

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกของกลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีกในเขตเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปางในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทำการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยนำเสนอเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. โรคไข้หวัดสัตว์ปีก
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค

โรคไข้หวัดสัตว์ปีก

โรคไข้หวัดในสัตว์ปีก (Avian influenza) เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเพิ่มเติมในปีพ.ศ. 2547 ให้โรคไข้หวัดใหญ่รวมทั้งโรคไข้หวัดใหญ่จากสัตว์เป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2551) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (Office of International Epizootics: OIE) ได้จัดให้โรคไข้หวัดสัตว์ปีกอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความรุนแรงสูง (อาร์มึ ซัยสิงห์ 2548) จึงนับได้ว่าโรคไข้หวัดสัตว์ปีกเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging infectious disease) ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญทางการสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจ (อลงกร อมรศิลป์ และคณะ, 2548)

อุบัติการณ์การเกิดโรค

โรคไข้หวัดใหญ่ในสัตว์ปีกพบได้ในสัตว์ปีกทุกชนิด นอกจากในสัตว์ปีกแล้วยังพบเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกแพร่กระจายสู่สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ เช่น สุนัข หมู แมว และเสือด้าด้วย (วิโชติพิทยสุนนท์ และ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 25 51: ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550) โดยปกติโรคไข้หวัดสัตว์ปีกจะไม่ติดต่อมาสู่คนและไม่มีการระบาดในคน (เฉลิมไทย เอกศิลป์ และ สรศักดิ์

โล่หัจฉินคาร์ตัน, 2548) แต่ในปี พ.ศ.2540 พบว่าเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกมีการติดต่อถึงคนเป็นครั้งแรกที่เขตปกครองพิเศษฮ่องกง มีการยืนยันผลการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ สายพันธุ์ H5N1 เป็นครั้งแรกในมนุษย์ (นลินี อัสวโภคิ, 2547) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ฮ่องกงพบผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 18 ราย และเสียชีวิตจากระบบหายใจล้มเหลว (Acute respiratory distress syndrome) 6 ราย ประกอบกับเป็นระยะเดียวกับการเกิดการระบาดล้มตายจำนวนมากของสัตว์ปีกจากเชื้อ H5N1 แสดงว่าเป็นการแพร่ระบาดจากนกที่ป่วยมาสู่คน (ปรีชา เปรมปรี และคณะ, 2548) จากนั้นมีรายงานการระบาดของเชื้อ H5N1 ในทวีปเอเชียตลอดช่วงปี พ.ศ. 2546 - 2548 ที่ประเทศจีน เวียดนาม กัมพูชา ลาว ไทย อินโดนีเซีย เกาหลี และญี่ปุ่น (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550) และตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน การระบาดได้ขยายไปอย่างรวดเร็ว พบผู้ป่วยในประเทศตุรกี อิรัก อาเซอร์ไบจาน อียิปต์ และจีน (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2551) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกทั่วโลกทั้งหมด 387 ราย เสียชีวิต 245 ราย ใน 15 ประเทศ คือ อาเซอร์ไบจาน กัมพูชา จีน ญี่ปุ่น อียิปต์ อินโดนีเซีย อิรัก ลาว พม่า ไนจีเรีย ปากีสถาน ตุรกี เวียดนาม บังคลาเทศและไทย (สำนักโรคติดต่อวิทยา, 2551)

สำหรับประเทศไทย เริ่มพบสัตว์ปีกตายอย่างผิดปกติจำนวนมากที่ภาคกลางในปลายเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ประกอบกับในช่วงเวลาใกล้เคียงกันได้มีการรายงานการแพร่ระบาดของเชื้อไข้หวัดสัตว์ปีกสายพันธุ์ H5N1 ในประเทศเกาหลีใต้ ญี่ปุ่น และเวียดนาม กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความเป็นไปได้ที่จะมีการแพร่ระบาดของเชื้อไข้หวัดสัตว์ปีกชนิดนี้ในประเทศไทยและติดเชื้อมาสู่คน เนื่องจากประชาชนในประเทศไทยจำนวนมากนิยมเลี้ยงสัตว์ปีก เช่น ไก่ เป็ด ไข่ตามบ้าน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการเฝ้าระวังการเกิดโรคในผู้ป่วยปอดอักเสบอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศว่าพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไข้หวัดสัตว์ปีกสายพันธุ์ A/H5N1 เป็นรายแรกของประเทศไทย โดยผู้ป่วยเป็นเด็กชายอายุ 7 ปี จากจังหวัดสุพรรณบุรี (คารินทร์ อารีย์โชคชัย และ ศุภมิตร ชุณหะวัณ, 2550) หลังจากนั้นได้เกิดโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในประเทศไทยเป็นระยะๆ และมีแนวโน้มจะกลายเป็นโรคประจำถิ่น (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550) ปัจจุบันการระบาดของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกจัดอยู่ในระดับ 3 ซึ่งเป็นระยะการแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คน (คณะกรรมการพัฒนา แผนยุทธศาสตร์แก้ไข ปัญหาไข้หวัดนก กระทรวงสาธารณสุข, 2551) และจากรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2551 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีกสะสมจำนวน 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย โดยในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีก 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย ปี พ.ศ. 2548 พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีก 5 ราย เสียชีวิต 2 ราย ปี พ.ศ.

2549 พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัปดาห์ 3 ราย เสียชีวิตทั้ง 3 ราย และในปี พ.ศ. 25 50 ถึงวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ไม่มีรายงานการพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัปดาห์ (สำนักระบาดวิทยา, 2551)

สาเหตุ

โรคไข้หวัดสัปดาห์ (Avian influenza) เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดเดียวกับที่ก่อโรคไข้หวัดใหญ่ในคน (Human influenza) ซึ่งไวรัสจัดอยู่ในวงศ์ *Orthomyxoviridae* (นลินี อัสวโกที, 2547 : ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550) สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ Influenza virus type A, type B และ type C เชื้อไวรัสสายพันธุ์ A เป็นสายพันธุ์ที่ทำให้เกิดโรคไข้หวัดใหญ่ในคนและโรคไข้หวัดสัปดาห์ทั้งชนิดรุนแรงและไม่รุนแรง เชื้อไวรัสสายพันธุ์ B และ C สามารถก่อโรคในคนได้ แต่อาการไม่รุนแรง (มรกต ตันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรธน์, 2548 : อารุณี ชัยสิงห์, 2548: ปรางกวิน แยงขจร และคณะ, 2549: ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550) เป็นไวรัสขนาดเล็กที่มีสายพันธุกรรมเรียงตัวอยู่ในรูปของสายอาร์เอ็นเอ(RNA) จำนวน 8 สาย บรรจุอยู่บนแผ่นเยื่อสองชั้นเสมือนเป็นเปลือกหุ้ม (Envelope) ผิวเปลือกนอกสุดมีส่วนที่ยื่นออกมาโดยรอบเป็นจำนวนมาก มีองค์ประกอบของโปรตีนฮีแมกกลูตินิน (Hemagglutinin) และโปรตีนนิวรามินิเดส (Neuraminidase) (ประเสริฐ ทองเจริญ , 2550) ซึ่งนักไวรัสวิทยาจะใช้ลักษณะของโปรตีนทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นหลักในการแยกสายพันธุ์ย่อย (อารุณี ชัยสิงห์, 2548) โปรตีนฮีแมกกลูตินิน (Hemagglutinin) นิยมเรียกแทนด้วยอักษร H มี 16 ชนิด (H1 ถึง H16) ทำหน้าที่จับกับตัวรับ (Receptor) บนผิวเซลล์ เพื่อให้ไวรัสจะสามารถแทรกตัวเข้าไปในเซลล์ของสิ่งมีชีวิตชนิดนั้นๆได้ ในสัปดาห์พบได้ทั้ง 16 ชนิด แต่ในคนพบเฉพาะ H1, H2 และ H3 ส่วนโปรตีนนิวรามินิเดส (Neuraminidase) นิยมเรียกแทนด้วยอักษร N มี 9 ชนิด (N1 ถึง N9) ทำหน้าที่เป็นเอนไซม์ (Enzyme) เพื่อย่อยไกลโคโปรตีน (Glycoprotein) ทำให้ไวรัสหลุดรอดจากการดักจับของเมือกที่อยู่ในระบบทางเดินหายใจได้ สามารถบุกรุกเข้าไปถึงเซลล์ที่อยู่ลึกเข้าไปเรื่อยๆได้ ในสัปดาห์พบได้ทั้ง 9 ชนิด แต่ในคนพบเฉพาะ N1 และ N2 (มรกต ตันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรธน์, 2548) จากข้อมูลการระบาดพบว่าไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ระบาดในกลุ่มสัปดาห์มีจำนวน 3 สายพันธุ์ย่อย คือ สายพันธุ์ย่อย H5, H7 และ H9 โดยที่เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในสัปดาห์ที่พบระบาดในประเทศไทย ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2546 และต้นปี พ.ศ.2547 เป็นสายพันธุ์ย่อย H5N1 (มรกต ตันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรธน์, 2548) นอกจากนี้ ยังมีไวรัสไข้หวัดสัปดาห์สายพันธุ์ย่อยอื่นๆสามารถติดต่อมาสู่คนได้เช่นกัน ดังเช่นในปี พ.ศ. 2546 ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่ามีการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกชนิด H7N7 ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (มรกต ตันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรธน์, 2548: อารุณี ชัยสิงห์, 2548: ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550) เชื้อไวรัสไข้หวัดสัปดาห์จะอยู่ในส่วนของลำไส้และแพร่กระจายออกมาที่อุจจาระ น้ำมูก และสิ่งคัดหลั่งอื่นๆ ปนเปื้อนในแหล่งน้ำ ดิน และพืช สัปดาห์ทุกชนิด

สามารถได้รับเชื้อไวรัสผ่านทางเดินหายใจ ทางปาก และทางเยื่อต่างๆ หรือทางบาดแผล เชื้อมักปนเปื้อนมากับน้ำ อาหาร หรือฟุ้งกระจายในอากาศ เชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกที่ปนเปื้อนอยู่ในแหล่งน้ำธรรมชาตินั้นสามารถคงอยู่ได้นาน 4 วัน ที่อุณหภูมิ 22 องศาเซลเซียส และอยู่ได้นานกว่า 30 วัน ที่อุณหภูมิ 0 องศาเซลเซียส (Webster, et al., 1978 อ้างใน อารุณี ชัยสิงห์, 2548) สามารถอยู่ในมูลสัตว์ที่เปียกชื้นที่มีอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ได้นาน 2-4 วัน อยู่ในมูลสัตว์ที่มีอุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส ได้นาน 7 วัน และอยู่ในมูลสัตว์ที่มีอุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส ได้นาน 20 วัน (จริยา แสงสังจา, 2550) ความสามารถในการติดต่อยังลดลงอย่างรวดเร็ว ถ้าเชื้ออยู่ในสภาพที่มี pH มากกว่า 9 หรือน้อยกว่า 5 หรือในสภาพที่มีอุณหภูมิ 56 องศาเซลเซียสหรือสูงกว่า (วิระชัย ศักดาจิระเจริญ, 2547)

ลักษณะเฉพาะของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ คือ การเปลี่ยนแปลงของแอนติเจน (antigen) ซึ่งเกิดได้บ่อยมาก (นลินี อัสวโกที, 2547) หรือมีการกลายพันธุ์อยู่ตลอดเวลา (วิชัย โชควิวัฒน์, 2544) การเปลี่ยนแปลงของแอนติเจนมีสองแบบ (นลินี อัสวโกที, 2547) คือ การเปลี่ยนแปลงแบบ antigenic drift เป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยและเกิดบ่อยทุก 1-3 ปี โดยมีการเปลี่ยนแปลงภายในโปรตีนฮีแมกกลูตินิน (Hemagglutinin) หรือโปรตีนนิวรามินิเดส (Neuraminidase) หรือทั้งสองอย่าง ซึ่งเป็นสาเหตุของการระบาดของโรคทุก 1-3 ปี ส่วนการเปลี่ยนแปลงอีกแบบหนึ่งคือ การเปลี่ยนแปลงแบบ antigenic shift เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทำให้เกิดไวรัสไข้หวัดใหญ่ตัวใหม่ มีระยะห่างของการเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอนและเป็นสาเหตุของการระบาดทั่วโลก เนื่องจากประชากรไม่เคยมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตัวใหม่นี้เลย (วิชัย โชควิวัฒน์, 2544: ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550)

ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสในสัตว์ปีกแบ่งออกเป็น 2 ชนิด (นลินี อัสวโกที, 2547: อารุณี ชัยสิงห์, 2548: ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550) ได้แก่

1. Apathogenic and mildly pathogenic avian influenza เป็นชนิดที่ไม่แสดงอาการหรือทำให้มีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย พบได้ในประเทศต่างๆทั่วโลก อาจมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสชนิด H1-16
2. Highly pathogenic avian influenza (HPAI) หรือเดิมเรียกว่า Fowl plague เป็นชนิดที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงมาก มีอัตราการตายสูง พบว่าเป็นเชื้อในกลุ่ม H5 และ H7 เช่น H5N1 และ H7N7 ซึ่งองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) จัดให้อยู่ใน List A ที่เป็นกลุ่มโรคระบาดสัตว์ที่อันตรายร้ายแรงมาก

สำหรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีกในประเทศไทยยังไม่สามารถหาแหล่งที่มาของเชื้อได้ชัดเจน (ศิริชัย วงษ์นาคเพ็ชร และคณะ, 2548) จากการศึกษาระดับการติดเชื้อและชนิดของไวรัสไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีกในไก่พื้นเมืองจังหวัดสุพรรณบุรีและจังหวัดนครปฐม ซึ่งเป็นแหล่งผลิตสัตว์ปีกแหล่งใหญ่ในภาคตะวันตกของประเทศโดยเก็บตัวอย่างจากช่องจับถ่ายของไก่มาทำการแยกเชื้อไวรัส พบว่าสามารถแยกเชื้อชนิด H5N1 ได้จากตัวอย่างจากจังหวัดนครปฐม ส่วนที่จังหวัดสุพรรณบุรี

ไม่พบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีก (ศิริชัย วงษ์นาคเพ็ชร และคณะ 2548) และจากการศึกษาระบาดวิทยาในระดับโมเลกุลของเชื้อไข้หวัดสัตว์ปีกในประเทศไทยของ อลงกร อมรศิลป์ และคณะ (2548) พบว่าเป็นเชื้อไวรัสสายพันธุ์ H5N1 ในกลุ่ม genotype Z ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ มี multiple basic amino acids ที่ HA cleavage site มี 20 amino acids deletion ใน NA stalk region และมี amino acids deletion ใน NS1 ยีน นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคในสัตว์ปีก นกป่า สัตว์ป่า และคนในประเทศไทย มีลักษณะทางพันธุกรรมที่ใกล้เคียงกับเชื้อไวรัสไข้หวัดนกจากประเทศเวียดนาม จึงถูกจัดให้อยู่ในกลุ่ม Thailand and Vietnam lineage และไม่ได้อยู่ในกลุ่มเดียวกับเชื้อจากประเทศ อินโดนีเซีย ส่องกง และจีน จากรายงานของศูนย์ควบคุมโรคไข้หวัดนก กรมปศุสัตว์ ได้สรุปว่าในประเทศไทยที่พบมีการระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 ถึงวันที่ 28 มกราคม พ.ศ.2551 เป็นเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกสายพันธุ์ H5N1 (ศูนย์ควบคุมโรคไข้หวัดนก 2551) ซึ่งเป็นไวรัสกลุ่มที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง (Highly pathogenic avian influenza: HPAI)

แหล่งรังโรค

สัตว์ปีกทุกชนิดมีโอกาสติดเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกได้ มักพบใน ไก่ไข่ ไก่วง ไก่ต๊อก เป็ด ห่าน นกกระทา นกทะเล นกตามชายฝั่ง และสัตว์ปีกอื่นๆ โดยเฉพาะนกเป็ดน้ำที่มีการอพยพระหว่างประเทศ นกเป็ดน้ำจะมีความต้านทานโรคไข้หวัดสัตว์ปีกสูงกว่าสัตว์ปีกชนิดอื่น (วีระชัย ศักดาจิระเจริญ, 2547) นกธรรมชาติบางชนิดติดเชื้อแบบไม่มีอาการแต่กลายเป็นแหล่งรังโรค แพร์โรคให้กับสัตว์ปีกชนิดอื่นๆ ที่ไปสัมผัสได้ สัตว์น้ำเป็นแหล่งเก็บเชื้อ (reservoir) ของเชื้อไวรัส Influenza type A ทั้ง 16 subtype และพบว่าเชื้อไวรัสสามารถแบ่งตัวได้ในลำไส้ของสัตว์ประเภท เป็ดป่า (wild duck) โดยไม่ทำให้สัตว์เกิดอาการและสัตว์เหล่านี้ขับถ่ายเชื้อไวรัสออกมาพร้อมอุจจาระถึง $10^{8.7}$ EID₅₀ (Egg Infection Dose) ต่อกรัม แพร์กระจายอยู่ในแหล่งน้ำธรรมชาติ (มรกตตันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรณ์, 2548) : อารุณี ชัยสิงห์, 2548) สัตว์ปีกที่ได้รับเชื้อไวรัสจะมีอาการแสดงและความรุนแรงของโรคในสัตว์ปีกขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัสและชนิดของสัตว์ปีก (วีระชัย ศักดาจิระเจริญ, 2547: ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2551) เช่น เป็ดไล่ทุ่งอาจไม่มีอาการหรือแสดงอาการน้อย ขณะที่ไก่ในฟาร์มจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วเป็นจำนวนมากภายในระยะเวลาอันสั้น (วีระชัย ศักดาจิระเจริญ, 2547)

การแพร่กระจายเชื้อและการติดต่อ

การแพร่กระจายเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีก มี 3 ลักษณะ คือ

1. การแพร่กระจายระหว่างสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีก จะพบในอุจจาระของสัตว์ที่ติดเชื้อมาแล้วนาน 7 - 14 วัน หรือมากกว่า 14 สัปดาห์ เชื้อไวรัสชอบสิ่งแวดล้อมที่มีความชื้นและอุณหภูมิต่ำ จะสามารถเพิ่มจำนวนได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในนัยคอก (วีระชัย ศักดาจิระเจริญ, 2547) จากการศึกษาของคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (อึ้งใน มรกต ดันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรณ, 2548) พบว่าเชื้อไข้หวัดสัตว์ปีก H5N1 สามารถอยู่ในมูลไก่สดในอุณหภูมิระหว่าง 23 - 25 องศาเซลเซียสในที่ร่ม ไม่สัมผัสแสงแดดโดยตรงได้นานประมาณ 4 วัน และอยู่กลางแดดที่อุณหภูมิระหว่าง 32 - 35 องศาเซลเซียสได้ไม่เกินครึ่งชั่วโมง การแพร่กระจายระหว่างฟาร์ม เกิดจากการเดินเข้าออกฟาร์มโดยไม่ผ่านการล้างด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือจากการทิ้งขยะ มีหนูหรือสัตว์ฟันแทะอื่นๆที่เข้าไปกินอาหารในฟาร์ม นอกจากนี้เชื้อจะถูกพบบนเปลือกไข่ทั้งชั้นนอกและชั้นใน ซึ่งอาจแพร่เชื้อระหว่างการนำเข้าไปยังตู้ฟักได้ (วีระชัย ศักดาจิระเจริญ, 2547)

2. การแพร่กระจายระหว่างสัตว์หรือในฝูงสัตว์ มักผ่านทางเดินหายใจ โดยเชื้อมาจากน้ำคัดหลั่งของสัตว์ที่เป็นโรคฟุ้งกระจายในอากาศ หรือจากการสัมผัสมูลสัตว์ ที่ป่วย ซึ่งนอกจากสัตว์ปีกแล้ว ยังพบว่ามี การติดเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น ในปี พ.ศ. 2547 พบมีการระบาดของโรคไข้หวัดสัตว์ปีก H5N1 ที่สวนเสือแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี มีเสื่อป่วยจากการติดเชื้อมากน้อย 147 ตัว จาก 441 ตัว ซึ่งสาเหตุเกิดจากการที่สวนสัตว์ให้เสื่อกิน โคร่งไก่ดิบที่ติดเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีก H5N1 โดยไม่ทราบมาก่อน (คารินทร์ อารีโยชกชัย และ สุภมิตร ชุณหะสูทธีวัฒน์, 2550) นอกจากนี้ยังมีรายงานการพบเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกในแมว สุนัข สุนัข และสโตนมาร์เต็น (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550)

3. การแพร่กระจายเชื้อจากสัตว์สู่คน เกิดจากการสัมผัสสัตว์ป่วยโดยตรง (droplet and direct contact) และโดยทางอ้อม (indirect contact) จากการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งของสัตว์ป่วยเป็นโรค เช่น สัมผัสกับอุจจาระ น้ำมูก น้ำตา หรือน้ำลายของสัตว์ป่วย (เฉลิมไทย เอกศิลป์ และ สรศักดิ์ โลจันดารัตน์, 2548) ซึ่งเชื้อไข้หวัดสัตว์ปีกชนิด H5N1 เป็นชนิดใหม่สำหรับคนและคนทั่วไปยังไม่มียุคมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อชนิดนี้ หากเกิดการแพร่ระบาดจะทำให้มีคนที่ป่วยจำนวนมากและทำให้มีผู้เสียชีวิตได้เป็นจำนวนมาก (วิชัย โชควิวัฒน์, 2544: ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550)

จากรายงานในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีกมีประวัตินำไก่ที่ป่วยหรือตายจากโรคไข้หวัดสัตว์ปีกมาปรุงอาหารกิน ทำให้เกิดการติดเชื้อ ไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกได้ในระหว่างที่สัมผัสกับสัตว์เหล่านี้ และสัมผัสเชื้อไวรัสระหว่างปรุงอาหาร (คารินทร์ อารีโยชกชัย และ สุภมิตร

ซุนห์สุทธีวัฒน์, 2550) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดสัตว์ปีกคือ ผู้ที่มีอาชีพ เกี่ยวข้องกับ สัตว์ปีกและผู้ที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ปีก เช่น ผู้เลี้ยง ผู้ฆ่า ผู้ขนส่ง-ขนย้าย ผู้ขายสัตว์ปีกและซากสัตว์ปีก เด็กที่ชอบเล่นคลุกคลีกับสัตว์ปีก สัตวบาลและสัตวแพทย์ รวมทั้งผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมที่ ปนเปื้อนเชื้อโรคไข้หวัดสัตว์ปีก (ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 25 51) จาก การศึกษาของ ดารินทร์ อารีย์โชคชัย และ ศุภมิตร ซุนห์สุทธีวัฒน์ (2550) พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2550 ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ ไข้หวัดสัตว์ปีกทั้งสิ้น 25 รายใน 18 จังหวัด เป็นชาย 16 ราย หญิง 9 ราย อายุระหว่าง 1.5-59 ปี (เฉลี่ย 17 ปี) ผู้ป่วยมีประวัติ สัมผัสโดยตรงกับสัตว์ที่สงสัยป่วยตายจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 60) จากการสอบสวนผู้ป่วยยืนยันทั้ง 25 ราย พบว่า ผู้ป่วย 22 ราย (ร้อยละ 80) มีการเลี้ยงไก่ในบ้านที่อยู่อาศัย ผู้ป่วย 15 ราย (ร้อยละ 60) มีการสัมผัสกับซากไก่ที่ตาย และผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 16) ทำการชำแหละไก่ด้วยตนเอง ผู้ป่วยทุก รายมีลักษณะการสัมผัสกับแหล่งรังโรคที่สงสัยอย่างต่อเนื่อง และจากการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีผู้ติดเชื้อ ไข้หวัดสัตว์ปีกเป็นกลุ่ม (Cluster) แต่ยังไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนว่าไวรัส H5N1 สามารถถ่ายทอดโดยตรงจากคนสู่คนได้(มรกต ตันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรณ์, 2548 ประเสริฐ ทองเจริญ, 2550)

อาการของโรคไข้หวัดสัตว์ปีก

อาการในสัตว์

ระยะฟักตัวของโรคไข้หวัดสัตว์ปีก มีตั้งแต่ระยะเวลาเพียงสั้นๆเพียงไม่กี่ชั่วโมงจนถึง 3 วัน และอาการแสดงอาจเป็นระดับที่ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรงขั้นเสียชีวิต ขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัส และสัตว์ที่ได้รับเชื้อ (มรกต ตันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรณ์, 2548 : ศิริชัย วงษ์นาคเพ็ชร และ คณะ, 2548) สัตว์อาจไม่แสดงอาการป่วย แต่จะมีระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น (Seroconversion) ภายหลัง 10-14 วันจึงจะสามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรค (ศิริชัย วงษ์นาคเพ็ชร และคณะ , 2548) สัตว์ที่ป่วย ด้วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีกจะมีอาการซึม ซุบซอม กินอาหารลดลง ขนยุ่ง มีน้ำมูก ไอ จาม หายใจ ลำบาก ปริมาณไข่ลดลงในไก่ไข่ ไก่นี้อาจมีรูปร่างผิดปกติ หน้าบวม หงอนและเหนียงบวม มีสีคล้ำ การเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน ชักกระตุก ท้องเสีย มีจุดเลือดออกสีแดงคล้ายบริเวณเหนียง หงอน และขา นอกจากนี้ในบางกรณีอาจตายกะทันหันโดยไม่แสดงอาการ อัตราการตายของสัตว์จากโรค นี้สูงมาก คือ ประมาณร้อยละ 90 - 100 (มรกต ตันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรณ์ , 2548: ศิริชัย วงษ์นาคเพ็ชร และคณะ, 2548)

อาการในคน

ระยะฟักตัวในคนเฉลี่ย 3 - 8 วัน สูงสุดไม่เกิน 7 วัน (ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2551) สำหรับเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกที่ระบาดในปี พ.ศ. 2540 พบว่ามีระยะฟักตัว 2-4 วัน (Yuen KY, et al., 1998 อ้างใน จูไร วงศ์สวัสดิ์, นาฎพฑู สงวนวงศ์ และ บุญชัย โควาดิสัยบุรณะ, 2550) แต่การระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกในปี พ.ศ. 2547 - 2548 พบว่ามีระยะฟักตัวที่ยาวนานขึ้น โดยอยู่ในช่วง 2 - 8 วัน (Chotpitayasunondh, et al., 2005 อ้างใน จูไร วงศ์สวัสดิ์, นาฎพฑู สงวนวงศ์ และ บุญชัย โควาดิสัยบุรณะ , 2550) ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ทั่วไป คือ เริ่มด้วยอาการมีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เจ็บคอ ไอแห้งๆ กัดจมูก น้ำมูกไหล และอาจมีอาการตาแดงร่วมด้วย บางคนมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดินร่วมด้วย ผู้ป่วยในกลุ่มเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคปอด โรคหัวใจ อาจจะมีอาการรุนแรงได้ (เฉลิมไทย เอกศิลป์ และ สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, 2548) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วยไข้หวัดสัตว์ปีกมีอาการหอบเหนื่อยร้อยละ 76 - 100 และมีอาการระบบทางเดินอาหารได้บ่อยร้อยละ 41-70 โดยอาจจะเป็นอาการนำก่อนที่จะมีอาการทางระบบหายใจ (ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ , 2551) โดยจะมีอาการหอบ หายใจลำบาก เนื่องจากอาการปอดอักเสบรุนแรง (Pneumonia) อาจมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ระบบหายใจล้มเหลว (Acute Respiratory Distress Syndrome) หรือภาวะการทำงานของหลายอวัยวะล้มเหลว (Multi - organ failure) ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (จูไร วงศ์สวัสดิ์, นาฎพฑู สงวนวงศ์ และ บุญชัย โควาดิสัยบุรณะ , 2550: ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ , 2551) แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2548 ที่ประเทศเวียดนามตอนเหนือพบผู้ป่วยทั้งที่อาการไม่รุนแรงและไม่มีอาการ ทำให้อัตราการตายของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในคนลดลง จึงเป็นที่วิตกว่าจะทำให้โรคมียการแพร่กระจายมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงและไม่มีอาการจะสามารถเดินทางไปที่ต่างๆและแพร่กระจายเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกไปยังผู้อื่นได้ด้วย ในรายที่เป็นไม่รุนแรงและไม่มียโรคแทรกซ้อน จะหายได้เองภายใน 2 - 7 วัน (ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2551)

การดูแลรักษา

ผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรง โดยเฉพาะมีประวัติสัมผัสสัตว์ปีกที่ป่วยตายหรืออยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตาย ควรสงสัยโรคไข้หวัดสัตว์ปีกไว้เสมอ ผู้ป่วยรายที่สงสัยควรจัดเข้าห้องแยก ร่วมกับการป้องกันการติดต่อของผู้ดูแลรักษาด้วยอุปกรณ์ป้องกันตัวเอง จนกว่าจะได้รับการยืนยันว่าไม่ใช่ผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีก (เฉลิมไทย เอกศิลป์ และ สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, 2548)

แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไขหวัดสัตว์ปีกประกอบด้วย 3 มาตรการ คือ

1. มาตรการการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคและภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็นการรักษาจำเพาะและการรักษาทั่วไป การรักษาจำเพาะคือการให้ยาต้านไวรัส Oseltamivir (Tamiflu®) ซึ่งจะมีประสิทธิผลเมื่อได้รับภายใน 48 ชั่วโมงหลังพบว่ามีอาการคล้ายกับโรคไขหวัดใหญ่และมีประวัติสัมผัสสัตว์ปีกใน 7 - 14 วันก่อนป่วย (สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์ และ เจริญ ชูเชิดถาวร , 2550) แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านไวรัสตามแนวทางการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ส่วนการรักษาทั่วไปคือ ให้การรักษาตามอาการที่พบในผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การให้ออกซิเจนเพื่อรักษาระดับออกซิเจนในกระแสเลือด (Oxygen saturation) ให้มากกว่าร้อยละ 92 บางรายจำเป็นต้องใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ และในรายที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ควรให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม การให้ยาลดไข้ การให้สารละลายทางเส้นเลือด รวมถึงการสังเกตภาวะการหายใจผิดปกติ (นลินี อัสวโกที , 2547: เฉลิมไทย เอกศิลป์ และ สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์, 2548 : สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์ และ เจริญ ชูเชิดถาวร , 2550)

2. มาตรการป้องกันการติดเชื้อ (Infection control) ในสถานพยาบาล โดยใช้วิธีป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Standard precautions) (ฉลิมไทย เอกศิลป์ และ สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์, 2548) ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาตัวในห้องแยกโรคติดเชื้อที่มีความดันเป็นลบ (Air born infection isolation room) หรืออยู่ในห้องเดี่ยวที่มีประตูปิดมิดชิด บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยควรสวมใส่เครื่องป้องกันการติดเชื้อ (Personal protective equipment) ซึ่งประกอบด้วย หน้ากากอนามัยชนิด N-95 เสื้อกาวน์แขนยาว หน้ากากหรือแว่นตา ถุงมือ และรองเท้าบู๊ต บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคไขหวัดสัตว์ปีกไม่ควรไปดูแลผู้ป่วยอื่น นอกจากนี้ควรจำกัดจำนวนญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยมให้น้อยที่สุดและสวมใส่เครื่องป้องกันการติดเชื้อให้ถูกต้องก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย (สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์ และ เจริญ ชูเชิดถาวร, 2550)

3. มาตรการควบคุมป้องกันในกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะติดโรคหรือผู้สัมผัสโรค โดยให้การดูแลควบคุมอย่างใกล้ชิดและให้การรักษาดังแต่ในระยะแรกของโรค ผู้ที่สัมผัสกับคนหรือสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตาย ต้องวัดอุณหภูมิร่างกายวันละ 2 ครั้ง เผาดูอาการนาน 7 วัน ถ้าผู้สัมผัสโรคมีอาการไข้ หายใจหอบ อูจาระร่วง หรืออื่นๆ ต้องรีบให้การรักษาแบบผู้ป่วยไขหวัดสัตว์ปีก โดยให้ยา Oseltamivir ทันทีและตรวจหาเชื้อต่อไป (ฉลิมไทย เอกศิลป์ และ สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์, 2548 : สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์ และ เจริญ ชูเชิดถาวร, 2550)

การทำลายเชื้อ

การทำลายเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกสามารถทำลายได้ด้วยความร้อน เช่น ในสภาพที่มีอุณหภูมิ 56 องศาเซลเซียสหรือสูงกว่า นาน 3 ชั่วโมง หรือสภาพที่มีอุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส นาน 30 นาทีขึ้นไป (มรกต ตันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรณ, 2548 : ศิริชัย วงษ์นาคเพ็ชร และ คณะ, 2548) นอกจากนี้เชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกยังไม่ทนต่อความแห้งและสามารถทำลายได้ง่ายๆ ด้วยสารเคมีที่มีคุณสมบัติในการละลายไขมัน (Lipid solvent) ได้แก่ สารที่มีส่วนประกอบของ ฟอรัมาลิน (Formaline) เบต้าโพรไพโอแลคโตน (Betapropiolactone) ออกซิไดเอเจน (Oxidizing agents) ไฮดรอกซีลามีน (Hydroxylamine) แอมโมเนียมไอออน (Ammonium ion) และไอโอดีนคอมพาวด์ (Iodine compounds) (อารุณี ชัยสิงห์, 2548) และผงซักฟอก น้ำยาฆ่าเชื้อทั่วไปและแสง UV สามารถทำลายเชื้อไวรัส H5N1 ได้ (วีระชัย สักดาจิระเจริญ, 2547)

ผลกระทบจากโรคไข้หวัดสัตว์ปีก

จากวิกฤตการระบาดของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกชนิด A สายพันธุ์ H5N1 ที่เจตปกรองพิเศษฮ่องกงในปี พ.ศ. 2540 และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้งประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ที่ผ่านมา ได้ก่อความสูญเสียต่อชีวิตมนุษย์ เศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก (ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ นวกรณ์ วิมลสารวงศ์, 2550) จากมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต การป่วยตายของสัตว์และการทำลายสัตว์ปีก เนื่องจากเป็นไวรัสกลุ่มที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง (Highly pathogenic avian influenza: HPAI) อาจติดต่อสู่คนทำให้ป่วยและเสียชีวิตได้ ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจโดยรวม ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย การติดเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกในคนมีความรุนแรงสูงมาก มีอัตราการตายถึงร้อยละ 60 - 80 (มกค อุยประเสริฐกุล และ ประเสริฐ เอื้อวรากุล, 2550) การระบาดของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในคนตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2546 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 มีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในคนทั้งหมด 12 ประเทศ (สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์ และ เจริญ ชูเชิดถาวร, 2550) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยถึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีตั้งแต่ 0 ถึง 18 วัน (ค่ามัธยฐาน 5 วัน, n = 173) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงเสียชีวิตนานตั้งแต่ 2 ถึง 30 วัน (ค่ามัธยฐาน 9 วัน, n = 135) และอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 60 (Liu, et al., 2005 และ Chen, et al., 2005 อ้างใน สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์ และ เจริญ ชูเชิดถาวร 2550) ส่วนการระบาดของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในประเทศไทยในช่วงตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2547 ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยและตายด้วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีกจำแนกรายปีได้ ดังนี้ ปีพ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีกจำนวน 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 70.6 ปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีก

จำนวน 5 ราย เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 40.0 และปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดสัตัวปีกจำนวน 3 ราย เสียชีวิตทั้ง 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 100 (อุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล และ วรณา หาญเชาว์วรกุล , 2550) และจากการศึกษาของ ดารินทร์ อารีย์โชคชัย และ สุภมิตร ชุมห์สุทธิวัฒน์ (2550) พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 จนถึงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2550 ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไข้หวัดสัตัวปีกทั้งสิ้น 25 ราย ใน 18 จังหวัด มีอายุระหว่าง 1.5 - 59 ปี (เฉลี่ย 17 ปี) เป็นผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 12 ราย (เสียชีวิต 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 75) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 13 ราย (เสียชีวิต 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 62) จะเห็นได้ว่าโรคไข้หวัดสัตัวปีกในคนก่อเกิดความสูญเสียต่อสุขภาพร่างกายและชีวิต จากอัตราการป่วยตายที่สูง โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี

ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตัวปีกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องอยู่ในห้องแยกโรคติดเชื้อหรืออยู่ในห้องเดี่ยวที่มีประตูปิดมิดชิด และจำกัดจำนวนญาติเข้าเยี่ยมให้น้อยที่สุดและสวมใส่เครื่องป้องกันการติดเชื้อขณะเข้าเยี่ยม (สรศักดิ์ โลจจินคาร์ตัน และ เจริญ ชูเชิดถาวร , 2550) อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและต้องแยกจากครอบครัว นอกจากตัวผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบแล้ว ยังเกิดผลกระทบกับประชาชนทั่วไปด้วย เช่น กรณีไข้หวัดสัตัวปีกที่ฮ่องกงในปี ค.ศ. 1997 ประชาชนเลิกบริโภคไก่เพราะกลัวติดโรค มีการปิดตลาดขายไก่เพื่อทำความสะอาดประมาณ 2,200 แห่งและทำลายไก่ทั่วเกาะฮ่องกงประมาณ 1.7 ล้านตัว เพื่อการควบคุมโรค (วิชัย โชควิวัฒน์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคไข้หวัดนกและมาตรการฟื้นฟูของภาครัฐและเอกชน ของ สุชน ตั้งทวิวัฒน์ และคณะ (2548) ที่พบว่าในช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคไข้หวัด นก ประชาชนเกิดความวิตกกังวลไม่กล้าบริโภคสัตัวปีกและผลิตภัณฑ์ของสัตัวปีก เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ อรุณี เผ่าพงษ์ (2548) ที่ศึกษาผลกระทบโรคไข้หวัดนกในชุมชนตำบลสบเตี๊ยะ อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประชาชนเกิดความกลัว ไม่กล้าบริโภค ไม่ซื้อสัตัวปีกและไก่ พฤติกรรมการเล่นไก่ชนลดลง

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การระบาดของโรคไข้หวัดสัตัวปีกในประเทศไทยในช่วงวันที่ 23 มกราคม - 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2547 ทำให้ต้องมีการทำลายสัตัวปีกรวมทั้งสัตัวปีกของเกษตรกรที่ป่วยตาย รวม 60,811,081 ตัว ภาครัฐต้องจ่ายเงินชดเชยทั้งสิ้น 5,186,231,843 บาท และในช่วงการระบาดในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2547 - เมษายน พ.ศ. 2548 มีการทำลายสัตัวปีกจำนวน 3,226,115 ตัว ภาครัฐต้องจ่ายเงินชดเชยทั้งสิ้น 192,061,788 บาท (คณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาไข้หวัดนก กระทรวงสาธารณสุข, 2551) และจากการศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคไข้หวัดนกและมาตรการฟื้นฟูของภาครัฐและเอกชนของ สุชน ตั้งทวิวัฒน์ และคณะ (2548) พบว่าในช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดสัตัวปีก ประชาชนเกิดความวิตก

กังวล ไม่กล้าบริโภคน้ำสัตว์ปีกและผลิตภัณฑ์ของสัตว์ปีก ทำให้เกษตรกร ผู้ค้าและผู้ประกอบการ ธุรกิจที่เกี่ยวข้องมีรายได้จากการประกอบการลดลงไปถึงร้อยละ 75 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี เผ่าพงษ์ (2548) ที่ศึกษาผลกระทบโรคไข้หวัดนกในชุมชนตำบลสบเตี๊ยะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประชาชนเกิดความกลัว ไม่กล้าบริโภคน้ำสัตว์ปีก รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนในการซื้ออาหารประเภทไก่ ไข่ เพื่อการบริโภคในช่วงเกิดการระบาดและหลังการระบาดลดลง นอกจากนี้การระบาดของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกยังก่อเกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจการค้าระหว่างประเทศอย่างมาก การดำเนินธุรกิจการส่งออกผลิตภัณฑ์สัตว์ปีกหยุดชะงัก สูญเสียรายได้เข้าประเทศ เนื่องจากองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) จัดให้โรคไข้หวัดสัตว์ปีกอยู่ใน List A ซึ่งเป็นกลุ่ม โรคระบาดสัตว์ที่อันตรายร้ายแรงมากและมีความสำคัญต่อการค้าสัตว์ปีกและผลิตภัณฑ์สัตว์ปีกระหว่างประเทศ เนื่องจากถูกจัดเป็นข้อกีดกันทางการค้าระหว่างประเทศ (อรุณี ชัยสิงห์, 2548) โดยก่อนที่จะมีการเปิดตลาดสินค้าสัตว์ปีกระหว่างประเทศ ประเทศที่จะส่งออก ต้องผ่านการตรวจสอบสถานะของโรคสัตว์ปีกที่สำคัญๆก่อน โดยเฉพาะ กลุ่มโรคที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงมาก (Highly pathogenic avian influenza: HPAI) ซึ่งประเทศที่จะอยู่ในสถานะปลอดโรค HPAI ได้ ต้องไม่เคยมีการระบาดของโรคอย่างน้อย 3 ปี และถ้าเกิดระบาดของโรคเหล่านี้ขึ้นในประเทศที่ผลิตสินค้าสัตว์ปีกส่งออก ประเทศคู่ค้าจะมีมาตรการป้องกันโรคโดยระงับการนำเข้าสินค้าสัตว์ปีกทันที จนกว่าประเทศผู้ส่งออกจะกลับคืนสู่สถานะปลอดโรคอย่างน้อย 6 เดือนหลังการทำลายสัตว์ผู้สูงสุดท้าย (OIE, 2000 อ้างใน อรุณี ชัยสิงห์, 2549) หากพบการเกิดโรคไข้หวัดสัตว์ปีกจะส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมเลี้ยงสัตว์ปีกทั้งระบบ ทั้งยังทำให้มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของประเทศทั้งด้านการค้าและการท่องเที่ยวอย่างรุนแรง

นอกจากนี้การระบาดของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกยังมีผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุข ดังการศึกษาของ สุชน ตั้งทวีวัฒน์ และคณะ (2548) ที่ศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคไข้หวัดนกและมาตรการฟื้นฟูของภาครัฐและเอกชน พบว่าร้อยละ 73 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน ได้แก่ แพทย์ประจำตำบล หัวหน้าสถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระบุว่ามีการระงับเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบทบาทการให้ความรู้แก่ชุมชนและการให้คำแนะนำ

จะเห็นได้ว่าการเกิดโรคไข้หวัดสัตว์ปีกนอกจากจะทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ เนื่องจากมีอัตราป่วยตายสูงในคน ต้องกำจัดและทำลายสัตว์ปีกจำนวนมากเพื่อการควบคุมโรค รัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณ เพื่อให้การช่วยเหลือและการจ่ายเงินชดเชยแก่เกษตรกร ผู้ประกอบการ รวมทั้งการฟื้นฟูเศรษฐกิจการค้าระหว่างประเทศ และยังคงต้องใช้งบประมาณด้านอัตรากำลังเจ้าหน้าที่อีกจำนวนมากในการ

ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องแก้ปัญหาร่วมกัน จากทุกภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน รัฐบาลได้มีการ กำหนดแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดสัตว์ปีก พ.ศ. 2548-2550 เพื่อควบคุมการแพร่ระบาด ในสัตว์และป้องกันการแพร่ระบาดมาสู่คน ทั้งยังมีความต่อเนื่องในแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไข และเตรียมพร้อมรับปัญหาไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 - 2553 เพื่อแก้ไขและควบคุมการแพร่ระบาดโรคไข้หวัดสัตว์ปีกแบบบูรณาการ มีการดำเนินการ อย่างเป็นระบบ ตลอดจนมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ดังนี้

แผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาไข้หวัดนก ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2548 - 2550)

โรคไข้หวัดสัตว์ปีกได้เริ่มระบาดในประเทศไทยครั้งแรกในต้นปี พ.ศ.2547 และมี แนวโน้มว่าจะกลายเป็นโรคประจำถิ่น หากไม่มีมาตรการควบคุมป้องกันที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ และหากเชื้อไข้หวัดสัตว์ปีกเกิดการเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ หรือมีการกลายพันธุ์จนสามารถติดต่อได้ ง่าย นำไปสู่การระบาดที่รุนแรง ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากได้ การแก้ไขปัญหาไข้หวัดสัตว์ปีก จำเป็นต้องดำเนินงานอย่างบูรณาการและเป็นระบบ เพราะปัญหามีความซับซ้อนเกี่ยวกับปัจจัย หลายด้าน คณะกรรมการพิจารณาแก้ไขสถานการณ์โรคไข้หวัดนกได้ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การแก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก พ.ศ. 2548 - 2550 โดยมุ่งเน้นประเด็นที่มีความจำเป็นเร่งด่วนและมี ลำดับความสำคัญสูงเป็นหลัก

เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2548 - 2550)

1.เป้าหมายการควบคุมการแพร่ระบาดในสัตว์

1.1 ไม่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดในสัตว์ปีกเศรษฐกิจภายใน 2 ปี

1.2 ลดการแพร่ระบาดจนไม่เป็นปัญหาของโรคไข้หวัดในสัตว์ปีกพื้นเมือง ไก่ชน สัตว์ปีกสวยงาม และสัตว์ปีกต่างถิ่นภายใน 3 ปี

1.3 ไม่มีการแพร่ระบาดในสัตว์อื่นๆ ภายใน 3 ปี

2.เป้าหมายการควบคุมการแพร่ระบาดในคน

2.1 ไม่มีการติดต่อจากสัตว์สู่คนภายใน 2 ปี

2.2 ประเทศไทยมีความพร้อมในการรองรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่อย่างมี ประสิทธิภาพภายใน 1 ปี

แผนยุทธศาสตร์มีทั้งหมด 6 ยุทธศาสตร์ เชื่อมโยงซึ่งกันและกันดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาการจัดการระบบปลอดสัตว์ที่ปลอดโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ สัตว์ปลอดโรคและผู้บริโภคมีความปลอดภัย โดยมีมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- 1.ปรับปรุงรูปแบบและระบบการเลี้ยงในสัตว์ปีกพื้นเมือง สัตว์ปีกสวยงาม ไก่ชนและเป็ดไล่ทุ่ง ให้ถูกหลักสุขาภิบาล มีการจัดทำสมุดประจำตัวไก่ชนโดยเฉพาะเมื่อมีการเคลื่อนย้าย
- 2.พัฒนาระบบการแบ่งเขต เพื่อกำหนดพื้นที่ควบคุมการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีก
- 3.พัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรคในสัตว์ปีกที่มีประสิทธิภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- 4.เฝ้าระวังและควบคุมไข่หวัดนกในสัตว์ปีกธรรมชาติ
- 5.ศึกษาสถานการณ์และเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการใช้วัคซีนป้องกันโรคในสัตว์ปีก
- 6.ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเฝ้าระวังและควบคุมเมื่อเกิดการระบาดของโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถตรวจจับการเกิดโรคไข้หวัดนกได้อย่างฉับไว และติดตามเปลี่ยนแปลงของปัญหาได้อย่างใกล้ชิด โดยมีมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- 1.เฝ้าระวังและควบคุมโรคในสัตว์ โดยให้มีการเฝ้าระวังเชิงรุก และรายงานการเกิดโรคภายใน 12 ชั่วโมง ทำลายสัตว์ป่วยและซากสัตว์ และทำลายเชื้อในฟาร์ม ควบคุมการขนย้ายและพิจารณาการใช้วัคซีนอย่างเหมาะสม
- 2.เฝ้าระวังและควบคุมโรคในคน โดยเตรียมการเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เตรียมยาต้านไวรัสและวัคซีนไข้หวัดใหญ่
- 3.เตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่
- 4.จัดตั้งกลไกเฉพาะกิจในลักษณะบูรณาการทุกระดับ เพื่อเป็นศูนย์บัญชาการเมื่อเกิดการระบาด เพื่อควบคุมโรคให้ได้เร็วที่สุด

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างและจัดการความรู้เรื่องไข้หวัดนก มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาไข้หวัดนกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- 1.สร้างองค์ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคไข้หวัดนกทั้งในคนและสัตว์
- 2.พัฒนาวัคซีนให้พร้อมใช้เมื่อเกิดการระบาดทั้งในสัตว์และในคน
- 3.พัฒนาชุดตรวจวินิจฉัยโรค ให้สามารถคัดกรองปัญหาได้อย่างรวดเร็ว
- 4.พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเพื่อรักษาไข้หวัดนก
- 5.จัดให้มีองค์กรกลางทำหน้าที่จัดองค์ความรู้ โดยมีบุคลากรทำงานเต็มเวลา

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างเสริมศักยภาพขององค์กรและบุคลากร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรและบุคลากรที่ทำงานด้านระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคทุกระดับ โดยมีมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในคน โดยการให้มีหน่วยระบาดวิทยาเฝ้าระวังทุกอำเภอ รวมทั้งการผลิตและพัฒนานักระบาดวิทยาระดับสูงและนักวิชาการสาขาอื่นๆ
2. พัฒนาศักยภาพการชันสูตรโรคในคน จัดระบบและสร้างเครือข่ายศูนย์ปฏิบัติการทั้งส่วนกลาง ภูมิภาค และในโรงพยาบาลในการชันสูตรโรคใช้หัตถ์คนในคน
3. ควบคุมโรคใช้หัตถ์คนในโรงพยาบาล โดยพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ด้านโรคติดเชื้อ และให้มีห้องแยกผู้ป่วยหรือผู้สงสัยว่าป่วยโรคติดต่อร้ายแรง
4. พัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในสัตว์ โดยผลิตพัฒนา และสร้างแรงจูงใจให้แก่สัตวแพทย์ นักระบาดวิทยาระดับสูง และส่งเสริมบทบาทนักอนุรักษสัตว์ป่า
5. พัฒนาประสิทธิภาพห้องปฏิบัติการชันสูตรโรคใช้หัตถ์คนในสัตว์ที่มีความปลอดภัยระดับสูง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและธุรกิจ โดยมีวัตถุประสงค์คือ ส่งเสริมบทบาทภาคประชาสังคมในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค มีมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. ส่งเสริมการรวมกลุ่มจัดตั้งตนเองเพื่อการประสานงานระหว่างผู้ประกอบการและเกษตรกรรายย่อย และผู้ที่มีอาชีพเกี่ยวข้อง
2. พัฒนาเครือข่ายอาสาสมัคร เพื่อเป็นระบบเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคของชุมชน
3. พัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะทุกระดับ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาระบบและกลไกการจัดการเชิงบูรณาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบและกลไกการจัดการปัญหาใช้หัตถ์คนอย่างมีประสิทธิภาพและมีเอกภาพ โดยมีมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. พัฒนากลไกการจัดการปัญหาใช้หัตถ์คนในภาวะปกติ โดยดำเนินโครงการจัดตั้งกลไกบริหารจัดการองค์ความรู้ โดยมีทีมงานทำงานเต็มเวลา และดำเนินงานเป็นองค์กรถาวรในระยะต่อไป
2. พัฒนากลไกการจัดการปัญหาในภาวะที่มีการระบาด จัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติ และศูนย์ปฏิบัติการแห่งชาติ และพัฒนาระบบบริหารจัดการระดับพื้นที่

แผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก่ไข และเตรียมพร้อมรับมือปัญหาไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรค ไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551 - 2553)

การกำหนดยุทธศาสตร์ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ 2 เป็นการนำยุทธศาสตร์จากในแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ 1 มาบูรณาการและจัดกลุ่ม เพื่อให้มีแนวทางและมาตรการดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ และกำหนดเป้าหมายของแต่ละยุทธศาสตร์ สอดรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อป้องกัน ควบคุมและเฝ้าระวังโรค การเสริมสร้างและจัดการองค์ความรู้ การพัฒนาบุคลากรและประชาสัมพันธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ยุทธศาสตร์หลักของแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ 2 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การจัดระบบการผลิตและเลี้ยงสัตว์ปีก มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมให้สัตว์ปลอดโรค ผู้ผลิตสัตว์ปีก ประชาชนและผู้บริโภคมีความปลอดภัย มีความมั่นใจการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบสัตว์ปีก เพื่อพัฒนาระบบการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกและผลิตภัณฑ์ ทั้งในด้านบรรจุภัณฑ์และพาหนะเคลื่อนย้าย ให้สามารถตรวจพบการเกิดโรคไข้หวัดนกได้อย่างฉับไว และติดตามการเปลี่ยนแปลงของปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการตรวจสอบย้อนกลับ (Traceability) ของการผลิตสัตว์ปีก และเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูและเยียวยาผลกระทบจากการระบาดของโรคไข้หวัดนกต่อผู้ผลิตสัตว์ปีก ในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม มีมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการเลี้ยงสัตว์ปีก ในการจัดระบบการเลี้ยงสัตว์ปีกพื้นเมือง เป็ด ไก่ทุ่ง ไก่ชน และสัตว์ปีกเชิงพาณิชย์ โดยเน้นระบบการเลี้ยงแบบแยกส่วน

2. ควบคุมและตรวจการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกและซากสัตว์ปีก โดยตั้งจุดตรวจทั่วประเทศ พร้อมทั้งพัฒนาระบบการออกใบอนุญาตเคลื่อนย้าย และประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องไข้หวัดนก เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

3. พัฒนาบุคลากรและถ่ายทอดความรู้ให้แก่เกษตรกร ผู้ประกอบการ และลูกจ้างในกิจการเลี้ยงสัตว์ปีก โดยเน้นการฝึกอบรมเรื่องการเลี้ยงสัตว์ปีกที่ถูกต้องให้สามารถป้องกันโรคไข้หวัดนกได้

4. ส่งเสริมระบบการฆ่าสัตว์ปีกให้มีมาตรฐาน โดยตรวจสอบผลิตภัณฑ์สัตว์ปีกในท้องตลาดอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะนำมาตราการทางด้านกฎหมายมาบังคับใช้

5. ฟื้นฟูระบบการเลี้ยง พันธุ์ และการตลาดของสัตว์ปีกสวยงามที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาโรคไข้หวัดนกในช่วงการระบาดที่ผ่านมา

6. จัดทำระบบการตรวจสอบย้อนกลับในอุตสาหกรรมสัตว์ปีกเชิงธุรกิจ โดยนำระบบที่สามารถนำหลักมาตรฐาน รวมทั้งซอฟต์แวร์ระบบงานสำเร็จรูป ระบบการตรวจสอบย้อนกลับมาใช้

เพื่อตอบสนองต่อข้อระบุมความคืบหน้าด้านหน้าทั้งงานและด้านการเชื่อมโยงของข้อมูลในอุตสาหกรรม
ไก่เนื้อส่งออก

7.ศึกษาและวิจัยด้านการปรับระบบการเลี้ยงสัตว์ปีกและปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้หวัดนกใน
ระหว่างการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกและซากสัตว์ปีก

8.ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ความรู้แก่เกษตรกรและผู้ประกอบการด้านปศุสัตว์ในการร่วม
ป้องกัน ควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคทั้งในสัตว์และคน มีวัตถุประสงค์
เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคทั้งในสัตว์และในคน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่
ระบาดของโรคและสามารถควบคุมสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดนกได้อย่างรวดเร็ว เพื่อ
พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคให้สามารถตรวจพบการเกิดโรคไข้หวัดนกและโรคไข้หวัดใหญ่สาย
พันธุ์ใหม่อย่างฉับไว เพื่อเสริมศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศให้สามารถดูแล
รักษาผู้ป่วยไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งป้องกันการติดเชื้อในสถาน
บริการและการติดเชื้อของบุคลากรปฏิบัติงาน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการวิจัยโรคไข้หวัดนก
รองรับสถานการณ์ที่อาจเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่ มีมาตรการและแนว
ทางการดำเนินการ ดังนี้

1.พัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมบุคลากรในการฝึกอบรมแพทย์ สัตวแพทย์และ
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก รวมทั้งเฝ้าระวัง
วินิจฉัยโรค ดูแลและรักษาพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการแก้ไขปัญหาโรค
ไข้หวัดนกกับต่างประเทศ

2.พัฒนาศักยภาพของห้องปฏิบัติการเพื่อการชันสูตรโรคในสัตว์และคน ทั้งในส่วนกลาง
และส่วนภูมิภาคโดยพัฒนาห้องปฏิบัติการให้มีความปลอดภัยในระดับที่เหมาะสม สร้างเครือข่าย
ห้องปฏิบัติการ รวมทั้งพัฒนาห้องปฏิบัติการเคลื่อนที่

3.พัฒนาศักยภาพในการดูแลวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก โดยพัฒนาแนวทาง
และมาตรฐานในการดูแล วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

4.วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์ เฝ้าระวังและควบคุมโรค องค์ความรู้
ด้านไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่ บุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและเชิงนโยบาย
และพัฒนาระบบฐานข้อมูล

5.เฝ้าระวังโรคสัตว์ปีก โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการในระยะฉุกเฉิน สร้างเครือข่ายการเฝ้า
ระวังในพื้นที่พร้อมทั้งรณรงค์ค้นหาโรคเชิงรุก

6. ไข้ระวังโรคนกในนกธรรมชาติ นกอพยพ และสัตว์ภายในสวนสัตว์ โดยกรมรงค์จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการไข้ระวัง ติดตาม และควบคุมป้องกันการระบาดในนกธรรมชาติและนกอพยพรวมทั้งสำรวจและเก็บตัวอย่างสัตว์ในสวนสัตว์และสาธารณะ

7. ไข้ระวังไข้หวัดนกที่มีความรุนแรงต่ำ (Low Pathogenic Avian Influenza) โดยการสุ่มเก็บตัวอย่างจากสัตว์ปีก เพื่อตรวจหาไวรัสที่มีความรุนแรงต่ำ และกำหนดมาตรการควบคุมมิให้แพร่กระจายออกไป

8. ไข้ระวังและควบคุมโรคในคน โดยไข้ระวังผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่ และผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ตลอดจนสอบสวนและควบคุมการระบาดจากผู้ป่วยไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ไข้ระวังผู้ป่วยปอดอักเสบและไข้หวัดใหญ่ในสถานบริการสาธารณสุข

9. ควบคุมโรคเมื่อสงสัยว่ามีโรคไข้หวัดนกเกิดขึ้น โดยการทำลายสัตว์ปีก พ่นน้ำยาฆ่าเชื้อในจุดเกิดเหตุ พร้อมทั้งห้ามการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกและสอบสวนโรคอย่างต่อเนื่อง

10. จัดการและสนับสนุนเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคไข้หวัดนก เช่น น้ำยาฆ่าเชื้อ ชุดปฏิบัติงาน วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่ ยาต้านไวรัส ชุดทดสอบไข้หวัดใหญ่ อุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งติดตามอาการข้างเคียงจากการรับวัคซีน

11. สื่อสารและประชาสัมพันธ์ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกรวมทั้งติดตามประเมินผลการรับรู้ข่าวสารของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเตรียมความพร้อมรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ เตรียมพร้อมรับสถานการณ์การแพร่ระบาด โดยให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยและการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาเมื่อการระบาดใหญ่ เพื่อลดการป่วย การตาย และลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม อันเนื่องมาจากการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ รวมทั้งให้ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศเป็นไปโดยปกติเมื่อเกิดการระบาดใหญ่ มีมาตรการและแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

1. พัฒนาระบบงานปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาทีมแพทย์และพยาบาลในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ในภาวะฉุกเฉินและศูนย์สื่อสารมวลชนอย่างเป็นระบบรวมทั้งซ้อมแผนรองรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ทุกระดับ

2. พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกัน ทั้งด้านองค์ความรู้ของบุคลากรในทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งการเตรียมพร้อมของสถานบริการ

3. พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการผู้ป่วยและการปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉิน ในการ จัดหาวัคซีนไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ขนาดใหญ่และยาต้านไวรัส รวมทั้งดูแลและตรวจสอบการ นำเข้าวัคซีนไขหวัดนกและยาต้านไวรัสไขหวัดใหญ่

4. พัฒนาระบบและมาตรการควบคุมพื้นที่เสี่ยง โดยจัดเตรียมโรงพยาบาลสนามและความ พร้อมในการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ในชุมชนระหว่างเกิดการระบาดของโรคไขหวัดใหญ่

5. พัฒนาศักยภาพการตรวจคัดกรอง (เดินทางระหว่างประเทศ) โดยพัฒนาด้านควบคุม โรคติดต่อระหว่างประเทศ รวมทั้งด้านบริเวณชายแดน และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ที่จุดตรวจลง ทรายอย่างเข้มงวด

6. พัฒนาศักยภาพการผลิตวัคซีนและยาในประเทศ เพื่อการพึ่งพาตนเองในระยะยาว โดย จัดตั้งโรงงานผลิตวัคซีนไขหวัดใหญ่ขนาดใหญ่และยาต้านไวรัสในประเทศ และพัฒนาบุคลากร ด้านการวิจัยในการผลิตวัคซีนระดับอุตสาหกรรม

7. พัฒนาศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคโดยมาตรการที่ไม่ใช่เวชภัณฑ์ (Non - pharmaceutical interventions) เพื่อให้ประชาชนทุกชุมชนในประเทศมีความสามารถสูงสุดที่จะ พึ่งตนเองในการป้องกันและลดความสูญเสียจากการระบาดของโรคไขหวัดใหญ่ ในสถานการณ์ ที่ยังไม่มียาหรือวัคซีนป้องกันโรค หรือมีในปริมาณไม่เพียงพอ

8. ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนด้านการป้องกันการติดเชื้อและ แพร่เชื้อไขหวัดใหญ่ การดูแลช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการเตรียมพร้อมให้ ดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยในภาวะการระบาดใหญ่

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาคประชาชน ภาคธุรกิจ และนานาชาติ ประเทศ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมบทบาทของภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาคธุรกิจ ในการ ป้องกันและควบคุมการระบาดของไขหวัดนกและไขหวัดใหญ่อย่างเข้มแข็งร่วมกับทางราชการ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายอาสาสมัครในการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคระบาด ซึ่งเป็นระบบของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศในการ ป้องกัน ควบคุมโรคและรักษาสิทธิประโยชน์ของประเทศไทย เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและสร้าง ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ต่อนานาชาติประเทศเกี่ยวกับสถานการณ์ไขหวัดนกในประเทศไทยทั้งในและนอกฤดูระบาด และเพื่อ รักษาและส่งเสริมภาพลักษณ์และผลประโยชน์ของประเทศในด้านเศรษฐกิจ มีมาตรการและแนว ทางการดำเนินการ ดังนี้

1. พัฒนาเครือข่ายภาคประชาชน โดยส่งเสริมบทบาทของภาคประชาชนในการป้องกัน ควบคุมและเฝ้าระวังโรคไขหวัดนกและไขหวัดใหญ่ พร้อมทั้งรณรงค์การปรับพฤติกรรมอนามัย

2. สนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มเกษตรกรและสหกรณ์ผู้เลี้ยงสัตว์ปีกรายย่อย เพื่อความเข้มแข็งของเกษตรกร ทั้งด้านการผลิตและการตลาด ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้วิชาการใหม่ๆ

3. พัฒนาความร่วมมือกับภาคธุรกิจในการเตรียมพร้อมเมื่อมีการระบาดใหญ่ ทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสารของสถานการณ์ไข้หวัดนก และมีการระดมทรัพยากรจากภาคธุรกิจ เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่

4. พัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ ทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี รวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศ โดยเน้นการสนับสนุนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์จากสต็อกในระดับภูมิภาค ความร่วมมือและการช่วยเหลือทางห้องปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของโรคไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่ รวมทั้งซ้อมแผนรับมือการระบาดในระดับทวิภาคี

5. พัฒนาระบบบริหารจัดการระหว่างประเทศ โดยการประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคไข้หวัดนก ในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการระบาดไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่

6. ศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือระหว่างประเทศและประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งในกรอบทวิภาคีและพหุภาคี

7. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ โดยการนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องทันสถานการณ์ต่อประชาชน และแนวทางความร่วมมือกับเครือข่ายต่างๆ ตลอดจนประชาสัมพันธ์ข้อมูลความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน

แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก (ศูนย์ปฏิบัติการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

โรคไข้หวัดสัตว์ปีกเป็นโรคที่มีความรุนแรง กระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนและภาวะเศรษฐกิจอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงมีแนวทางปฏิบัติสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกแก่ประชาชนแต่ละกลุ่ม ดังนี้

ผู้บริโภคนก ไก่และผลิตภัณฑ์จากไก่

1. เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร การบริโภคนกเนื้อสัตว์รวมทั้งเนื้อไก่และไข่ไก่โดยทั่วไปจึงควรรับประทานเนื้อที่ปรุงสุกเท่านั้น เนื่องจากเชื้อโรคต่างๆอาจปนเปื้อนมาไม่ว่าจะเป็นไวรัส แบคทีเรีย หรือพยาธิ จะถูกทำลายด้วยความร้อน

2. เนื้อไก่และไข่ไก่ที่มีขายอยู่ตามท้องตลาดถือว่ามีความปลอดภัย สามารถบริโภคได้ตามปกติ แต่ต้องรับประทานเนื้อไก่หรือไข่ไก่ที่ปรุงสุกเท่านั้น งดการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกึ่งสุกกึ่งดิบ

3. เลือกรับประทานไข่ที่ปรุงสุกอย่างดี โดยเฉพาะในช่วงที่มีปัญหาโรคระบาดในไก่

ผู้ประกอบอาหาร

ผู้ประกอบอาหารทั้งเพื่อการจำหน่ายและแม่บ้านที่เตรียมอาหารในครัวเรือน เป็นผู้มีความสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อจากอาหาร กระทรวงสาธารณสุขเน้นการป้องกัน ดังนี้

1. ควรเลือกซื้อเนื้อไก่และผลิตภัณฑ์ไก่จากแหล่งที่มีการรับรองมาตรฐานหรือร้านค้าประจำ และเลือกซื้อไก่สดที่ไม่มีลักษณะบ่งชี้ว่าอาจตายด้วยโรคติดเชื้อ เช่น มีเนื้อสีคล้ำ มีจุดเลือดออก เป็นต้น สำหรับไข่ควรเลือกฟองที่ดูสดใหม่และไม่มีมูลไก่ติดเปื้อนที่เปลือกไข่ ก่อนปรุงควรนำมาล้างให้สะอาด

2. ไม่ใช้มือที่เปื้อนมาจับต้องจุ่ม ตาและปาก และหมั่นล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจับต้องเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์และเปลือกไข่ที่มีมูลสัตว์เปื้อน

3. ควรแยกเขียงสำหรับหั่นเนื้อไก่และมีเขียงสำหรับหั่นอาหารที่ปรุงสุกแล้วหรือผักผลไม้ โดยเฉพาะ ไม่ใช่เขียงเดียวกัน

เกษตรกรผู้เลี้ยงไก่

เกษตรกรผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงไก่รวมทั้งผู้เลี้ยงสัตว์และผู้ที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ในฟาร์มที่มีการระบาดเป็นกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการติดโรคจากสัตว์ ดังนั้นจึงควรปฏิบัติตามคำแนะนำของกรมปศุสัตว์โดยเคร่งครัด ดังนี้

1. เกษตรกรผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงไก่ ต้องป้องกันไม่ให้สัตว์อื่น ๆ รวมทั้งนกทุกชนิด และสัตว์พาหะนำโรค เช่น หนู หรือสัตว์ฟันแทะอื่น ๆ เข้ามาในโรงเรือน เพราะอาจนำเชื้อโรคเข้ามาแพร่ให้ไก่ได้ นอกจากนั้นจะต้องรักษาความสะอาดในโรงเรือนให้ดียิ่งขึ้น และหากมีไก่ป่วยหรือตายไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ในพื้นที่ทันที ต้องไม่นำไก่ป่วยหรือตายออกมาจำหน่าย และทำการกำจัดทิ้งตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อย่างเคร่งครัด โดยนำไปเผาหรืออาจฝังให้ลึกเกินกว่า 1 เมตร โรยปูนขาวที่ก้นหลุมก่อนฝังซากสัตว์ แล้วราดทับด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือปูนขาว เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อมาสู่สัตว์หรือคน

2. ผู้ที่เลี้ยงสัตว์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ในฟาร์มที่มีการระบาด ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดควรดูแลระมัดระวังตนเองอย่างถูกต้อง โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน

ผ้าปิดปาก-จมูก ถุงมือ แวนตา รองเท้าบู๊ต และต้องหมั่นล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังจับต้องสัตว์ป่วยหรือซากสัตว์ที่ตาย

3. รับประทานอาหารว่างด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งหลังปฏิบัติงานเสร็จ เสื้อผ้าชุดเดิม พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากและจมูก ถุงมือ แวนตา ควรนำไปซักหรือล้างให้สะอาดและผึ่งกลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

ผู้ชำแหละไก่

ผู้ชำแหละไก่อาจมีความเสี่ยงจากการติดโรคจากสัตว์ จึงควรระมัดระวังขณะปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ต้องไม่ซื้อไก่ที่มีอาการผิดปกติจากการติดเชื้อ เช่น ซึมหงอย ขนฟู หน้า บวม หงอน หรือเหนียงบวมคล้ำ มีน้ำมูก หรือซี้ไหล หรือไก่ที่ตายมาชำแหละขาย
2. ไม่ซังสัตว์ปีกจำพวก ไก่ เป็ด ห่าน ฯลฯ ที่รอชำแหละไว้ในกรงใกล้ๆ กัน เพราะจะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เชื้อโรคกลายพันธุ์จนอาจเกิดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ๆ ที่เป็นอันตรายทั้งต่อคนและสัตว์ได้
3. ควรทำความสะอาดกรงและอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอด้วยน้ำยาผงซักฟอกและนำไปผึ่งกลางแดดจัดๆ นอกจากนั้นอาจราดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเดือนละ 1 - 2 ครั้ง
4. หากสัตว์ที่ชำแหละมีลักษณะผิดปกติ เช่น มีจุดเลือดออก มีน้ำหรือเลือดคั่ง หรือจุดเนื้อตายสีขาวที่เครื่องใน หรือเนื้อมีสีผิดปกติ ต้องไม่นำไปจำหน่ายและรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์มาตรวจสอบทันที เพราะอาจเป็นโรคระบาด
5. ต้องล้างบริเวณที่ชำแหละสัตว์ให้สะอาดด้วยน้ำผงซักฟอก และควรราดน้ำยาฆ่าเชื้อโรคทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการชำแหละไก่
6. ผู้ชำแหละไก่ควรดูแลระมัดระวังตนเองอย่างถูกต้อง โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-จมูก ถุงมือ แวนตา รองเท้าบู๊ต และต้องหมั่นล้างมือบ่อยๆ
7. รับประทานอาหารว่างด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งหลังปฏิบัติงานเสร็จ ส่วนเสื้อผ้าชุดเดิม พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-จมูก ถุงมือ แวนตา ควรนำไปซักหรือล้างให้สะอาดและผึ่งกลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

ผู้ขนย้ายสัตว์ปีก

ผู้ขนย้ายสัตว์ปีกควรระมัดระวังตนเองไม่ให้ติดโรคจากสัตว์ และป้องกันการนำเชื้อจากฟาร์มหนึ่งไปแพร่ยังฟาร์มอื่นๆ จึงควรเน้นการปฏิบัติตามคำแนะนำของกรมปศุสัตว์ ดังนี้

1. งดซื้อสัตว์ปีกจากฟาร์มที่มีสัตว์ตายมากผิดปกติ

2.เมื่อขนส่งสัตว์เสร็จในแต่ละวัน ต้องรีบล้างทำความสะอาดด้วยน้ำผงซักฟอก สำหรับกรงขังสัตว์ควรรวดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อซ้ำอีกครั้งหนึ่ง

3.ควรดูแลระมัดระวังตนเองอย่างถูกต้อง โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น ผ้าปิดปาก-จมูก ถุงมือ รองเท้าบูต และต้องหมั่นล้างมือบ่อยๆ

4.รีบอาบน้ำชำระร่างกายด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งหลังปฏิบัติงานเสร็จ ส่วนเสื้อผ้าชุดเดิมและเครื่องป้องกันร่างกาย ควรนำไปซักหรือล้างให้สะอาดและฟึ่งกลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

โรงฆ่าสัตว์ปีก

- 1.ต้องงดซื้อสัตว์ปีกป่วยเข้ามาฆ่า
- 2.ถ้ามีสัตว์ปีกตายให้ทำลายด้วยการฝังหรือเผา จีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่บริเวณโรงฆ่า ทุกซอกทุกมุมหลังเสร็จสิ้นการฆ่าสัตว์ปีกทุกครั้ง
- 3.หากพบสัตว์ปีกหรือเครื่องในมีความผิดปกติให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์โดยเร็ว

มาตรการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในกลุ่มผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีก

มาตรการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกที่เสนอแนะโดยศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) และสมาคมความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของสหรัฐอเมริกา (Occupational Safety and Health Administration: OSHA) ประกอบด้วย มาตรการหลัก 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการป้องกันการติดเชื้อโดยทั่วไป มาตรการการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล มาตรการให้วัคซีนและการใช้ยาต้านไวรัส มาตรการเฝ้าระวังสุขภาพและอาการป่วยของพนักงาน และมาตรการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อในพื้นที่ที่มีการปนเปื้อน มีสาระสำคัญดังนี้

1.มาตรการป้องกันการติดเชื้อโดยทั่วไป (Basic infection control measures) ผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีกควรมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อ และเห็นความสำคัญของการล้างมือทุกครั้งหลังจากสัมผัสกับสัตว์ปีก สารคัดหลั่ง หรือมูลสัตว์ปีก และล้างมือทุกครั้งหลังจากถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (OSHA, 2006) การล้างมือควรล้างด้วยน้ำและสบู่ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 วินาที หรือในกรณีที่ไม่มีสะดวกในการใช้น้ำและสบู่ ควรล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพ (CDC, 2004) นอกจากนี้ผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีกควรมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล มีความรู้และสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลอย่างถูกต้อง และถูกวิธี (CDC, 2004: OSHA, 2006) อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลเมื่อใช้แล้วควรทำความสะอาด

สะอาดหรือฆ่าเชื้อก่อนนำมาใช้ซ้ำ หรือใช้อุปกรณ์ป้องกันชนิดใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง ขณะปฏิบัติงานไม่ควรรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ สูบบุหรี่ หรือเข้าห้องน้ำ (OSHA, 2006)

2.มาตรการการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (Personal protective equipment) ป้องกันการสัมผัสโดยตรงระหว่างผิวหนังของผู้ปฏิบัติงานกับเลือด สารคัดหลั่ง หรือมูลสัตว์ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน ผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีกควรมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (นิตยาจารย์ กิตติเดชา และคณะ , 2546: CDC, 2004: OSHA, 2006) อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่ควรใช้มีดังนี้

2.1 ถุงมือ(Gloves) อาจเป็นถุงมือชนิดบางที่ใช้แล้วทิ้ง หรือถุงมือยางชนิดหนาซึ่งสามารถทำความสะอาดหรือฆ่าเชื้อก่อนนำมาใช้ซ้ำ (CDC, 2004: OSHA, 2006) ข้อควรระวังในการใช้ถุงมือคือ ระหว่างสวมถุงมือปฏิบัติงานควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสใบหน้าหรือตา (OSHA, 2006) หากถุงมือรั่วหรือขาดต้องเปลี่ยนคู่มือ ถอดถุงมือทันทีที่ปฏิบัติงานเสร็จ ควรเลือกใช้ชนิดถุงมือให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ปฏิบัติ กรณีที่ต้องสวมถุงมือเป็นระยะเวลานานติดต่อกันอาจระคายเคืองต่อผิวหนัง อาจใช้ถุงมือผ้าสวมด้านในและสวมถุงมือยางทับด้านนอกอีกชั้น (CDC, 2004: OSHA, 2006)

2.2 เสื้อคลุม (Gown) และผ้ากันเปื้อน (Apron) ควรสวมเสื้อคลุมแขนยาวและสวมผ้ากันเปื้อนทับด้านนอก สวมหมวกหรือผ้าคลุมผม

2.3 รองเท้าบูต (Boots) ซึ่งสามารถล้างทำความสะอาดฆ่าเชื้อได้

2.4 หน้ากากหรือแว่นตา (Goggles) เพื่อป้องกันเลือด สารคัดหลั่ง หรือละอองฝอยกระเด็นเข้าเยื่อเมือก ควรเลือกขนาดหน้ากากหรือแว่นตาที่พอดีกับใบหน้า (CDC, 2004)

2.5 ผ้าปิดปาก-จมูก (Mask) เป็นอุปกรณ์ป้องกันระบบหายใจซึ่งสถาบันด้านความปลอดภัยและอนามัยในการทำงานแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH) ได้แนะนำให้ใช้หน้ากากชนิด N-95, N-99 หรือ N-100 จึงจะสามารถป้องกันเชื้อไวรัสได้ และควรเลือกสวมให้พอดีกับจมูก (CDC, 2004)

นอกจากใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการสัมผัสโดยตรงระหว่างผิวหนังของผู้ปฏิบัติงานกับเลือด สารคัดหลั่ง หรือมูลสัตว์แล้ว ผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีกควรมีความรู้ ความเข้าใจในการถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและฟุ้งกระจายเชื้อ ควรถอดให้ถูกต้องตามลำดับ (OSHA, 2006) เริ่มจากถอดผ้ากันเปื้อนก่อนเป็นอันดับแรกโดยที่ยังไม่ต้องถอดถุงมือ นำผ้ากันเปื้อนไปล้างทำความสะอาด หลังจากนั้นจึงถอด

หน้ากาก และถอดถุงมือตามลำดับ ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ แล้วจึงถอดแว่นตา เพื่อนำไปล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ ถอดผ้าปิดปาก-จมูก หลังจากถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายเสร็จแล้ว ควรล้างมือทันทีอีกครั้ง หลีกเลี่ยงการสัมผัสปากและใบหน้าจนกว่าจะล้างมือให้สะอาด

3.มาตรการให้วัคซีนตามฤดูกาล ผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีกควรได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (CDC, 2004; OSHA, 2006) เพื่อลดโอกาสติดเชื้อทั้งไวรัสไข้หวัดในสัตว์ปีกและไวรัสไข้หวัดใหญ่ แต่ยังมีข้อที่ควรระวังเรื่องการติดเชื้อทั้งสองอย่างผสมกัน กลายเป็นเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดใหม่ในคน (OSHA, 2006)

4.มาตรการเฝ้าระวังอาการป่วยของผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีก ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดในสัตว์ปีก และอาการผิดปกติที่ควรสังเกตซึ่งมีอาการคล้ายกับโรคไข้หวัดใหญ่ ผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีกหากมีอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ หรือบางคนอาจตาแดง อูจจาระร่วง หายใจเร็ว หอบเหนื่อย ควรรีบไปพบแพทย์ และแจ้งประวัติหรืออาชีพที่ต้องสัมผัสกับสัตว์ปีกให้แพทย์ทราบด้วย (ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 25 50: CDC, 2004; OSHA, 2006) หากอาการไม่ชัดเจน ควรพักอยู่ที่บ้าน 24 ชั่วโมงเพื่อสังเกตอาการ จนกว่าแพทย์จะวินิจฉัยเป็นโรคอื่นหรือผลการตรวจเชื้อไวรัสชนิดนี้เป็นลบ ระหว่างพักที่บ้านควรสวมผ้าปิดปาก-จมูก และล้างมือบ่อยๆ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (CDC, 2004; OSHA, 2006)

5.มาตรการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อในพื้นที่ที่มีการปนเปื้อนเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีก เนื่องจากความคงทนของเชื้อไวรัสในสิ่งแวดล้อมขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและความชื้นที่แตกต่างกัน อาจเลือกใช้วิธีการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อที่เหมาะสม ได้แก่ วิธีใช้สารเคมี เช่น น้ำยาทำความสะอาดทุกชนิด น้ำยาฆ่าเชื้อ หรือวิธีทางกายภาพ เช่น ความร้อน ความแห้ง (OSHA, 2006)

สำหรับมาตรการรับรองและควบคุมสินค้าปศุสัตว์ในประเทศไทย ได้มีการกำหนดวิธีการควบคุมและตรวจสอบผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ โดยสำนักพัฒนาระบบและรับรองมาตรฐานสินค้าปศุสัตว์ กรมปศุสัตว์ (2548) ที่กำหนดมาตรฐานโรงฆ่าสัตว์ปีกขนาดเล็ก วิธีปฏิบัติในโรงฆ่าสัตว์ และการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงงานฆ่าสัตว์ปีก ซึ่งในการศึกษานี้ขอกกล่าวถึงเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขลักษณะของพนักงานและโรงฆ่าสัตว์ปีก ดังนี้

1.ด้านสุขลักษณะของพนักงาน (Personal hygiene) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคระหว่างคนและเนื้อสัตว์ ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์จากการสัมผัสโดยตรง ระบบ

ทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารของพนักงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิตเนื้อสัตว์ และเพื่อควบคุมคุณภาพเนื้อสัตว์ให้มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค กำหนดให้มีการจัดการ ดังนี้

1.1 การแต่งกายของพนักงาน ต้องมีสถานที่เปลี่ยนเครื่องแต่งกายของพนักงานที่สะอาดและเหมาะสมเพียงพอ มีอุปกรณ์แขวนเสื้อและตู้เก็บ มีที่เก็บและบริเวณทำความสะอาดรองเท้าบู๊ต ต้องสวมเครื่องแต่งกาย เนื้ท หมวก ผ้าปิดปาก และรองเท้าบู๊ต ให้เรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ รวมทั้งห้ามสวมเครื่องประดับ เช่น แหวน นาฬิกา กำไล สายสิญจน์ ตุ้มหู

1.2 การล้างมือ ต้องมีอ่างล้างมือและอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น สบู่เหลว กระดาษเช็ดมือ พร้อมถังขยะ พนักงานต้องล้างมืออย่างถูกวิธีและสะอาด มีความถี่การล้างมือตามกำหนด เล็บมือต้องตัดให้สั้นอยู่เสมอ

1.3 พฤติกรรมของพนักงานขณะปฏิบัติงานห้ามมีการสูบบุหรี่ กินอาหาร ถ่มน้ำลาย ชูด แคะ แกะ เกา และห้ามหยอกล้อกัน

1.4 การตรวจสอบสุขภาพพนักงาน มีการตรวจสอบสุขภาพเกี่ยวกับโรคต้องห้ามในการผลิตอาหาร เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร ก่อนรับพนักงานเข้าทำงาน มีการปฏิบัติต่อพนักงานในกรณีเจ็บป่วยถูกต้อง เช่น ปวดศีรษะ ตัวร้อน เป็นไข้ ท้องเสีย มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงาน

1.5 มีระเบียบและการตรวจสอบสุขลักษณะพนักงานบริษัท มีระบบควบคุมคุณภาพ การตรวจสอบสุขลักษณะ และมีการอบรมเกี่ยวกับสุขลักษณะก่อนปฏิบัติงาน

2.การทำความสะอาดและการฆ่าเชื้อ (Cleaning and sanitizing) เพื่อทำความสะอาดสิ่งสกปรกและฆ่าจุลินทรีย์ที่ติดอยู่บนพื้นผิวของภาชนะและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการผลิต ไม่ให้ปนเปื้อนกลับลงไปบนพื้นผิวของภาชนะและอุปกรณ์อีก และไม่ให้ปนเปื้อนกลับลงไปในการผลิตจากเนื้อสัตว์ กำหนดให้มีการจัดการ ดังนี้

2.1 พนักงานนำเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ผ่านการใช้งานแล้วมาล้างทำความสะอาด หากมีเศษขยะให้เก็บทิ้งก่อน ล้างเครื่องมือหรืออุปกรณ์นั้นด้วยน้ำสะอาด ก่อนทำความสะอาดด้วยน้ำยาซักล้าง น้ำเปล่าและการฆ่าเชื้อด้วยน้ำร้อนตามลำดับ กรณีฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อให้ล้างด้วยน้ำสะอาดอีกครั้งก่อนใช้งาน

2.2 ภาชนะ อุปกรณ์ที่ผ่านการล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อแล้วต้องไม่มีคราบมัน คราบสกปรกหลงเหลืออยู่

2.3 ภาชนะ อุปกรณ์ ที่ล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อแล้วต้องไม่วางสัมผัสพื้นโดยตรง มีการจัดเก็บอย่างเป็นระเบียบและแยกออกจากภาชนะ อุปกรณ์ที่ยังไม่ได้ล้างทำความสะอาด

3.การสุขาภิบาลในโรงงาน (Sanitation) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ สารเคมี และสิ่งแปลกปลอมสู่เนื้อสัตว์ และเพื่อควบคุมสภาพแวดล้อมไม่ให้เป็นที่แหล่งสะสมของ เชื้อโรค กำหนดให้มีการจัดการ ดังนี้

3.1 โครงสร้างอาคาร เครื่องมือและอุปกรณ์ ต้องสะอาด ไม่มีหยากไย่ ไม่มีสนิมหรือ อ็อกไซด์ของโลหะ ไม่มีกลิ่นผิดปกติใดๆ รวมทั้งไม่มีคราบไขมันหรือสิ่งสกปรกใดๆ

3.2 พื้น ต้องมีการทำความสะอาดพื้นช่วงพักกลางวันและหลังจากเลิกงาน โดยต้อง เก็บเศษเนื้อและไขมันออกก่อน ฉีดล้างด้วยน้ำ ใช้ผงซักฟอกขัดถูและล้างออกด้วยน้ำสะอาด และ ควรราดน้ำยาฆ่าเชื้อโรคทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการฆ่าแหละ

3.3 กรงและอุปกรณ์ ควรทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอด้วยน้ำผงซักฟอก และ นำไปฟึ่งกลางแดดจัดๆ

3.4 วัสดุเศษเหลือจากกระบวนการผลิต เช่น ขนไก่เปียก หัวไก่ มูลสัตว์ ต้องเก็บ ใส่ภาชนะที่สามารถป้องกันการซึมผ่านของของเหลวได้ มีฝาปิดมิดชิด ทำด้วยวัสดุที่สามารถทำ ความสะอาดและฆ่าเชื้อได้ง่าย เช่น ถังพลาสติก หรือใส่ถุงพลาสติกและมัดปากถุงให้แน่น ป้องกันการไหลหยดของของเหลวจากวัสดุเศษเหลือในระหว่างการขนทิ้ง

3.5 มีระบบระบายน้ำทิ้งที่มีประสิทธิภาพ และต้องมีการบำบัดน้ำเสียที่อยู่ในเกณฑ์ที่ กระทรวงมหาดไทยกำหนด

จากมาตรการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกที่เสนอแนะโดยศูนย์ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อ (CDC, 2004) สมาคมความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของสหรัฐอเมริกา (OSHA, 2006) และมาตรการรับรองและควบคุมผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ในประเทศไทย โดยสำนักพัฒนาระบบและ รับรองมาตรฐานสินค้าปศุสัตว์ กรมปศุสัตว์ (254 8) ที่ได้กำหนดมาตรฐาน โรงฆ่าสัตว์ปีกขนาดเล็ก และวิธีปฏิบัติในโรงฆ่าสัตว์ปีก รวมถึงแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก โดยศูนย์ ปฏิบัติการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547) เป็นมาตรการที่เน้นในภาพรวม เพื่อลด โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตว์ปีกแก่ผู้ที่มีอาชีพ เกี่ยวข้องกับสัตว์ปีก ซึ่งกลุ่มผู้ฆ่าแหละสัตว์ปีกถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อสู่ ชุมชน จึงควรมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรค ไข้หวัดสัตว์ปีก จะนำไปสู่การลดโอกาสในการเกิดโรคและความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการสัมผัส ปีจัยเสี่ยงจากการปฏิบัติงานได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อเป็นสิ่งตัดสินของบุคคลที่มีต่อการกระทำ หรือปรากฏการณ์ใดๆก็ตามว่าเป็นความจริง ถูกต้องหรือไม่ ความศรัทธา ความไว้วางใจและความจริงเป็นสิ่งที่ใช้แสดงออก เพื่อเป็นนัยแห่งความเชื่อถือต่างๆ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542) ความเชื่อเป็นการรับรู้หรือความเข้าใจของแต่ละบุคคลจากการมีประสบการณ์เดิมแตกต่างกัน ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลตามความเชื่อของตนเอง อาจถูกหรือผิดจากข้อเท็จจริงก็ได้ (วัลลา ตันตโยทัย, 2543) ความเชื่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) ซึ่งหมายถึงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย การป้องกันโรคและการรักษา (Phipp, Long and Wood, 1983) และมีผลต่อการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (สัมพันธ์ หิฐิธีระนันท์, 2540) บุคคลมีการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ การรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่อเดิม เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ , 2536) สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันโรคและการรักษา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาโดยนักจิตวิทยาสังคมหลายท่าน ได้แก่ Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosenstock และ Becker (O'Donnell, 2002 as cited in Maville and Huerta, 2008) โดยอาศัยพื้นฐานจากทฤษฎีสถานภาพพลังของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin อ้างใน เสรียม กองธรรม, 2544) ที่มีการยอมรับทัศนภาพเกี่ยวกับชีวิตของแต่ละบุคคลที่เป็นไปตามวงจรชีวิตทางสังคมของบุคคลนั้นอย่างชัดเจน (เสรียม กองธรรม, 2544) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีการพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาอธิบายว่า ทำไมประชาชนจึงมีพฤติกรรมปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรค (O'Donnell, 2002 as cited in Maville and Huerta, 2008) เป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมระดับปัจเจกบุคคลได้อย่างแพร่หลาย โดยมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ (เสรียม กองธรรม, 2544) สามารถอธิบายได้ว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมายมากกว่าความยากลำบากและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติหรือแสดงออกในการป้องกันโรค (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542: Hood and Leddy, 2006) ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (ประภาพัณญ์ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536: O'Donnell, 2002 as cited in Maville and Huerta, 2008)

Rosenstock, 1966 อ้างใน Hood and Leddy (2006) ได้เป็นผู้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Health behavior) โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม บุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่แต่ละบุคคลมีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ที่แตกต่างกัน โดยการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่เกิดโรคนั้นแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542) ภายหลังจากที่ Rosenstock ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคจนเป็นที่ยอมรับแล้ว ต่อมาในปี ค.ศ. 1975 Becker และ Maiman (อ้างใน Maville and Huerta, 2008) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเพิ่มองค์ประกอบแรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบปรับเปลี่ยน (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ด้วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behaviors) ได้ดีขึ้น และในปี ค.ศ. 1988 Rosenstock, Strecher และ Becker (อ้างใน Hood and Leddy, 2006) ได้เพิ่มองค์ประกอบด้านความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) มาช่วยอธิบายร่วมกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ แต่ก็ยังอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิมได้ไม่มากนัก (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542)

องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ

จากแนวคิดการรับรู้ของบุคคลที่แตกต่างกันของ Rosenstock (อ้างใน Hood and Leddy, 2006) ที่เสนอไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker และ Maiman (1975) ได้พัฒนาแบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มองค์ประกอบอื่นนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรคและพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่า ตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าเป็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะเป็นแรงกระตุ้นให้เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมั่น (Rosenstock, 1974) นอกจากนี้ Janz และ Becker (อ้างใน Hood and Leddy, 2006) กล่าวว่า บุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในระดับสูง จะมีผลทำให้แสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคมากขึ้นด้วยเช่นกัน

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อผลของการเป็นโรคว่ามีผลกระทบหรือเกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เช่น เกิดความเจ็บป่วย ความพิการหรือเสียชีวิต การใช้เวลาในการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีผลกระทบต่อบทบาทของตนในสังคมด้วย นอกเหนือจากการรับรู้ว่าเป็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการกระทำหรือมีพฤติกรรมในการเลือกวิธีการที่จะป้องกันผลกระทบหรืออันตรายที่เกิดขึ้น (Rosenstock, 1974) เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะช่วยส่งผลไปถึงการรับรู้ กระตุ้นให้บุคคลเกิดการตัดสินใจกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

2.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม แรงผลักดันจากกลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่บุคคลให้ความเชื่อถือ มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

2.3 ปัจจัยโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ระยะเวลาของการเป็นโรค การสัมผัสหรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นหรือตัวเร่งให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker และ

Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์ขึ้นนั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติร่วมกับระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดแรงผลักดันที่จะปฏิบัติ และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ทำให้อยากที่จะปฏิบัติ โดยสิ่งชักนำจะต้องมีระดับเพียงพอที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งแปรผันตามระดับการเกิดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงน้อย หรือความรุนแรงของโรคน้อย ต้องกระตุ้นแรงมากพอที่จะให้เกิดการกระทำ ในทางตรงข้ามถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงและความรุนแรงของโรคมมาก แม้กระตุ้นเล็กน้อยก็เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการกระทำ สิ่งชักนำแบ่งเป็น สิ่งชักนำภายในและสิ่งชักนำภายนอก สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและมีผลให้การรับรู้ของบุคคลเปลี่ยนแปลง ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว การรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น จากวารสาร หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ หรือการได้รับคำแนะนำ คำเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

4. ปัจจัยแนวโน้มต่อการกระทำพฤติกรรม (Likelihood of action) ประกอบด้วย

4.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรค ว่าสามารถป้องกันและควบคุมโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ เชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำ ให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ จึงทำให้เกิดความร่วมมือปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) เมื่อบุคคลยอมรับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและครอบครัว บุคคลนั้นจะแสวงหาวิธีหรือพฤติกรรมที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือพฤติกรรมสืบค้น โรคตั้งแต่เริ่มแรก ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Janz and Becker, 1984 as cited in Hood and Leddy, 2006)

4.2 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่ออุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นการคาดหวังของบุคคลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความยุ่งยาก สลับซับซ้อน ความไม่สะดวก ความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย ความอาย ขัดกับอาชีพ นิสัยหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน การเสี่ยงและอาการแทรกซ้อน สิ่งเหล่านี้เป็นเสมือนอุปสรรคของพฤติกรรม และแรงเร้าให้เลิกการมีพฤติกรรมดังกล่าว บุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคในการปฏิบัติ ก่อนตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามสภาพของความเป็นจริงที่มี

การขัดขวางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ (Janz and Becker, 1984 as cited in Hood and Leddy, 2006)

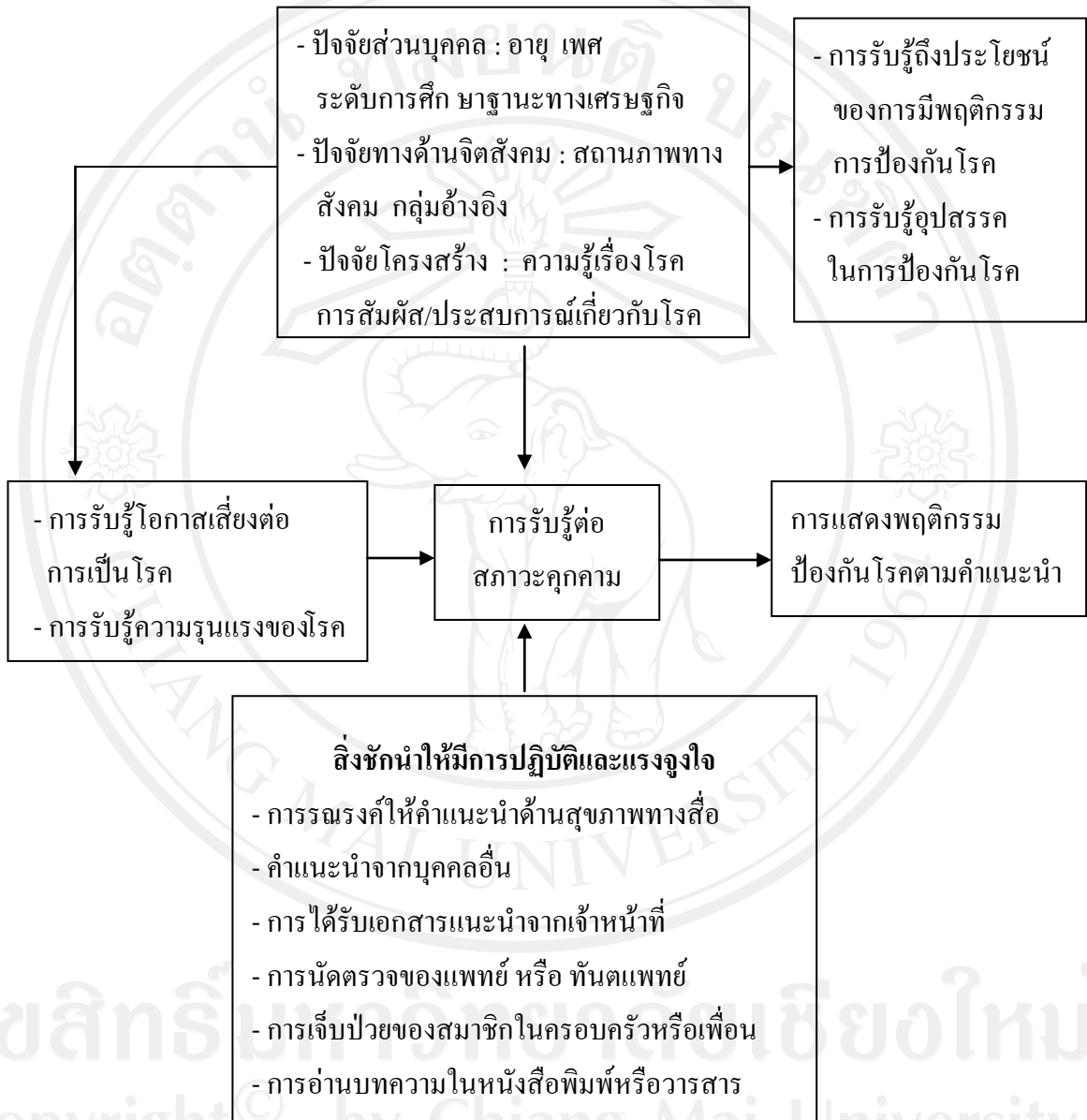
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) คือ การเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยการให้สิ่งเร้าบางอย่างซึ่งเป็นปัจจัยทางบวก (Positive health motivation) การจูงใจที่สัมพันธ์กับสุขภาพเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลเข้าไปสู่การแสดงพฤติกรรมป้องกันนั้น องค์ประกอบของแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่เป็นระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติ และค่านิยมทางด้านสุขภาพ โดยบุคคลจะมีแรงจูงใจปฏิบัติได้ดีเมื่อบุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง มีความรู้สึกไม่มั่นคงต่ออันตรายนั้น บุคคลเชื่อว่าการตอบสนองในการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จำกัดอันตรายนั้น มีความเชื่อมั่นที่จะสามารถปฏิบัติการปรับตัวตอบสนองนั้นได้อย่างสมบูรณ์ ผลดีในการตอบสนองด้วยการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้นมีน้อย ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการปรับตัวเพื่อทำพฤติกรรมนั้นต่ำ

ในองค์ประกอบต่างๆของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล แต่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เมื่อบุคคลยอมรับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ต่อความรุนแรงโรคมกพอที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและครอบครัว บุคคลจะแสวงหาวิธีหรือพฤติกรรมที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรค ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Janz and Becker, 1984 as cited in Hood and Leddy, 2006) และจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคในการปฏิบัติ ก่อนตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามสภาพของความเป็นจริงที่มีการขัดขวางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค นั้น รวมถึงสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดแรงผลักดันให้อยากที่จะปฏิบัติ (Becker and Maiman, 1975 as cited in Hood and Leddy, 2006) สามารถเขียนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังในภาพที่ 1

การรับรู้ของบุคคล
(Individual Perception)

ปัจจัยร่วม
(Modifying factors)

แนวโน้มของการปฏิบัติ
(Likelihood of action)



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman (1975)

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าหากผู้มีอาชีพฆ่าและ สัตว์ปีกมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากการเป็นกลุ่มเสี่ยงจากการประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสสัตว์ปีก น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไขหวัดสัตว์ปีกที่ถูกต้องด้วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้หวัดสัตัวปีก

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดการรับรู้ของบุคคลที่แตกต่างกันของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived barriers) เมื่อบุคคลยอมรับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ต่อความรุนแรงโรคมามากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและครอบครัว บุคคลจะเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรค (Janz and Becker, 1984 as cited in Hood and Leddy, 2006) และจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคในการปฏิบัติ ก่อนตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามสภาพของความเป็นจริงที่มีการขัดขวางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) และการที่มีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Becker and Maiman, 1975 as cited in Hood and Leddy, 2006) ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตัวปีกของผู้มีอาชีพฆ่าหะละสัตัวปีก ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคโดยตรงสามารถอธิบายตาม กรอบแนวคิดของ Becker และ Maiman (1975) ในองค์ประกอบแต่ละด้านดังนี้

1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่า ตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะเป็นแรงกระตุ้นให้เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขึ้น (Rosenstock, 1974) จะมีผลทำให้แสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมากขึ้นด้วยเช่นกัน (Janz and Becker, 1984 as cited in Hood and Leddy, 2006) จากแนวคิดด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนี้ เมื่อนำมาประยุกต์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไข้หวัดสัตัวปีกของผู้มีอาชีพฆ่าหะละสัตัวปีก ที่เชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อติดเชื้อไวรัสไข้หวัดสัตัวปีกจากการที่ต้องสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง และมูลสัตัวปีก ในทุกกระบวนการของการฆ่าและชำหะละสัตัวปีก อาจส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดสัตัวปีกมากขึ้น

2.การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อผลของการเป็นโรคว่า มีผลกระทบหรือเกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เช่น เกิดความเจ็บป่วย ความพิการหรือเสียชีวิต การใช้เวลาในการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีผลกระทบต่อบทบาทของตนในสังคมด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการกระทำหรือมีพฤติกรรมในการเลือกวิธีการที่จะป้องกันผลกระทบหรืออันตรายที่เกิดขึ้น (Rosenstock, 1974) เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค

หรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดสัตัวปีกของผู้มีอาชีพฆ่าและสัตัวปีก เป็นความเข้าใจหรือความรู้สึกนึกคิดต่อโรคไข้หวัดสัตัวปีกจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านการเจ็บป่วยทางกายที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ผลกระทบด้านจิตใจจากความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคไข้หวัดสัตัวปีกของผู้ป่วยและประชาชนที่กลัวติดโรคจากการบริโภคสัตัวปีกและผลิตภัณฑ์ของสัตัวปีก ผลกระทบต่อเนื่องทางด้านสังคมและเศรษฐกิจจากการที่ต้องทำลายสัตัวปีกจำนวนมาก ภาครัฐต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค รวมถึงก่อเกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจการค้าระหว่างประเทศอย่างมาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดสัตัวปีกของผู้มีอาชีพฆ่าและสัตัวปีก อาจส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตัวปีกมากขึ้น

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ว่าสามารถป้องกันและควบคุมโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ เชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ จึงทำให้เกิดความร่วมมือปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) บุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย หลังจากได้เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น (Janz and Becker, 1984 as cited in Hood and Leddy, 2006) หากผู้มีอาชีพฆ่าและสัตัวปีกมีความเชื่อและคิดว่าการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมีประโยชน์และลดโอกาสของการป่วยเป็นโรคไข้หวัดสัตัวปีกได้ การรับรู้ว่าการปฏิบัติจะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ อาจส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมากขึ้น

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) เป็นการคาดหวังของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความยุ่งยาก สลับซับซ้อน ความไม่สะดวก ไม่สุขสบาย ความอาย ขัดกับนิสัยหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้เป็นเสมือนอุปสรรคของพฤติกรรมและแรงเร้าให้เลี่ยงการมีพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้นโยบายพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ (Janz and Becker, 1984 as cited in Hood and Leddy, 2006) หากผู้มีอาชีพฆ่าและสัตัวปีก มีการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตัวปีก ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางลบ เช่น ความไม่สะดวก ความยุ่งยาก อึดอัดรำคาญ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลและน่ายาม่าเชื้อโรค อาจส่งผลต่อหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตัวปีกได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นหรือตัวเร่งให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker และ Maiman (1975) กล่าวว่า แบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพ จะมีความสมบูรณ์ขึ้นหากพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติร่วมกับระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดแรงผลักดันที่จะปฏิบัติ และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ทำให้อยากที่จะปฏิบัติ โดยสิ่งชักนำจะต้องมีระดับเพียงพอที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว การรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น จากการณรงค์ หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ หรือการได้รับคำแนะนำ คำเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น หากผู้ชำแหละสัตว์ปีกมีสิ่งชักนำภายในและได้รับสิ่งชักนำภายนอกเพียงพอ เช่น สภาวะการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว การรับรู้ข่าวสารและสถานการณ์โรคไข้หวัดสัตว์ปีกจากสื่อต่างๆ หรือการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสาธารณสุข อาจส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมากขึ้น

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ดังนี้ พฤติกรรมหมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) หรือพฤติกรรมหมายถึง อาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏและสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือบางอย่างต้องใช้เครื่องมือวัด (กันยา สุวรรณแสง , 2536 อ้างใน เฉลิมพล ต้นสกุล , 2541) พฤติกรรมปรากฏโดยผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ทางตา หู ปาก จมูกและผิวหนัง พฤติกรรมที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ง่ายจาก รูป รส กลิ่น เสียง และการสัมผัสซึ่งจัดเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ง่ายจากกิริยาต่างๆ เช่น การนอน นั่ง ยืน เดิน วิ่ง กระโดด การกิน พูด คำ กอด จูบ เป็นต้น พฤติกรรมบางอย่างบุคคลพยายามปกปิดซ่อนเร้น จึงเกิดเป็นพฤติกรรมประเภทที่ไม่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน เช่น ความรู้สึกนึกคิด จินตนาการ ต้องอาศัยเครื่องมือวัด เช่น เครื่องจับเท็จ แบบทดสอบ เครื่องวัดคลื่นหัวใจ เป็นต้น เช่นเดียวกับ จันทรา บริสุทธิ์ (2540) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเป็นปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และผ่องพรรณ เสาร์เขียว (2548) ได้กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำต่างๆที่บุคคลแสดง

ออกมาเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยผ่านกระบวนการของการรับรู้ ความรู้สึกและแสดงออกมาเป็นการปฏิบัติ

โดยสรุปแล้ว พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยผ่านกระบวนการความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ เกิดการกระทำหรือเกิดกิจกรรมทั้งที่ผู้อื่นสังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ พฤติกรรมแต่ละชนิดเป็นผลรวมของการรับรู้ การเรียนรู้ การให้คุณค่าต่อสิ่งเร้าหลายอย่างประกอบกัน

พฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับในด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไปแต่มุ่งเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีการแสดงออกที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลได้กระทำหรือปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างเป็นสิ่งเกิดภายในบุคคล สังเกตโดยตรงไม่ได้แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่า มี หรือไม่มี เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ ทั้งนี้พฤติกรรมแต่ละอย่างจะมีองค์ประกอบทั้งด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ , 2536) และพฤติกรรมสุขภาพแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมเหล่านี้จะแตกต่างกันไปตามบุคคล ความเชื่อ ประสบการณ์ ความรู้ สังคม และสิ่งแวดล้อม ส่วน Kasl และ Kobb (1966) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท คือ พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive behavior) หมายถึงการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดีป้องกันไม่ให้ตนเองเป็นโรค เช่น การกินอาหารที่มีประโยชน์ พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงการกระทำของบุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น แสวงหาการตรวจวินิจฉัยและรักษาเมื่อพบว่าตนเองมีอาการผิดปกติ และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick - role behavior) หมายถึงการกระทำของบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วยเพื่อให้หายจากการป่วยนั้นๆ เช่น การรับประทานยาหรือการพักผ่อน ต่อมา Matarazzo (1984 อ้างใน Jane Ogden, 2004) ได้จำแนกว่าพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อร่างกายทั้งทางลบ (Negative effect) และทางบวก (Positive effect) พฤติกรรมสุขภาพทางด้านลบ เช่น การสูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และ พฤติกรรมสุขภาพทางด้านบวกต่อร่างกาย เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การออกกำลังกาย จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพล้วนมีความเกี่ยวข้องกับภาวะของปัจเจกบุคคล

พฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรคหมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำใดๆของบุคคลซึ่งคาดว่าตนเองมีสุขภาพดีและกระทำเพื่อป้องกันหรือการเฝ้าระวังไม่ให้ตนเองเกิดความเจ็บป่วย โดยกระทำ

ในขณะที่ตนเองยังไม่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Kobb, 1966 as cited in Jane Ogden, 2004) เป็นการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เป็นโรค ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง นับตั้งแต่การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร การปรับตัวทางด้านอารมณ์และจิตใจ การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาด บ้านเรือนและสิ่งแวดล้อม การระวังป้องกันอุบัติเหตุทั้งที่บ้าน โรงเรียน และชุมชนรวมถึงการ ปฏิบัติเพื่อให้มีภูมิคุ้มกันโรค การไปตรวจร่างกายกับแพทย์ ซึ่งแต่ละอย่างจะช่วยในการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวีง สุวรรณ, 2536) พฤติกรรมการป้องกัน โรคเป็นการกระทำเพื่อมุ่งป้องกันไม่ให้ตนเองเกิดความเจ็บป่วยหรือลดโอกาสในการเกิดโรค โดย การรับรู้ว่าคุณเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเป็นประโยชน์ เป็นการ ป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Rosenstogk, 1974) จะเห็นได้ว่าการให้ความหมาย ของพฤติกรรมการป้องกันนั้นคล้ายคลึงกัน คือ เป็นที่การกระทำของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เกิดโรครหรือความเจ็บป่วย และเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกเป็นการกระทำเพื่อการที่จะช่วยไม่ให้เกิดโรค ไข้หวัดสัตว์ปีก เป็นการปฏิบัติก่อนเกิดโรคไข้หวัดสัตว์ปีกโดยผ่านกระบวนการความคิด ความรู้ที่มี อยู่ หลีกเลี่ยงหรือลดโอกาสของการเกิดโรคไข้หวัดสัตว์ปีก จากสภาพการทำงานของผู้ฆ่าและ สัตว์ปีกที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือด สารคัดหลั่ง และมูลสัตว์ในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน กลุ่มผู้ ฆ่าและสัตว์ปีกถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดสัตว์ปีก จึงควรมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ที่ถูกต้อง เนื่องจากโรคไข้หวัดสัตว์ปีกเป็นโรคที่ติดต่อกจากการสัมผัสกับเลือด สารคัดหลั่ง และมูล สัตว์ที่ติดเชื้อ

จากมาตรการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกที่เสนอแนะโดยศูนย์ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อ (CDC, 2004) และสมาคมความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของสหรัฐอเมริกา (OSHA, 2006) ซึ่งประกอบด้วยมาตรการหลัก 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการป้องกันการติดเชื้อโดยทั่วไป มาตรการการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล มาตรการให้วัคซีนและการใช้ยาต้านไวรัส มาตรการ เฝ้าระวังสุขภาพและอาการป่วยของพนักงาน และมาตรการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อในพื้นที่ที่มี การปนเปื้อน และสำนักพัฒนาระบบและรับรองมาตรฐานสินค้าปศุสัตว์ กรมปศุสัตว์ที่ มีมาตรการ รับรองและควบคุมผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ในประเทศไทย โดยกำหนดมาตรฐาน โรงฆ่าสัตว์ปีกขนาดเล็ก วิธีปฏิบัติในโรงฆ่าสัตว์ และการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงงานฆ่าสัตว์ปีก ได้แก่ ด้าน สุขลักษณะของพนักงาน (Personal hygiene) การทำความสะอาดและการฆ่าเชื้อ (Cleaning and

sanitizing) การสุขาภิบาลในโรงงาน (Sanitation) ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้ควบคุมและตรวจสอบกับ โรงฆ่าสัตว์ปีกขนาดเล็กที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน แต่ในสภาพความเป็นจริงโรงฆ่าสัตว์ปีกในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นโรงฆ่าสัตว์ขนาดเล็กและเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือน โดยใช้แรงงานคนเป็นส่วนใหญ่ ผลผลิตที่ได้จะส่งขายภายในพื้นที่ใกล้เคียงเท่านั้นและจะไม่มี การตรวจสอบความสะอาดของผลิตภัณฑ์ก่อนส่งจำหน่าย (สำนักพัฒนาระบบและรับรองมาตรฐานสินค้าปศุสัตว์ กรมปศุสัตว์, 2548) ในบริบทของครัวเรือนที่ประกอบอาชีพฆ่าและ สัตว์ปีก เป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งในการดำเนินการตามข้อกำหนดมาตรการต่างๆ เช่น ความไม่พร้อมในการ ดำเนินการ ทั้งด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่ได้มาตรฐานมีราคาแพงและ ความรู้สึกไม่สะดวกในการใช้ ด้านการสุขาภิบาลที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสถานที่ให้ถูก สุขลักษณะ (สำนักพัฒนาระบบและรับรองมาตรฐานสินค้าปศุสัตว์ กรมปศุสัตว์ , 2548) และผู้วิจัย ยังไม่สามารถสืบค้นพบการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในกลุ่ม ผู้ฆ่าและสัตว์ปีก ผู้วิจัยจึงคิดว่าผู้ฆ่าและ สัตว์ปีกควรมีพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ที่ถูกต้อง โดยประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีกเพื่อป้องกันโรค ไข้หวัดสัตว์ปีก โดยศูนย์ปฏิบัติการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (หน้า 29) ร่วมกับ มาตรการป้องกันการโรคไข้หวัดสัตว์ปีกที่เสนอแนะโดยศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (CDC) และ สมาคมความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของสหรัฐอเมริกา (OSHA) (หน้า 32) และมาตรการรับรอง และควบคุมผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ในประเทศไทย โดยสำนักพัฒนาระบบและรับรองมาตรฐานสินค้า ปศุสัตว์ กรมปศุสัตว์ (หน้า 34) ที่ได้กำหนดมาตรฐานโรงฆ่าสัตว์ปีกขนาดเล็กและวิธีปฏิบัติในโรง ฆ่าสัตว์ปีก ผู้ฆ่าและสัตว์ปีกควรมีพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ดังนี้

- 1.ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ควรมีการตรวจสุขภาพประจำปี เล็บมือต้องตัดให้สั้นอยู่ เสมอ หากมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หรือตาแดง หรืออุจจาระร่วง หายใจเร็ว หอบเหนื่อย ควรรีบ ไปพบแพทย์ และแจ้งประวัติหรืออาชีพที่ต้องสัมผัสกับสัตว์ปีกให้แพทย์ทราบด้วย หากอาการไม่ ชัดเจน ควรพักอยู่ที่บ้าน 24 ชั่วโมงเพื่อสังเกตอาการ จนกว่าแพทย์จะวินิจฉัยเป็นโรคอื่นหรือผล การตรวจเชื้อไวรัสชนิดใดเป็นลบ ระหว่างพักที่บ้านควรสวมผ้าปิดปาก-จมูก และล้างมือบ่อยๆ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

- 2.ด้านการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสัตว์ปีก ผู้ฆ่าและ สัตว์ปีกควรดูแลระมัดระวัง ตนเองอย่างถูกต้อง โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่เหมาะสมและเพียงพอ ได้แก่ พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก -จมูก ถุงมือ แวนตา / หน้ากากป้องกัน รองเท้าบูต หาก อุปกรณ์ป้องกันร่างกายมีการรั่วหรือฉีกขาด ต้องเปลี่ยนอันใหม่ รวมถึงมีการทำความสะอาด อุปกรณ์ป้องกันหลังใช้งานเสร็จ เสื้อผ้าชุดเดิม พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก -จมูก ถุงมือ

แว่นตา ควรนำไปซักหรือล้างให้สะอาดและผึ่งกลางแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้อีกครั้ง และต้องหมั่นล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำและสบู่ ขณะปฏิบัติงานห้ามมีการสูบบุหรี่ กินอาหาร ถ่มน้ำลาย ชูค และ แกะ เกา และห้ามหยอกล้อกัน หลังปฏิบัติงานเสร็จควรอาบน้ำชำระร่างกายด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาดและต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้ง

3.ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ครัวเรือนที่เป็นโรงฆ่าสัตว์ปีกต้องงดซื้อสัตว์ปีกที่มีอาการผิดปกติจากการติดเชื้อ เช่น ซึมหงอย ขนฟู หน้า หงอน หรือเหนียงบวมคล้ำ มีน้ำมูก หรือจี้ไหล หรือไก่ที่ตายมาชำแหละขาย ไม่ซิงสัตว์ปีกจำพวก ไก่ เป็ด ห่าน ฯลฯ ที่รอชำแหละไว้ในกรงใกล้ๆ กัน เพราะจะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เชื้อโรคกลายพันธุ์จนอาจเกิดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ๆ ที่เป็นอันตรายทั้งต่อคนและสัตว์ได้ หากสัตว์ปีกที่ชำแหละมีลักษณะผิดปกติ เช่น มีจุดเลือดออก มีน้ำหรือเลือดคั่ง หรือมีจุดเนื้อตายสีขาวที่เครื่องใน หรือเนื้อมีสีผิดปกติ ต้องไม่นำไปจำหน่ายและรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์มาตรวจสอบทันที เพราะอาจเป็นโรคระบาด ต้องล้างบริเวณที่ชำแหละสัตว์ให้สะอาดด้วยน้ำผงซักฟอก และควรราดน้ำยาฆ่าเชื้อโรคทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการชำแหละ ควรทำความสะอาดโรงและอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอด้วยน้ำยาผงซักฟอกและนำไปผึ่งกลางแดดจัดๆ นอกจากนั้นอาจราดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเดือนละ 1 - 2 ครั้ง หากมีสัตว์ปีกตายให้ทำลายด้วยการฝังหรือเผา ฉีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่บริเวณโรงฆ่าทุกซอกทุกมุมหลังเสร็จสิ้นการฆ่าสัตว์ปีกทุกครั้ง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากโรคไข้หวัดสัตว์ปีกเป็นโรคอุบัติใหม่ พบการเกิดโรคในคนครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อต้นปี พ.ศ. 2547 โดยหลังจากเกิดการระบาดครั้งแรก ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในหลากหลายมิติ รวมถึงการศึกษาด้านความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในกลุ่มเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกของ ชูชาติ เจริญสอน (2548) ในขณะที่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในกลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีกเพื่อการค้า ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยเกี่ยวกับโรคไข้หวัดสัตว์ปีกที่ใกล้เคียงกับหัวข้อการศึกษา ดังนี้

ชูชาติ เจริญสอน (2548) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจำ อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าเกษตรกรมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (มัธยฐาน 93.1 %) โดยความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้หวัดนก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดนก ด้านการรับรู้

ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้หวัดนก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับดีทั้ง 4 ด้าน ส่วนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก พบว่าเกษตรกรมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (มัธยฐาน = 81.5 %) โดยมีพฤติกรรมด้านการบริโภคสัตว์ปีก และด้านการป้องกันจากการสัมผัสสัตว์ปีกอยู่ในระดับดีขณะที่พฤติกรรมด้านการเลี้ยงสัตว์ปีกและด้านการควบคุมโรคและการทำลายสัตว์ปีกอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมาก ($r^2 = 0.24, p < 0.05$)

วันเพ็ญ แก้วปาน และ สุนทร ยนต์ตระกูล (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว มีวัตถุประสงค์ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของประชาชน โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จำนวน 396 คน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.0 มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.9$) โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้หวัดนก การรับรู้ผลประโยชน์ที่จากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและการรับรู้สมรรถนะในการป้องกันโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.8, 4.9$ และ 4.6 ตามลำดับ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.6$ และ 3.4 ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 89.4 และพบว่าปัจจัยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ รายได้และระดับการศึกษา และปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุนทร ยนต์ตระกูล และ วันเพ็ญ แก้วปาน (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดนกของเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ จำนวน 400 คน ที่สุ่มจาก 9 หมู่บ้านใน 7 ตำบลของอำเภอเมือง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเอง คือ ปัจจัยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับชี้แจงแนวทางการป้องกันโรคไข้หวัดนก วิธีการขอความช่วยเหลือ แนวทางปฏิบัติเมื่อมีโรคระบาด และความสะดวกในการขอรับบริการจากบุคลากรสาธารณสุขและปศุสัตว์ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการป้องกันโรคไข้หวัดนกจากบุคลากรและสื่อ พบว่าเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ส่วนใหญ่ร้อยละ

69.0 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง และมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.8$)

จุฑารัตน์ ถาวรนนท์ และคณะ (2548) ได้ทำการประเมินผลการป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดนกในชุมชน ปี 2548 ทำการศึกษาในพื้นที่ 12 เขต เป็นพื้นที่ที่พบเชื้อ H5N1 และไม่พบเชื้อ H5N1 ในพื้นที่ เพื่อเป็นการประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติงานในการป้องกันไข้หวัดนก การรับรู้สื่อชนิดต่างๆ ลักษณะการเลี้ยงสัตว์ปีกของประชาชน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในพื้นที่พบเชื้อและไม่พบเชื้อ H5N1 ในสัตว์ปีก พบว่าประชาชนมีความรู้โรคไข้หวัดนกในระดับดี ทักษะและการปฏิบัติตนในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่พบเชื้อและไม่พบเชื้อ H5N1 พบว่ามีความรู้เรื่องโรคไม่แตกต่างกัน แต่ประชาชนในพื้นที่ที่เคยพบเชื้อมีทัศนคติที่เอื้อต่อการป้องกันโรคมกกว่าพื้นที่ไม่พบเชื้อ ($p < 0.05$) ส่วนการปฏิบัติตนนั้น พื้นที่ไม่พบเชื้อมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่าพื้นที่พบเชื้อ ($p < 0.05$) ด้านการรับรู้ข่าวสารโรคไข้หวัดนก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.1 รับรู้จากสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 7.4 รับรู้ข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและร้อยละ 6.0 รับรู้ข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การเลี้ยงสัตว์ปีก ส่วนใหญ่เลี้ยงแบบปล่อยน้อยกว่าพื้นที่ไม่พบเชื้อ ($p < 0.05$) อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี อสม.ในพื้นที่พบเชื้อมีกิจกรรมการเฝ้าระวังและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมโรคมกกว่าพื้นที่ไม่พบเชื้อ ($p < 0.05$) ปัจจัยที่ยังได้รับแรงสนับสนุนไม่เต็มที่เป็น สิ่งสนับสนุนเพื่อการทำงานควบคุมโรค เช่น ถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก ร้อยละ 60.8 และอสม.ส่วนใหญ่ให้ความรู้แก่เพื่อนบ้าน มีการสำรวจและสังเกตสัตว์ปีกป่วย แต่มีส่วนร่วมไม่มากในการทำลายสัตว์ปีก และมี อสม.เพียงร้อยละ 69.3 ที่สังเกตอาการผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่

ถาวร มาตัน (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกและความสัมพันธ์ของประชาชนในพื้นที่เลี้ยงอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยการสัมภาษณ์ตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน จากจำนวน 14 ตำบล 42 หมู่บ้าน รวม 784 คน ที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาดของไข้หวัดนกในสัตว์ปีก เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันไข้หวัดนก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างกับระดับพฤติกรรมของการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 507 คน อายุเฉลี่ย 43.6 ปี มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.9 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกจากสื่อโทรทัศน์เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.5 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 49.5 ในครอบครัวมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีและผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.6 ส่วนการเลี้ยงสัตว์ปีก พบว่าร้อยละ 43.6 มีการเลี้ยงสัตว์ปีกไว้ในบริเวณหน้าบ้าน

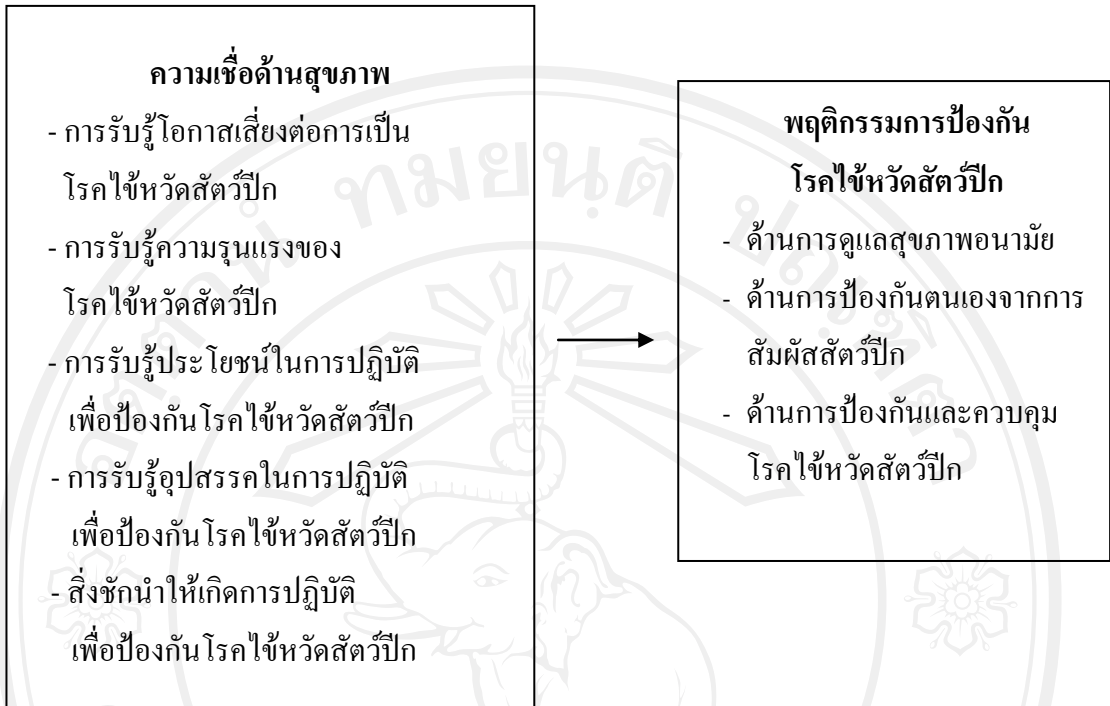
และเป็นการเลี้ยงไก่พื้นเมืองมากที่สุด ร้อยละ 55.3 รองลงมา คือ ไก่ชน ร้อยละ 34.5 ผู้เลี้ยงไก่พื้นบ้านและไก่ชนมีการสัมผัสกับสัตว์ปีกที่ตนเลี้ยง ร้อยละ 94.2 และ 89.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องไข้หวัดนกและการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในระดับปานกลาง แต่มีทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากรกับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก พบว่าปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก การเลี้ยงสัตว์ปีกไว้หน้าบ้าน และการฆ่าสัตว์ปีกเพื่อบริโภคในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของประชาชน

ประเสริฐ บินตะคุ และ ไพโรจิตร ศิริมงคล (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก ความเชื่อความสามารถตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 223 คน ผลการศึกษาพบว่า อสม.มีความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในระดับมาก ร้อยละ 62.3 ($\bar{X} = 11.9$, $SD = 2.05$) มีความเชื่อความสามารถตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในระดับมาก ($\bar{X} = 2.66$, $SD = 0.22$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.45$, $SD = 0.44$) และมีการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.39$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ พบว่าปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการทำงานของอสม. และการได้รับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.168$, $p\text{-value} < 0.092$; $r = 0.212$, $p\text{-value} < 0.001$; $r = 0.168$, $p\text{-value} < 0.012$; $r = 0.156$, $p\text{-value} < 0.020$ ตามลำดับ) ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ความเชื่อความสามารถตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.212$, $p\text{-value} < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.426$, $p\text{-value} < 0.001$)

พ่องพรรณ เสาร์เขียว (2548) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของคณงานในฟาร์มเลี้ยงไก่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาในฟาร์มเลี้ยงไก่ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมปศุสัตว์ พบว่าคณงานส่วนใหญ่ร้อยละ 52.2 มีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกโดยรวมอยู่ในระดับดี และคณงานร้อยละ 80.4 มีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดี โดย มีพฤติกรรมทั้งด้านการป้องกันตนเองและด้านการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับดี เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก พบว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงบวก แต่อยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.20, p < 0.05$)

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ของผู้ฆ่าและชำแหละสัตว์ปีก ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคโดยตรงจากทุกกระบวนการปฏิบัติงาน เนื่องจากโรคไข้หวัดสัตว์ปีกเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัสกับเลือด สารคัดหลั่งและมูลของสัตว์ปีก โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Baker และ Maiman (1975) โดยมีองค์ประกอบคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้หวัดสัตว์ปีก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดสัตว์ปีก การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ผู้ชำแหละสัตว์ปีกควรมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกสำหรับผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีก โดยศูนย์ปฏิบัติการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมาตรการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกที่เสนอแนะโดยศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (CDC) สมาคมความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของสหรัฐอเมริกา (OSHA) และมาตรการรับรองและควบคุมผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ในประเทศไทย โดยสำนักพัฒนาระบบและรับรองมาตรฐานสินค้าปศุสัตว์ กรมปศุสัตว์ ที่ได้กำหนดมาตรฐานโรงฆ่าสัตว์ปีกขนาดเล็กและวิธีปฏิบัติในโรงฆ่าสัตว์ปีก สรุปเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกของผู้ชำแหละสัตว์ปีก ประกอบด้วย ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ด้านการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสัตว์ปีก ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ผู้วิจัยจึงสรุปกรอบแนวคิดในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกของกลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีก ในเขตเทศบาลนครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ดังนี้



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย