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร การบริโภคเนื้อสัตว์ รวมทั้งเนื้อไก่และไข่ไก่ โดยทั่วไปจึงควรรับประทานเนื้อที่ปรุงให้สุกเท่านั้น เนื่องจากเชื้อโรคต่าง ๆ ที่อาจปนเปื้อนมาไม่ว่าจะเป็นไวรัส แบคทีเรีย หรือพยาธิ จะถูกทำลายไปด้วยความร้อน

2. เนื้อไก่และไข่ไก่ที่มีขายอยู่ตามท้องตลาดในขณะนี้ ถือว่ามีความปลอดภัยสามารถบริโภคได้ตามปกติ แต่ต้องรับประทานเนื้อไก่และไข่ที่ปรุงสุกเท่านั้น งดการรับประทานอาหารที่ปรุงกึ่งสุกกึ่งดิบ

3. เลือกรับประทานไข่ที่ปรุงสุกอย่างดี โดยเฉพาะในช่วงที่มีปัญหาโรคระบาดในไก่

ผู้ประกอบการอาหาร

ผู้ประกอบการทั้งเพื่อการจำหน่ายและแม่บ้านที่เตรียมอาหารในครัวเรือน เป็นผู้มีความสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อจากอาหาร กระทรวงสาธารณสุขขอเน้นการป้องกัน ดังนี้

1. ควรเลือกซื้อเนื้อไก่และผลิตภัณฑ์จากไก่จากแหล่งที่มีการรับรองมาตรฐานหรือร้านค้าประจำ และเลือกซื้อไก่สดที่ไม่มีลักษณะบ่งชี้ว่าอาจตายด้วยโรคติดเชื้อ เช่น มีเนื้อมีสีคล้ำ มีจุดเลือดออก เป็นต้น สำหรับไข่ ควรเลือกฟองที่ดูสดใหม่และไม่มีมูลไก่ติดเปื้อนที่เปลือกไข่ก่อนปรุงควรนำมาล้างให้สะอาด

2. ไม่ใช้มือที่เปื้อนมาจับต้องจมูก ตา และปาก และหมั่นล้างมือบ่อย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจับต้องเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ และเปลือกไข่ที่มีมูลสัตว์เปื้อน

3. ควรแยกเขียงสำหรับหั่นเนื้อไก่ และมีเขียงสำหรับหั่นอาหารที่ปรุงสุกแล้ว หรือผัก ผลไม้ โดยเฉพาะไม่ใช่เขียงเดียวกัน

ผู้ชำแหละไก่

ผู้ชำแหละไก่อาจมีความเสี่ยงจากการติดโรคจากสัตว์ จึงควรระมัดระวังขณะปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ต้องไม่ซื้อไก่ที่มีอาการผิดปกติจากการติดเชื้อ เช่น ซึมหงอย ขนฟู หน้าหงอน หรือเหนียงบวมคล้ำ มีน้ำมูก จี๋ไหล เป็นต้น ไม่ซื้อไก่ที่ตายโดยไม่ทราบสาเหตุมาชำแหละขาย
2. ไม่ซิงสัตว์ปีกจำพวก ไก่ เป็ด ห่าน ฯลฯ ที่รอชำแหละไว้ในกรงใกล้ ๆ กัน เพราะจะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เชื้อโรคกลายพันธุ์ จนอาจเกิดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ ๆ ที่เป็นอันตรายทั้งต่อคนและสัตว์ได้
3. ควรทำความสะอาดกรงและอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ ด้วยน้ำผงซักฟอก และนำไปฟึ่งกลางแดดจัด ๆ นอกจากนั้นอาจราดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเดือนละ 1-2 ครั้ง
4. หากสัตว์ที่ชำแหละมีลักษณะผิดปกติ เช่น มีจุดเลือดออก มีน้ำหรือเลือดคั่งจุดเนื้อตายสีขาวที่เครื่องใน เมื่อมีสีผิดปกติ ต้องไม่นำไปจำหน่าย และรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ ปศุสัตว์ มาตรวจสอบทันที เพราะอาจเป็นโรคระบาด
5. ต้องล้างบริเวณชำแหละสัตว์ให้สะอาดด้วยน้ำผงซักฟอก และควรราดน้ำยาฆ่าเชื้อโรคทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการชำแหละไก่
6. ผู้ชำแหละไก่ควรดูแลระมัดระวังตนเองอย่างถูกต้อง โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ แวนตา รองเท้าบูท และต้องหมั่นล้างมือบ่อย ๆ
7. รับประทานอาหารร่างกายด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้ง หลังปฏิบัติงานเสร็จ ส่วนเสื้อผ้าชุดเดิม พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ แวนตา ควรนำไปซักหรือล้างให้สะอาด และฟึ่งกลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

