

อิทธิพลแหล่งข้อมูลข่าวสารต่อระดับความรู้และ การมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก กรณีศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

สุพจน์ เจริญพร*

ภาคภูมิ ธาวงศ์**

วสุธร ตันวัฒนกุล***

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่วาง เชียงใหม่

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

***คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

บทคัดย่อ

การดำเนินงานเกี่ยวกับไข้หวัดนก ต้องอาศัยพลังจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันอย่างจริงจัง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรู้และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมในการเพิ่มพูนความรู้และการมีส่วนร่วมดังกล่าว ในพื้นที่อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ ในช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2550 สุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage จากตำบลและหมู่บ้านต่าง ๆ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 254 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องไข้หวัดนกในระดับสูง ($\bar{X}=6.91$, SD 1.58, range=0-9) และการมีส่วนร่วมก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($\bar{X}=20.71$, SD 7.25, range=0-30) กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องไข้หวัดนกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด (78.3%) รองลงมาคือ โทรทัศน์ (66.5%) แหล่งข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และแหล่งข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขและหอกระจายข่าว มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, $p=0.005$ และ $p=0.010$ ตามลำดับ) แต่ความรู้และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับไข้หวัดนก ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอาสาสมัครสาธารณสุขหรือชุมชน เพื่อการดำเนินงานเกี่ยวกับไข้หวัดนก จึงควรพิจารณาเลือกช่องทางการสื่อสารและเลือกใช้กลไกที่เหมาะสมกับการกิจแต่ละเรื่องดังกล่าว

คำสำคัญ: ไข้หวัดนก, ช่องทางการสื่อสาร, อาสาสมัครสาธารณสุข, ความรู้, การมีส่วนร่วม, การป้องกันควบคุม

บทนำ

โรคไข้หวัดนก (*avian influenza หรือชื่อสามัญ bird flu*) เป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คนที่กำลังเป็นปัญหาสุขภาพชีวิตมนุษย์ โดยเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส Influenza A ที่ทำให้เกิดโรคในสัตว์ โดยเฉพาะสัตว์ปีกที่มีการระบาดในหลายประเทศมาเป็นเวลานาน⁽¹⁻⁵⁾ แต่เชื้อไข้หวัดนก A (H5N1) เป็นเชื้อที่รุนแรง สามารถแพร่ติดต่อมายังคนได้ ซึ่งมีรายงานครั้งแรกใน พ.ศ. 2540 ที่ประเทศฮ่องกง ทำให้คนติดเชื้อ 18 คน และเสียชีวิต 6 คน ใน พ.ศ. 2542 มีการระบาดในฮ่องกง สาธารณรัฐประชาชนจีน และเนเธอร์แลนด์ และใน พ.ศ. 2547 เกิดการระบาดในสัตว์ปีกในหลายประเทศแถบเอเชีย^(1,2)

สำหรับประเทศไทย มีการระบาดของไวรัสไข้หวัดนกเกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ คือในช่วงเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2547 มีผู้ป่วย 12 ราย เสียชีวิต 8 ราย ช่วงเดือน กรกฎาคม-พฤศจิกายน 2547 มีผู้ป่วย 5 ราย เสียชีวิต 4 ราย และพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2548 พบผู้ป่วย 5 ราย เสียชีวิต 2 ราย พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วย 3 ราย เสียชีวิต 3 ราย^(1,2,6,7)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ใน พ.ศ. 2547-2549 ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก แต่พบการป่วยและติดเชื้อของสัตว์ปีกในหลายพื้นที่อย่างต่อเนื่อง^(8,9) รวมทั้งอำเภอแม่วาง โดยใน พ.ศ. 2547 พบว่ามีการป่วยและตรวจพบเชื้อในสัตว์ปีกในพื้นที่ 2 ตำบล คือ ตำบลดอนเปาและตำบลบ้านกาด ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีอาณาเขตติดต่อกัน ทำให้พื้นที่ทั้ง 2 ตำบลเป็นพื้นที่เสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มงวด

การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกมาสู่คน เกิดจากการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายจากไข้หวัดนก ผู้ป่วยบางรายมีประวัติสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อในพื้นที่เกิดโรคระบาด แต่ไม่พบการติดเชื้อจากการกินสัตว์ปีกหรือไข่ที่ปรุงสุกแล้ว⁽²⁾ อย่างไรก็ตามขณะนี้ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าอาจเป็นไปได้ที่จะพบการติดต่อจากคนสู่คน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้

จัดทำกรอบแผนการแก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเป็นการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ รวมถึงการกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประชาชนและชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง โดยกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจ ด้วยการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจแก่ประชาชน ผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ^(3,4) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบระดับความรู้และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับไข้หวัดนก และแหล่งข้อมูลข่าวสารที่จะเป็นช่องทางสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความรู้และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าว

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 5 ตำบล 58 หมู่บ้าน ซึ่งมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประมาณ 700 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 249 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) จากระดับตำบล ระดับหมู่บ้านที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาไข้หวัดนกสูง และสุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่อาศัยอยู่ในตำบลและหมู่บ้านดังกล่าว ได้จำนวน 254 คน ทำการศึกษาในช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2550 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ และผ่านกระบวนการตรวจสอบ แก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้ ซึ่งแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขและแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องไข้หวัดนก ความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดนก และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมไข้หวัดนก ทดสอบความเที่ยงของแบบ

สัมภาษณ์โดยในส่วนของความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดนกใช้สูตร KR-21 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson method) ได้ค่าความเที่ยง 0.78 และส่วนของการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมไข้หวัดนก ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.84 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยส่วนของความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดนก 9 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และแบ่งกลุ่มระดับความรู้ต่ำ มีคะแนนระหว่าง 0-4 ระดับความรู้สูง มีคะแนนระหว่าง 5-9 สำหรับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมไข้หวัดนก 15 ข้อ ไม่เคยร่วมเลย ให้ 0 คะแนน ร่วมเป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน ร่วมทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน และแบ่งกลุ่มระดับการมีส่วนร่วม ระดับต่ำ 0-10 คะแนน ระดับกลาง 11-20 คะแนน ระดับสูง 21-30 คะแนน และใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ฐานนิยม) และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้การ

ทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง ร้อยละ 56.3 อายุเฉลี่ย 43.3 ปี (SD 8.45) อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 71 ปี ส่วนใหญ่ (83.1%) สมรสและอยู่ด้วยกัน อาชีพรับจ้าง และเกษตรกร (45.3% และ 40.2%) ระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (59.1% และ 34.6%) รายได้ต่อเดือน 2,500-5,000 บาท และ ต่ำกว่า 2,500 บาท (57.5% และ 28.0%) ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 1-5 ปี, 10 ปีขึ้นไป และ 6-10 ปี (39.0%, 28.3% และ 26.4% ตามลำดับ) หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 6-10 หลัง และ 11-15 หลัง (52.8% และ 33.5%) ประชากรที่รับผิดชอบ 21-40 คน เป็นส่วนใหญ่ (71.3%)

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดนก และคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 254 ราย)

ความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดนก	ผลการตอบ n (%)		\bar{x}^*	S.D.
	ตอบถูก	ตอบผิด		
เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคไข้หวัดนก	224 (88.2)	30 (11.8)	0.88	0.32
ประเภทของสัตว์ที่มักจะพบว่ามีการระบาดของโรคไข้หวัดนก	178 (70.1)	76 (29.9)	0.70	0.46
อาการป่วยของสัตว์ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดนก	127 (50.0)	127 (50.0)	0.50	0.50
โรคที่ผู้ป่วยมีอาการป่วยคล้ายกับโรคไข้หวัดนก	219 (86.2)	35 (13.8)	0.86	0.35
ช่องทางการแพร่กระจายของเชื้อโรคไข้หวัดนก	208 (81.9)	46 (18.1)	0.82	0.39
อาการป่วยของคนที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดนก	182 (71.7)	72 (28.3)	0.72	0.45
สารที่ใช้โรยเพื่อฆ่าเชื้อโรคในการฝังทำลายซากสัตว์ปีกที่ตายด้วยโรคไข้หวัดนก	214 (84.3)	40 (15.7)	0.84	0.37
วิธีการทำลายสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายด้วยโรคไข้หวัดนก	251 (98.8)	3 (1.2)	0.99	0.11
ผู้ที่ควรเฝ้าระวังเกี่ยวกับไข้หวัดนก	151 (59.4)	103 (40.6)	0.59	0.49

สรุปรวม ช่วงคะแนน 0-9, คะแนนเฉลี่ย =6.91, มัธยฐาน =7.0, ฐานนิยม =8.0, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =1.58, คะแนนต่ำสุด =0, คะแนนสูงสุด =9

*คะแนนเฉลี่ยของความรู้แต่ละข้อ หน่วยเป็นคะแนน

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก และคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วม ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 254 ราย)

การมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก	ระดับการมีส่วนร่วม n (%)			X*	SD
	ทุกครั้ง	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยเลย		
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ					
ร่วมประชุม หรือประชุมประจำเดือน ของหมู่บ้าน	154 (60.6)	78 (30.7)	22 (8.7)	1.52	0.65
ร่วมพูดคุยปัญหาโรคไข้หวัดนกของหมู่บ้าน	109 (42.9)	106 (41.7)	39 (15.4)	1.28	0.71
ร่วมค้นหา หรือสำรวจสัตว์ปีกในหมู่บ้าน	138 (54.3)	80 (31.5)	36 (14.2)	1.40	0.73
ร่วมแสดงความคิดเห็น หรือให้ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนกของหมู่บ้าน	112 (44.1)	102 (40.2)	40 (15.7)	1.28	0.72
ร่วมตัดสินใจ กำหนดกฎของหมู่บ้าน เพื่อการป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนก	112 (44.1)	91 (35.8)	51 (20.1)	1.24	0.77
การมีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก					
สนับสนุนให้ความรู้เรื่องไข้หวัดนก ทางหอกระจายข่าว	140 (55.1)	75 (29.5)	39 (15.4)	1.40	0.74
ให้ความร่วมมือพ่นน้ำยาเคมีเพื่อฆ่าทำลายเชื้อโรค ไข้หวัดนกในหมู่บ้าน / ตำบล	141 (55.5)	71 (28.0)	42 (16.5)	1.39	0.76
ชักชวนญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้านให้ร่วมสำรวจสัตว์ปีก ในหลังคาเรือนของตนเอง / หมู่บ้าน	161 (63.4)	74 (29.1)	19 (7.5)	1.56	0.63
ร่วมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในพื้นที่	155 (61.0)	77 (30.3)	22 (8.7)	1.52	0.65
การมีส่วนร่วมรับประโยชน์					
ท่านและครอบครัวได้อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ปลอดภัย จากโรคไข้หวัดนก	182 (71.7)	38 (15.0)	34 (13.4)	1.58	0.72
ญาติพี่น้อง / ลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัว ไม่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดนก	147 (57.9)	29 (11.4)	78 (30.7)	1.27	0.90
สัตว์ปีก / สัตว์เลี้ยงของท่าน ไม่ป่วยหรือตาย จากการเป็นโรคไข้หวัดนก	143 (56.3)	29 (11.4)	82 (32.3)	1.24	0.91
การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล					
เคยเข้าร่วมประเมินผลการสำรวจสัตว์ปีกในหมู่บ้าน / ตำบลหรือในเขตรับผิดชอบ	143 (56.3)	71 (28.0)	40 (15.7)	1.41	0.75
เคยร่วมประเมินผลการให้ความรู้โรคไข้หวัดนกทางหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน / ตำบล	123 (48.4)	74 (29.1)	57 (22.4)	1.26	0.80
เคยเข้าร่วมประเมินสถานการณ์โรคไข้หวัดนกของหมู่บ้าน	137 (53.9)	72 (28.3)	45 (17.7)	1.36	0.77

สรุปรวม ช่วงคะแนน 0-30, คะแนนเฉลี่ย=20.71, มัธยฐาน=21.0, ฐานนิยม=30.0, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=7.25, คะแนนต่ำสุด=0, คะแนนสูงสุด=30

*คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมแต่ละข้อ, หน่วยเป็นคะแนน

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องไข้หวัดนกอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.91 (SD 1.58) มัธยฐาน 7.0 และฐานนิยม 8.0 จากคะแนน 0-9 ซึ่งเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากที่สุด คือ วิธีการทำลายสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายด้วยโรคไข้หวัดนก (\bar{x} =0.99, SD 0.11) ส่วนเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยรู้น้อยสุด คือ อาการป่วยของสัตว์ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดนก (\bar{x} =0.50, SD 0.50) ดังตารางที่ 1

สำหรับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับสูงเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 20.71 (SD 7.25) มัธยฐาน 21.0 และฐานนิยม 30.0

จากคะแนน 0-30 เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การได้รับประโยชน์ที่ได้อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ปลอดภัยจากโรคไข้หวัดนก (\bar{x} =1.58, SD 0.72) สำหรับเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมน้อย คือ การร่วมตัดสินใจกำหนดกฎของหมู่บ้านเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก (\bar{x} =1.24, SD 0.77) การร่วมรับประโยชน์ที่สัตว์ปีกหรือสัตว์เลี้ยงไม่ป่วยหรือตายจากการเป็นโรคไข้หวัดนก (\bar{x} =1.24, SD 0.91) และการร่วมประเมินผลการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว (\bar{x} =1.26, SD 0.80) ดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้หวัด

ตารางที่ 3 แหล่งข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้หวัดนก และความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งข้อมูลข่าวสารกับระดับความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดนก (n=254 ราย)

แหล่งข้อมูลข่าวสาร	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับความรู้ n (%)		p-value
		ต่ำ	สูง	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
- ได้รับ	199 (78.3)	15 (75.0)	184 (78.6)	0.777 ^u
- ไม่ได้รับ	55 (21.7)	5 (25.0)	50 (21.4)	
โทรทัศน์				
- ได้รับ	169 (66.5)	6 (30.0)	163 (69.7)	<0.001 ^{u*}
- ไม่ได้รับ	85 (33.5)	14 (70.0)	71 (30.3)	
ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข				
- ได้รับ	122 (48.0)	6 (30.0)	116 (49.6)	0.093 ⁿ
- ไม่ได้รับ	132 (52.0)	14 (70.0)	118 (50.4)	
หนังสือคู่มือ/วารสารสาธารณสุข				
- ได้รับ	118 (46.5)	12 (60.0)	106 (45.3)	0.206 ⁿ
- ไม่ได้รับ	136 (53.5)	8 (40.0)	128 (54.7)	
วิทยุชุมชน				
- ได้รับ	93 (36.6)	3 (15.0)	90 (38.5)	0.051 ^u
- ไม่ได้รับ	161 (63.4)	17 (85.0)	144 (61.5)	
หอกระจายข่าว				
- ได้รับ	84 (33.1)	5 (25.0)	79 (33.8)	0.621 ^u
- ไม่ได้รับ	170 (66.9)	15 (75.0)	155 (66.2)	

ⁿ ทดสอบไคสแควร์ (chi-square test)

^u ทดสอบด้วยวิธีฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้หวัดนก กับระดับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับไข้หวัดนก (n= 254 ราย)

แหล่งข้อมูลข่าวสาร	ระดับการมีส่วนร่วม n (%)			p-value
	ต่ำ	กลาง	สูง	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
- ได้รับ	9 (50.0)	74 (71.2)	116 (87.9)	<0.001*
- ไม่ได้รับ	9 (50.0)	30 (28.8)	16 (12.1)	
โทรทัศน์				
- ได้รับ	14 (77.8)	65 (62.5)	90 (68.2)	0.378
- ไม่ได้รับ	4 (22.2)	39 (37.5)	42 (31.8)	
ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข				
- ได้รับ	4 (22.2)	43 (41.3)	75 (56.8)	0.005*
- ไม่ได้รับ	14 (77.8)	61 (58.7)	57 (43.2)	
หนังสือคู่มือ/วารสารสาธารณสุข				
- ได้รับ	9 (50.0)	46 (44.2)	63 (47.7)	0.825
- ไม่ได้รับ	9 (50.0)	58 (55.8)	69 (52.3)	
วิทยุชุมชน				
- ได้รับ	7 (38.9)	31 (29.8)	55 (41.7)	0.168
- ไม่ได้รับ	11 (61.1)	73 (70.2)	77 (58.3)	
หอกระจายข่าว				
- ได้รับ	4 (22.2)	25 (24.0)	55 (41.7)	0.010*
- ไม่ได้รับ	14 (77.8)	79 (76.0)	77 (58.3)	

ทดสอบไคสแควร์ (chi-square test)

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 78.3 รองลงมา คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 66.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งข้อมูลข่าวสาร กับระดับความรู้ พบว่า แหล่งข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 3 และแหล่งข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข และหอกระจายข่าว มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001, p=0.005 และ

p=0.010 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

สำหรับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดนก กับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับไข้หวัดนก โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.649, r=0.029)

วิจารณ์

การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ และการมีส่วนร่วมจากทุก

ภาคส่วนในสังคม ชุมชน อย่างต่อเนื่อง จึงจะประสบผลสำเร็จ ซึ่งองค์การอาสาสมัครสาธารณสุข ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมต่อการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมจากภาครัฐสู่ภาคประชาชนและชุมชนที่ประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดีมาแล้วหลายประการ⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการดำเนินงานเกี่ยวกับปัญหาโรคไข้หวัดนกในชุมชน จึงคาดหวังว่าองค์การอาสาสมัครสาธารณสุขจะมีส่วนสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมและเกิดประสิทธิผลได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเสริมศักยภาพ สนับสนุนและกระตุ้นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านั้นเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องด้วย⁽⁴⁾

จากที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับสูง^(11,12) นับเป็นเรื่องที่น่ายินดีและควรให้เกิดสถานการณ์เช่นนี้ตลอดไป ไม่ใช่มีระดับสูงแต่เฉพาะช่วงเกิดปัญหาไข้หวัดนกระบาดเท่านั้น อย่างไรก็ตามควรเร่งเสริมความรู้และการมีส่วนร่วมในประเด็นสำคัญที่ยังมีระดับต่ำอยู่ให้มากยิ่งขึ้น เช่น ความรู้เรื่องอาการป่วยของสัตว์ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดนก หรือการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจเพื่อการป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

สำหรับแหล่งข้อมูลข่าวสาร เพื่อการเพิ่มพูนความรู้และสร้างการมีส่วนร่วมเรื่องไข้หวัดนกนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและโทรทัศน์จะเป็นสื่อที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด^(11,13) อย่างไรก็ตามหากเป็นเรื่องการเพิ่มพูนความรู้ นั้น แหล่งข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์มีผลต่อระดับความรู้อย่างชัดเจน ในขณะที่เรื่องการสร้างการมีส่วนร่วม นั้น แหล่งข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข และหอกระจายข่าว มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน แต่ความรู้ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

ร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ดังนั้นในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกไม่ควรคาดหวังว่าความรู้ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมเสมอไป และควรพิจารณาใช้ช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสมกับแต่ละเรื่องที่ต้องการสื่อสารถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานสูงสุดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอแม่วงก์ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้เป็นกำลังใจ ผู้ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ฐานโรคไข้หวัดนก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ป้องกันและเข้าใจ โรคไข้หวัดนก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โรคไข้หวัดนกสิ่งที่ประชาชนควรรู้จัก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2549.
4. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดนก. (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
6. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
7. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานสรุปข้อมูลทางระบาดวิทยา (รง.506, รง.507): โปรแกรมสรุปข้อมูล

- รายงานทางระบาดวิทยา. เชียงใหม่: ฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2547.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. คู่มือการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะปานกลาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2547.
 10. วสุธร ตันวัฒนกุล. สุขภาพ อนามัยชุมชน และกระบวนการพัฒนา. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
 11. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. การศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในชุมชน. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
 12. มานูชา จันทร์เจ็ก, นิติธรรม รัตกลีกร, ธนัชพิมพ์ สุภากรณ์ ประดับ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากไข้หวัดนกของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตเทศบาลจังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช; 2549.
 13. ปราบดา ประภาศิริ, Sonja Olsen, ครรชิต ลิมปกาญจนรัตน์, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ศาริกา พัฒนสิน. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังได้ยินข่าวเกี่ยวกับไข้หวัดนกจังหวัดนครพนม. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2547.

Abstract **Communication Channel Influences on Health Volunteers' Knowledge and Participation on Bird Flu Prevention and Control in Mae Wang District, Chiang Mai Province, Thailand**

Supoj Charoenpone*, Pakphom Tawong, Vasuton Tanvatanakul*****

*Mae Wang Public Health Office, Chiang Mai, **Chiang Mai Provincial Health Office, ***Faculty of Public Health, Burapha University, Chon Buri

Journal of Health Science 2009; 18:105-12.

Addressing the problems of bird flu needs empowerment of every sector. This study was aimed at identifying appropriate communication channels for increasing the health volunteers' knowledge and their participation on bird flu prevention and control. A survey research design was used in Mae Wang district, Chiang Mai Province, Thailand between June and November 2007. Multi-stage sampling was used in various sub-districts and villages. In all, 254 respondents were interviewed. Results indicated that the knowledge of the respondents about bird flu problems was high (\bar{x} =6.91, SD 1.58, range=0-9), and also the participation was high (\bar{x} =20.71, SD 7.25, range=0-30). Most of bird flu information was from health personnel and television (78.3% and 66.5% respectively). Bird flu information from television was significantly related to knowledge about bird flu problems ($p<0.001$); while the information from health personnel, health volunteer association and community loudspeakers were significantly related to participation ($p<0.001$, $p=0.005$ and $p=0.010$ respectively). Knowledge and participation about bird flu problems were not statistically related. Findings lead to recommend empowerment of health volunteers and communities to participate in bird flu implementation via the appropriate communication channels identified by this study.

Key words: bird flu, communication channel, health volunteer, knowledge, participation, prevention and control