ผู้ขนย้ายสัตว์ปีก

ผู้ขนย้ายสัตว์ปีกควรระมัดระวังตนเองไม่ให้ติดโรคจากสัตว์ และป้องกันการนำเชื้อจากฟาร์มหนึ่ง ไปยังแพร์ยงฟาร์มอื่น ๆ จึงควรเน้นการปฏิบัติตามคำแนะนำของกรมปศุสัตว์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

1. งดซื้อสัตว์จากฟาร์มที่มีสัตว์ตายมากผิดปกติ
2. เมื่อขนส่งสัตว์เสร็จในแต่ละวัน ต้องรีบล้างทำความสะอาดให้สะอาดด้วยน้ำผงซักฟอก สำหรับกรงขังสัตว์ควรราดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อซ้ำอีกครั้งหนึ่ง
3. ควรดูแลระมัดระวังตนเองอย่างถูกต้อง โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น

ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ รองเท้าบู๊ท และต้องหมั่นล้างมือบ่อย ๆ

4. รับประทานอาหารร่างกายด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้ง หลังปฏิบัติงานเสร็จ ส่วนเสื้อผ้าชุดเดิมและเครื่องป้องกันร่างกาย ควรนำไปซักหรือล้างให้สะอาด และฝัากลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

เกษตรกรผู้เลี้ยงไก่

เกษตรกรผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงไก่ รวมทั้งผู้เลี้ยงสัตว์ และผู้ที่ต้องเกี่ยวข้องกับสัตว์ใน ฟาร์มที่มีการระบาด เป็นกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการติดโรคจากสัตว์ ดังนั้นจึงควรปฏิบัติตาม คำแนะนำของกรมปศุสัตว์โดยเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

1. เกษตรกรผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงไก่ ต้องป้องกันไม่ให้สัตว์อื่น ๆ รวมทั้ง นกทุก ชนิด และสัตว์พาหะนำโรค เช่น หนู เป็นต้น เข้ามาในโรงเรือน เพราะอาจนำเชื้อโรคเข้ามาแพร่ ให้ไก่ได้ นอกจากนี้จะต้องรักษาความสะอาดในโรงเรือนให้ดียิ่งขึ้น และหากมีไก่ป่วยหรือตาย ไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ในพื้นที่ทันที ต้องไม่นำไก่ป่วยหรือตายออกมา จำหน่าย และทำการกำจัดทิ้งตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อย่างเคร่งครัด เช่น อาจฝังให้ลึก แล้วรดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือปูนขาว หรือนำไปเผา เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อมาสู่สัตว์หรือคน

2. ผู้ที่เลี้ยงสัตว์หรือผู้ที่ต้องเกี่ยวข้องกับสัตว์ในฟาร์มที่มีการระบาด ไม่ว่าจะจาก สาเหตุใด ควรดูแลระมัดระวังตนเองอย่างถูกต้อง โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น พลาสติกหรือ ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ แวนตา รองเท้าบู๊ท และต้องหมั่นล้างมือบ่อย ๆ โดยเฉพาะหลัง จับต้องสัตว์ป่วย หรือซากสัตว์ที่ตาย

3. รับประทานอาหารร่างกายด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้ง หลังปฏิบัติงานเสร็จ เสื้อผ้าชุดเดิม พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก ถุงมือ แวนตา ควร นำไปซักหรือล้างให้สะอาด และฝัากลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

การป้องกันโรคให้แก่เด็ก

1. เนื่องจากเด็กมักมีนิสัยชอบเล่นคลุกคลีกับสัตว์เลี้ยงรวมทั้งไก่และนก และหาก ติดเชื้อไข้หวัดนกมักป่วยรุนแรง ดังนั้นในช่วงที่มีโรคระบาดในสัตว์ปีก มีสัตว์ตายมากผิดปกติ พ่อแม่ผู้ปกครองควรระมัดระวังดูแลเด็กให้ใกล้ชิด และเตือนไม่ให้เด็กขู่ไก่หรือนก จับต้อง ซากสัตว์ที่ตายและต้องฝึกสุขนิสัยที่ดี โดยเฉพาะการล้างมือทุกครั้งหลังจับต้องสัตว์

2. หากเด็กมีอาการป่วย สงสัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ต้องรีบพาไปพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาโดยเร็ว โดยทั่วไปเมื่อได้รับการรักษาและดูแลอย่างถูกต้อง เด็กจะค่อย ๆ มีอาการ

ดีขึ้นภายใน 2 ถึง 7 วัน ควรสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หากมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น มีอาการหอบ ต้องรีบพาไปโรงพยาบาลทันที

คำแนะนำทั่วไปในการรักษาสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อ

1. ควรรักษาร่างกายให้แข็งแรงเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรคได้ดีโดยการรับประทานอาหารให้ครบถ้วน รวมทั้งผักและผลไม้ งดบุหรี่และสุรา นอนหลับพักผ่อนให้พอเพียง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และในช่วงอากาศเย็น ควรสวมเสื้อผ้าให้ร่างกายอบอุ่น

2. หากมีอาการไม่สบาย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ เป็นต้น ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที และแจ้งแพทย์ด้วยว่าทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์หรือมีประวัติสัมผัสซากสัตว์

ข้อเสนอแนะขั้นตอนการล้างตลาดอย่างถูกหลักสุขาภิบาลในช่วงการเกิดโรคระบาด

1. ในบริเวณที่มีการระบาดของโรคติดต่อ ควรล้างตลาดอย่างถูกหลักสุขาภิบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2. กวาดหยากไย่ หรือ เศษสิ่งสกปรกที่ติดบนฝาผนัง โคมไฟ พัดลม

3. เจ้าของแผงทำความสะอาดแผงและร่องระบายน้ำเสีย กวาดเศษขยะไปรวมทั้งไว้ในบริเวณพักขยะ หรือในที่ที่จัดไว้ รวมทั้งกำจัดแมลงและสัตว์นำโรคที่อาศัยอยู่ในบริเวณตลาด

บนแผงหรือพื้นที่ที่คราบไขมันจับใช้น้ำผสมโซดาไปราดลงบนพื้นหรือแผง ทิ้งไว้ นาน 15-30 นาที และใช้แปรงลวดช่วยในการขจัดคราบไขมัน ส่วนบริเวณอื่นใช้ผงซักฟอกช่วยในการล้างทำความสะอาด (โซดาไฟ ใช้ชนิด ร้อยละ 96 ในอัตราส่วน 2 ช้อนโต๊ะต่อน้ำ ½ ปี๊ป ในบริเวณที่ไขมันจับตัวหนา และ 1 ช้อนโต๊ะต่อน้ำ ½ ปี๊ป ในบริเวณที่ไขมันน้อย)

ใช้น้ำสะอาดฉีดล้างบนแผง ทางเดิน ฝาผนัง และกวาดล้างลงสู่ร่องระบายน้ำเสียเพื่อชำระล้างสิ่งสกปรก โซดาไฟหรือผงซักฟอกให้หมด

ใช้น้ำผสมผงปูนคลอรีน (ใช้ผงปูนคลอรีน ร้อยละ 60 ในอัตราส่วน 1 ช้อนชาต่อน้ำ 1 ปี๊ป) ใสลงในบัวรดน้ำ และรดบริเวณแผง ทางเดินร่องระบายน้ำเสียให้ทั่ว ปล่อยให้คลอรีนฆ่าเชื้อโรคและกำจัดกลิ่น ส่วนบริเวณที่มีกลิ่นคาวให้ใช้หัวน้ำส้มสายชูผสมน้ำให้เจือจางแล้วรดบริเวณที่มีกลิ่นคาว โดยเฉพาะแผงขายสัตว์ปีก ควรฆ่าเชื้อด้วยคลอรีนทุกวัน

บริเวณห้องน้ำ ห้องส้วม อ่างล้างมือ ที่ปัสสาวะ และก๊อกน้ำสาธารณะที่ใช้ในตลาด ต้องล้างทำความสะอาดโดยใช้ผงซักฟอกช่วยและล้างด้วยน้ำสะอาด

บริเวณที่พักขยะต้องเก็บรวบรวมขยะไปกำจัดให้หมด แล้วล้างทำความสะอาดและทำการฆ่าเชื้อ เช่นเดียวกับข้อ 6

การควบคุมโรคไข้หวัดนกเบื้องต้น

1. ให้ความรู้ที่ถูกต้องถึงวิธีการติดต่อของโรคว่าเกิดจากการสัมผัสกับสัตว์ปีกที่ป่วย มีไข้การบริโภคเนื้อสัตว์
2. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตาย
3. หากต้องสัมผัสต้องมีการป้องกันการสัมผัสกับอุจจาระหรือสิ่งคัดหลั่งของสัตว์ปีก ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย สวมถุงมือ และล้างมือ ทันทีเมื่อเสร็จ
4. หากมีอาการที่สงสัยให้รีบพบแพทย์
5. เมื่อพบสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายให้รีบแจ้งปศุสัตว์และรีบทำลายซากด้วยการฝังกลบ

(Fact sheet)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิโรจน์ วนาสิทธิชัยวัฒน์ และคณะ (2535 : บทคัดย่อ) รายงานว่าผลจากการสำรวจข้อมูล การเลี้ยงไก่พื้นเมืองของเกษตรกรในหมู่บ้านบริเวณ โครงการศูนย์ศึกษาการพัฒนาภูพาน จังหวัด สกลนคร จำนวน 14 หมู่บ้าน เกษตรกรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพการทำนา แต่มีไก่พื้นบ้านเลี้ยงใน ครัวเรือนไว้ ร้อยละ 2 ตัว แม่ไก่ 4.8 ตัว เฉลี่ยทั้งฝูง 26.2 ตัว โดยเลี้ยงปล่อยให้หากินเองตาม ธรรมชาติและอาจให้อาหารเสริมจำพวกปลายข้าวและข้าวเปลือก แม่ไก่ให้ผลผลิตไข่ได้เฉลี่ย 3 ชุด จำนวนชุดละ 10-12 ฟอง ลูกไก่ฟักออกชุดละ 9.5 ตัว ในแต่ละปีเกษตรกรขายไก่มีรายได้เฉลี่ย 938.80 บาท ปัญหาการเลี้ยงไก่ที่รุนแรงที่สุด คือ โรคระบาดโดยเฉพาะ โรคอหิวาต์ และนิวคาสเซิล ทำให้ไก่ตายจำนวนมาก

ปราบดา ประภาศิริ (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัว ก่อนและหลังได้ขึ้นข่าวเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 98 เคยได้ขึ้นข่าวเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88 เชื่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ วิธีการป้องกันตนเอง ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติก่อนหน้าที่ได้ขึ้นข่าวเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการสัมผัสสัตว์ปีกป่วยหรือตายด้วยมือเปล่า่นั้นปลอดภัยร้อยละ 40 แต่หลังจากได้ ขึ้นข่าวเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกคิดว่าการสัมผัสสัตว์ปีกด้วยมือเปล่าปลอดภัย ลดลงเหลือร้อยละ 14 (P-Value น้อยกว่า 0.01)

วิรัตน์ พิศิ (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาศึกษาความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกของ ประชาชน ในเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยบ้านห้วยแคน ตำบลหนองแวง กิ่งอำเภอกุดรัง จังหวัด

มหาสารคาม จากการศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคไข้หวัดนก และส่วนใหญ่มีความรู้ปานกลาง และพบว่าประชาชนมีทัศนคติในภาพรวมอยู่ในระดับดี

สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของประชาชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ในเขตพื้นที่ประกาศควบคุมโรคระบาดสัตว์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าประชาชนมีความรู้ในเรื่องโรคไข้หวัดนกค่อนข้างดี ข้อที่ประชาชนตอบถูกน้อย ได้แก่ โรคไข้หวัดนกไม่ติดต่อจากคนสู่คนคิดเป็นร้อยละ 32.91 ระยะฟักตัวของโรคคิดเป็นร้อยละ 48.61 วิธีการที่เชื่อเข้าสู่ร่างกายคิดเป็นร้อยละ 54.68 และสัตว์ที่นำโรคไข้หวัดนกมาสู่คนคือเป็ด ไก่ คิดเป็นร้อยละ 65.06

กัลยา ลายนอก (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ในเขตตำบลท่าเยี่ยม อำเภอโขงเจียม จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.5 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 27.5 อายุเฉลี่ย 41 ปี สถานภาพการสมรส ครอบครัวอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.8 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 3 คน ร้อยละ 71 ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 51.7 ได้สัมผัสโดยตรงกับสัตว์ปีก ร้อยละ 58.5 ครอบบ้านในรัศมี 5 กิโลเมตร ไม่มีฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีก ร้อยละ 71 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.3 ใช้สถานบริการทางสุขภาพสถานอนามัย ร้อยละ 90.3 สิทธิและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในบัตรทอง (30 บาท) ร้อยละ 57 รับข่าวสารเรื่องโรคไข้หวัดนก ร้อยละ 81.6 รับข่าวสารเรื่องโรคไข้หวัดนกจากสื่อของโทรทัศน์ ร้อยละ 90.8 ได้รับการอบรมหรือได้รับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ร้อยละ 72.9 ดูแลสุขภาพด้วยวิธีการออกกำลังกาย ร้อยละ 71 ความรู้ในเรื่องโรคไข้หวัดนกในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.8 รองลงมา มีความรู้ในเรื่องโรคไข้หวัดนกในระดับดี ร้อยละ 42.5 เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 10.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน 2.14 โดยมีคะแนนสูงสุด 15 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในระดับน้อยมาก ร้อยละ 71 รองลงมา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.1

เกรียงศักดิ์ ัญญศิริรินทร์ (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนก ในเขตตำบลสำโรงใหม่ อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2537 คน การได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก ส่วนใหญ่ได้รับรู้ข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 91.0 การได้รับการอบรม ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรค

ใช้หวัดนก คิดเป็นร้อยละ 71.3 การเลี้ยงสัตว์ปีก ส่วนใหญ่เลี้ยงสัตว์ปีก คิดเป็น ร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่เลี้ยงจำนวน 11-20 ตัว คิดเป็นร้อยละ 80.2 การรับรู้การประกาศพื้นที่ควบคุมโรคใช้หวัดนกส่วนใหญ่ทราบคิดเป็นร้อยละ 64.6 การเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคใช้หวัดนกในชุมชน ส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคใช้หวัดนก คิดเป็นร้อยละ 92.8 กิจกรรมที่เข้าร่วมส่วนใหญ่ คือ การสำรวจสัตว์ปีก คิดเป็นร้อยละ 90.5 ด้านการให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ มีระดับบทบาทปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.6 ; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.9) ด้านการประสานงาน มีระดับบทบาทปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.5 ; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.9) ด้านการปฏิบัติหน้าที่พื้นฐาน มีระดับบทบาทปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.65 ; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.0) ด้านการเป็นแบบอย่างที่ดี มีระดับบทบาทมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.7 ; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.9) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดำเนินงานเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในการควบคุมป้องกันโรคใช้หวัดนก ส่วนใหญ่ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานไก่ และไข่ที่ปรุงสุก ปลอดภัยจากโรคใช้หวัดนกให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 98.7

เกียรติศักดิ์ รักดีพินิจ (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมและป้องกันโรคใช้หวัดนก ในอำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.5 อายุเฉลี่ย 31.1 ปี มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 52.2 ระยะเวลาการทำงานสูงสุด 26 ปี ต่ำสุด 1 ปี เฉลี่ย 9 ปี ตำแหน่งงานมากที่สุด พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 49.3 ระดับสูงสุดระดับ 7 ต่ำสุดระดับ 3 วุฒิการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.6 ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ส่วนใหญ่เป็นงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง ร้อยละ 87.0 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (แหล่งที่ให้ข้อมูลมากที่สุด) ส่วนใหญ่รับจากโทรทัศน์ ร้อยละ 94.2 การฝึกอบรมในการควบคุมและป้องกันโรคใช้หวัดนก ส่วนใหญ่ไม่เคยรับการอบรม ร้อยละ 78.3 ส่วนผลการศึกษาในด้านบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมและป้องกันโรคใช้หวัดนก พบว่าด้านหน้าที่พื้นฐาน มีระดับบทบาทปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.6 : ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.1) ด้านการเฝ้าระวังการระบาด มีระดับบทบาทปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.4 : ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.1) ด้านการเผยแพร่ความรู้ มีระดับบทบาทปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.8 : ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.2) สำหรับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมและป้องกันโรคใช้หวัดนก ส่วนใหญ่อยากให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้มากขึ้น ร้อยละ 41.7 รองลงมาอยากให้มีความรู้ปฏิบัติที่ชัดเจน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ควรมีการจัดซื้ออุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ควรมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานเช่น องค์การบริหารส่วนตำบล

เป็นต้น จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3

ปฐมศักดิ์ อ่ำเยี่ยมศรี (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา บทบาทของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการควบคุมโรคไข้หวัดนก ในเขตอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 83.1 อายุเฉลี่ย 46.6 ปี อายุสูงสุด 66 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี กลุ่มอายุที่มีมากที่สุดอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 37.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 129 คน ร้อยละ 87.2 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 74 คน ร้อยละ 50.0 อาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 116 คน ร้อยละ 78.4 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 6,001-8,000 บาท ร้อยละ 47.3 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งมาแล้ว 13-24 เดือน จำนวน 79 คน ร้อยละ 53.4 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก จากโทรทัศน์มากที่สุด จำนวน 131 คน ร้อยละ 88.5 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก จากโทรทัศน์มากที่สุด จำนวน 125 คน ร้อยละ 84.5 บทบาทด้าน การวางแผน มีระดับบทบาทปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนหรือโครงการ งบประมาณและสิ่งสนับสนุน ด้านการมีส่วนร่วมในการผลักดันงบประมาณ ในการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนก ด้านสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ ด้านการให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์ทางหอกระจาย ด้านการประสานงาน ด้านการประสานงานเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรค ไข้หวัดนกกับสถานีอนามัย ด้านการติดตามและประเมินผล ด้านการมีความสามารถในการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับมาก

รัตนาวลี อะช่วยรัมย์ (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนก ของเจ้าหน้าที่ของรัฐในเขตตำบลกระสัง อำเภอสะตึก จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนก ด้านบุคลากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกัน ด้านการเฝ้าระวังโรคในคน ด้านการเฝ้าระวังโรคในสัตว์ และด้านการเฝ้าระวังโรคในสิ่งแวดล้อม มีระดับความคิดเห็นปานกลาง

ศิรินุช ฉายแสง (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาบทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ในตำบลนาจิก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ การศึกษาในด้าน บทบาทของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก พบว่าด้านหน้าที่พื้นฐาน ด้านการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ด้านการประสานงาน ด้านการเป็นแบบอย่างที่ดี ด้านการรับรู้ข่าวสารและการแสวงหาความรู้ มีระดับบทบาทมาก

สิริณญา ไมตรีจิตต์ (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลหนองจะบก อำเภอเมือง

จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.0 ช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 32.0 อายุเฉลี่ย 45.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.0 การศึกษาส่วนใหญ่จบ การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.7 ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 1 ปี ร้อยละ 36.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ร้อยละ 28.0 ได้รับ ข่าวสารด้านความรู้เรื่องไข้หวัดนก ร้อยละ 98.0 อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ป้องกันโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.4 ทักษะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกัน โรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันโรค ไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้กับทัศนคติ มีความสัมพันธ์กันระดับน้อย ($r = 0.21$) และมีทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความสัมพันธ์ทัศนคติกับปฏิบัติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = 0.10$) ความสัมพันธ์ความรู้กับ ปฏิบัติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ผลจากการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไปลักษณะประชากร ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ข่าวสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยรับรู้จากเพื่อน อสม. มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ราตรี ยะจินิต (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก (สคร. 9) ปี 2548 ผลการศึกษาพบว่า ในพื้นที่ สคร. 9 มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ทั้งสองข้อ คือ มากกว่า ร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกและร้อยละ 70.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดนกอยู่ในเกณฑ์น่าพอใจ ด้านการสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์พบว่า สื่อโทรทัศน์เป็นสื่อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดและทำให้เข้าใจมากที่สุด ผลการเปรียบเทียบในพื้นที่พบเชื่อกับพื้นที่ไม่พบเชื้อ ยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสอง กลุ่มมีความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก ความคิดเห็นของประชาชนต่อโรคไข้หวัดนก การปฏิบัติของประชาชนต่อการป้องกันโรคไข้หวัดนก และลักษณะการเลี้ยงสัตว์ปีกในช่วงหลัง การระบาด ที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ผ่านเกณฑ์เป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง แต่ ยังมีความคิดเห็นและการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่น่าพอใจ ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติมี ความสัมพันธ์กัน แต่ระดับความสัมพันธ์ไม่สูง สำหรับผลประเมินลักษณะการเลี้ยงสัตว์ปีก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง พบผู้ที่สามารถเลี้ยงสัตว์ปีกอย่างถูกต้องในระดับคีน้อยมาก ลักษณะการเลี้ยงสัตว์ปีกของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อโรคไข้หวัดนกบ้าง แต่ ยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก และการปฏิบัติในการ ป้องกันโรคไข้หวัดนก นอกจากนี้ยังพบความเสี่ยงสำคัญในรายละเอียดวิธีการเลี้ยงสัตว์ปีกอีกหลาย

ประเด็น ซึ่งผู้ศึกษาและผู้เกี่ยวข้องอาจมองข้ามไป เนื่องจากบางข้อสังเกตที่พบในผลการศึกษามีไม่มาก แต่พฤติกรรมดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตประจำวันของประชาชนคนไทย ส่วนใหญ่ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานป้องกันควบคุมโรคในวงกว้าง ได้แก่ การทำลายเชื้อบริเวณที่เลี้ยงสัตว์ปีกอย่างถูกต้องเมื่อพบสัตว์ปีกที่เลี้ยงไว้ป่วยตาย การนำสัตว์ปีกป่วยตายมา ทำอาหารให้คนหรือสัตว์อื่นกิน และการมีสัตว์ปีกที่เลี้ยงไว้เข้าบ้านมาหากินบริเวณที่ทิ้งเศษอาหาร หรือบริเวณใต้ถุนบ้าน

สุวัฒนา อ่อนประสงค์ และสุทธิดา บุญอาษา (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเก็บข้อมูลจากประธานอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง 1 คน ต่อ 1 หมู่บ้าน จำนวน 1,581 หมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกและการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนกในระดับสูง ร้อยละ 52.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.2 ยังขาดความรู้ในเรื่องการติดต่อของไข้หวัดนกจากไก่สู่คน ความเชื่อถือความสามารถของตนเองที่จะร่วมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดนก ใน อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.5 ยังขาดความเชื่อมั่นในเรื่องการดำเนินกิจกรรมเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมการระบาดของโรคไข้หวัดนก เพราะไม่มีความรู้ดี ร้อยละ 41.6 และขาดความมั่นใจในการทำลายสัตว์ปีกที่ป่วยหรือสงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไข้หวัดนก เพราะคิดว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากเกินไป ร้อยละ 32.8 การดำเนินกิจกรรมเพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดนก ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2547 เป็นต้นมา พบมีปัญหาและอุปสรรค ร้อยละ 11.8 แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่และเพื่อนบ้าน พบว่า อสม. ได้รับความรู้เอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ ตรวจเยี่ยม จากเจ้าหน้าที่ก่อนการออกดำเนินการ พร้อมทั้งได้รับคำชื่นชม ยกย่องทั้งจากครอบครัวและเพื่อนบ้านเป็นอย่างดี ข้อเสนอแนะ ควรมีการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในการติดต่อของเชื้อไข้หวัดนกจากสัตว์สู่คนแก่ อสม. ให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก จะเห็นได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม ประจำครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทในการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ ในแง่ของการปฏิบัติยังพบว่า ประชาชนยังมีความเคยชินกับการปฏิบัติแบบเดิมอยู่ จึงทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ ป้องกันปัจจัยเสี่ยงได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดเพื่อทำการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อเป็น

แนวทางหนึ่งในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนก ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
สำหรับใช้ในการวางแผนการปฏิบัติงาน การควบคุม ตลอดจนแนวทางที่ถูกต้องสามารถแก้ไข
ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY