

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของประชาชน จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัย ได้ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องซึ่งสามารถประมวลสาระสำคัญได้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก
3. แนวคิดเกี่ยวกับมาตรการควบคุมโรคไข้หวัดนก
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors) เป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้นจึงลงมือกระทำ เช่น การรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ ในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอนหลับอย่างเพียงพอ ประมาณ 7 ชั่วโมง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุรามากเกินไป และไม่สูบบุหรี่ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง พฤติกรรมสุขภาพก็คือ พฤติกรรมที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี (จินตนา ยูนิพันธ์ 2532: 43-44)

กอชแมน (Gochman, 1982) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ สุขอนามัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น และที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (health related behavior) จึงเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive & Promotive behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ สอดคล้องกับพาลังค์ (Palang 1991 : 816) ที่ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่คนริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

นอกจากนั้น แฮร์ริส และกูเทน (Harries and Guten 1979 : 6) ได้นิยามกลุ่มไปถึงการรับประทานยา เพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย เช่น การบริโภควิตามิน การรับประทานยาถ่าย การสวนอุจจาระ การอาบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น และการสวมหมวก ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพนี้ สามารถแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการกินอาหาร ทั้งจำนวน ความถี่ และเวลาของมื้ออาหาร

1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเดิน การวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การยืนนกดกลา การพักผ่อนหย่อนใจในวันสุดสัปดาห์ และการงัดคันตุ๊กตาหรือเครื่องดนตรีที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการงดใช้สารเสพติดต่างๆ

1.3 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันอันตราย เช่น การรณรงค์การสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของโรค เช่น ตรวจหาเชื้อมะเร็งปากมดลูก การตรวจร่างกายเพื่อดูสมรรถภาพของหัวใจ การเอกซเรย์ประจำปีและการไปพบทันตแพทย์

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพตน คือ เริ่มมีการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสงสัยว่า ตนเองจะเจ็บป่วยและต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดังคำกล่าวของ แมคคาร์รี (Macharie, 1978 : 121) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมนี้ในรูปของความเข้าใจของบุคคลว่า ตนเองต้องการคำแนะนำและตัดสินใจที่จะแสวงหาแหล่งให้คำปรึกษา ซึ่งจะนำไปตามเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นพฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบายจึงครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือ หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นไปได้ทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัวญาติเพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการที่ไม่ทำอะไรเลยแต่จะคอยให้อาการผิดปกติต่างๆ นั้นหายไปตัวเอง

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick role behaviors) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่นหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยเองก็ได้ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย

การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การพัฒนาพฤติกรรมของคนนั้นได้พัฒนาตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา จนกระทั่งตลอดการเจริญเติบโตในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสุดท้ายคือ วัยสูงอายุ การพัฒนาการของคนนั้นได้พัฒนาตลอดชีวิตโดยไม่มีการหยุดยั้ง จึงนับได้ว่าการพัฒนาพฤติกรรมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละวันและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละวัยจะดำเนินไปดังนี้

1. พฤติกรรมก่อนคลอด พฤติกรรมของทารกจะเริ่มพัฒนาตั้งแต่เริ่มแรกของการผสมพันธุ์ของไข่กับอสุจิ ภายใต้ที่เหมาะสม การเจริญเติบโตจะพัฒนาไปทีละขั้นตอน ในระยะ 2 เดือนแรก จะเป็นสาระสำคัญของการพัฒนาสมองและระบบประสาท และเมื่อ 3 เดือนผ่านไป รูปร่างก็จะเห็นชัดเจนขึ้น เริ่มมีรูปร่างลักษณะอื่นยื่นออกจากลำตัว และจนกระทั่ง 3 เดือนสุดท้าย อวัยวะทุกส่วนจะสมบูรณ์ที่สุด สามารถทำงานได้เต็มที่ พฤติกรรมของทารกก่อนคลอดเป็นไปอย่างน่าสนใจ ซึ่งทางการแพทย์ได้มีการศึกษามากเกี่ยวกับพฤติกรรมของทารกในครรภ์ และพบว่าทารกในครรภ์มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่ผ่าน ไปทางมารดานั้นจะมีผลต่อเด็ก ทำให้เด็กมีปฏิกิริยาโต้ตอบที่แตกต่างกัน นอกจากปฏิกิริยาที่กล่าวมาแล้วเด็กก็จะเปลี่ยนไปมาบางครั้ง ซึ่งเรียกว่า เด็กดิ้น พฤติกรรมในครรภ์จึงเป็นไปในลักษณะง่ายๆ และเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากสภาพร่างกายมากกว่าที่เกิดจากพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมสุขภาพในวัยนี้จึงไม่เกิดการพัฒนา เพราะพฤติกรรมการกิน นอน ขับถ่ายได้เป็นไปตามธรรมชาติ ไม่ได้มีการเรียนรู้มาจากอิทธิพลของสิ่งเร้าแต่อย่างใด และพฤติกรรมสุขภาพของมารดาก็ไม่มีผลต่อการเอาแบบอย่างในตัวเด็กที่อยู่ในครรภ์แต่อย่างใดเช่นกัน

2. พฤติกรรมวัยเด็ก หลังคลอดเด็กจะมีพัฒนาการทางด้านความคิด อารมณ์ สังคม พร้อมๆ กับการเจริญเติบโตซึ่งได้พัฒนามาตามลำดับ ถ้าเด็กไม่มีความผิดปกติทางด้านพันธุกรรม เด็กที่มีอายุเกิน 2 ปีจะบอกผู้ใหญ่ได้ว่า ต้องการจะถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ พ่อแม่ควรจะสอนให้เด็กนั่งกระโถนได้หรือปัสสาวะลงในโถส้วม ได้ฝึกให้ใช้ช้อนตักอาหาร เกี่ยวกับอาหารซ้ำๆ พฤติกรรมเหล่านี้ถ้าได้ฝึกสอนจะสามารถส่งเสริมให้เด็กปฏิบัติเป็นแบบอย่างได้

เมื่อเด็กเข้าโรงเรียนอนุบาลช่วงอายุ 5 ขวบ พฤติกรรมการกิน นอน พักผ่อน ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของเสื้อผ้า และรักษาความสะอาดของห้องเรียนต้องได้รับการเรียนรู้จากครูซึ่งทั้งบ้านและโรงเรียนจะต้องช่วยกัน สร้างสรรค์ให้เด็กได้แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในโอกาสต่อไป

เมื่อเด็กได้เข้าเรียนในระดับประถมศึกษาตอนต้น พฤติกรรมภายในด้านความคิดความรู้สึก เจตคติ ค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องอื่นๆ ล้วนแต่เป็นผลของการเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการทางสังคม อิทธิพลของบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอก ครอบครัวเริ่มมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเพิ่มขึ้น ชุมชนควรจะจัดการดำเนินการตอบสนองการพัฒนาด้านสุขภาพแก่บุคคลในวัยนี้ เช่น การจัดตั้ง ร่องรับขยะในสวนสาธารณะ ถนน มีการเผยแพร่ข่าวสารเชิญชวนให้ปฏิบัติในพฤติกรรมที่ดี เพราะ เด็กวัยนี้มีความพร้อมทางด้านร่างกาย สมอง สามารถเรียนรู้ได้ เมื่อพฤติกรรมใดได้รับการพัฒนา ในช่วงนี้ และได้รับการส่งเสริมให้ทำเป็นประจำและเกิดเป็นนิสัย ซึ่งจะมีผลต่อการป้องกัน โรคและ ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนด้วย

3. พฤติกรรมวัยรุ่น พฤติกรรมของบุคคลวัย 13-19 ปี การพัฒนาร่างกายจะมีทั้งสองเพศ แสดงความเป็นหนุ่มสาว พร้อมจะแสดงบทบาทสืบพันธุ์และแพร่พันธุ์ได้ วัยนี้เป็นวัยที่มีความหมายต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพมาวัยหนึ่ง ทั้งนี้เพราะตามหลักของพฤติกรรมศาสตร์ แล้วเป็นวัยที่กำลังคิดหาเหตุผลอยากรู้ อยากเห็น ต้องการทดลองในสิ่งต่างๆ พัฒนาทั้งทางด้าน ค่านิยมและสุขภาพด้วยซึ่งจะพบว่า ทั้งชายและหญิง มีความพิถีพิถันมากทั้งทางด้านรูปร่าง แต่งกาย รักสวย รักงาม ต้องการรูปร่างได้ดีสัดส่วน สมบูรณ์ เป็นที่น่าพอใจของเพศตรงข้ามและผู้พบเห็น

ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพควรได้รับการเน้นให้เปลี่ยนแปลงแนวความคิดที่เชื่อ ผิดๆ เช่น คิดว่าลูกชายต้องดื่มสุรา สูบบุหรี่ เพื่อดูแล พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทั้งสิ้นและถ้าได้ลองแล้วอาจจะเกิดเป็นนิสัย จนกระทั่งในที่สุดอาจจะเป็นคนคลั่งเสพติดได้

4. พฤติกรรมวัยผู้ใหญ่ วัยนี้อายุเกิน 20 ปี จนกระทั่ง 60 ปี เป็นวัยซึ่งสภาพร่างกายได้รับการพัฒนาสมบูรณ์แล้วทั้งสองเพศมีอยู่เป็นจำนวนน้อยที่จะเจริญต่อไปอีก 2-3 ปี แม้การพัฒนาการ ที่ต่อเนื่องจากวัยรุ่นแทบจะไม่เห็นความแตกต่าง แต่พฤติกรรมที่แสดงออกเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการแสดงออกมา มีความคิดอย่างมีเหตุผลและมีความคิดรอบคอบมากขึ้น ยอมรับกฎเกณฑ์ของ สังคมเพิ่มขึ้น เข้าใจเหตุผลของระเบียบสังคมที่มีเพื่อควบคุมพฤติกรรมของบุคคล การแสดงออก สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ ระเบียบ และขนบธรรมเนียมประเพณี

พฤติกรรมภายในทั้งความคิด อารมณ์ และสังคมจะเปลี่ยนไปจากวัยรุ่น อารมณ์ร้อนแรง มุทะลุลดลงไป ควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่า แสดงอารมณ์เหมาะสมกับวัยให้ความสนใจยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นอย่างมีเหตุผล ต้องการแสดงออกเพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ในความสามารถในตนเองมีความ รับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพในวัยนี้ได้พัฒนาจนเป็นนิสัยแล้วถ้าจะเปลี่ยนแปลงอะไรจำเป็นต้องใช้เวลานาน ต้องอาศัยกระบวนการทางการศึกษาร่วมด้วยอย่างมาก การเสนอบริการสาธารณสุขให้ประชาชนในวัยนี้ได้ไปใช้บริการจะเน้นความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ที่จะให้ความสนใจและรับบริการ เช่น การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การควบคุมและป้องกันโรค การสุขภาพสิ่งแวดล้อม ฯลฯ การที่กล่าวเช่นนี้ก็เพราะบุคคลในวัยดังกล่าว เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวเป็น บุคคลที่มีสุขภาพดี เมื่อเป็นผู้ใหญ่ก็จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง

สำหรับวัย 45-60 ปี จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเห็นได้ชัดเจน มักมีอาการเปลี่ยนแปลงไป หงุดหงิด อารมณ์เสียได้ง่าย อวัยวะเสื่อมโทรมตามธรรมชาติ สำหรับหญิงจะเป็นวัยหมดระดู สายตาเปลี่ยนไปเป็นต้น ถ้าการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กับอาชีพและไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่อันตรายได้

5. พฤติกรรมวัยสูงอายุ วัย 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเปรียบได้เหมือนต้นไม้ใกล้ฝั่ง สภาพร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานลดประสิทธิภาพลง กล้ามเนื้อลดความแข็งแรง ความคิดอ่านช้า ความจำลดลง ประสาทหู ตา ไม่ว่องไว การพูดจามักจะ ชอบพูดความหลังที่ประทับใจ ต้องการแสวงหาผู้อื่นรู้ว่าตนเองมีความรู้มีประสบการณ์มาก่อน ต้องการให้สังคมยกย่องนับถือ ในความสามารถของตนเอง จากสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปมากเช่นนี้ โรคที่จะตามมาจะมีเรื่องปวดข้อ โรคหัวใจ โรคกระเพาะ อุบัติเหตุ เป็นต้น ภาวะเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลสุขภาพ และช่วยเหลือรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ได้กล่าวโดยทั่วไปในเบื้องต้นว่า การพัฒนาพฤติกรรมจะเป็นไปตามวิถีภาวะ โดยเน้นการพัฒนาการด้านร่างกาย ซึ่งจะเกิดขึ้นตลอดเวลาพฤติกรรมบางพฤติกรรมก็จะคงที่ แต่พฤติกรรมบางพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงนี้แบ่งออกได้ 3 ประการ คือ

1. รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นักจิตวิทยาชื่อ เคลแมน (Herber C. Kelman) ได้แบ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ 3 ลักษณะคือ

1.1 การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้เนื่องจากสังคมใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือบังคับ คือถ้าไม่ทำตามจะถูกลงโทษ เช่น ถ้าสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์จะถูกปรับ 1,000 บาท ถ้าไม่แจ้งเกิดภายใน 15 วัน ไม่แจ้งตายภายใน 24 ชั่วโมงจะต้องถูกปรับตามกฎหมาย เป็นต้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงเพราะเอาแบบอย่าง เปลี่ยนแปลงเช่นนี้ก็โดยถือเอาตัวบุคคลเป็นแบบอย่างว่าผู้นั้นแสดงพฤติกรรมที่ตนเองคิดว่าดี จึงเลียนแบบตาม เช่น พ่อแม่ชอบเล่นดนตรี

กีฬา ซึ่งได้รับการยกย่องจากสังคม ตนเองก็จะชอบและเลียนแบบด้วย แต่บางพฤติกรรมอาจจะเลียนแบบไม่เป็นไปอย่างถาวรก็ได้ เช่นเลียนแบบดาราดาราภาพยนตร์ที่ชอบในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่อาจต้องเลิกเลียนแบบ เมื่อดาราที่ชอบได้เปลี่ยนพฤติกรรมนั้นก็ได้

1.3 การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งดี การเปลี่ยนแปลงนี้ตรงกับแนวและค่านิยมของตัวเอง จึงยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติเพราะพบว่าสามารถแก้ปัญหาตนเองได้ เช่น ได้ศึกษาจากคนอื่นว่า การตั้งใจเรียนหนังสือ ดีกว่า ให้มีความรู้กว้างขวางสามารถนำไปประกอบการพูดคุย ออกความคิดเห็นกับคนอื่นได้ บางคนชอบที่จะช่วยเหลือผู้อื่น เป็นอาสาสมัคร ช่วยผู้อื่นที่ตกทุกข์ได้ยาก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ตรงกับค่านิยมของตนเอง จึงได้ปฏิบัติในแนวคิดใหม่ๆ นั้น

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยทุกปัจจัยล้วนมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งนั้น แต่ในที่นี้จะขอสรุปเพียง 4 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ

2.1 พันธุกรรม พันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญ อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดเห็นหรือการแสดงออกอาศัยระดับสติปัญญา ซึ่งมาจากพันธุกรรมที่ได้มาจากบิดามารดา หรือบรรพบุรุษของตนเอง ความเฉลียวฉลาดของบุคคลจึงมีผลจากพันธุกรรม นอกจากนี้ยังมีโรคบางโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เช่น โรคเบาหวาน ตาบอดสี โรคจิตเภท เป็นต้น

2.2 สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อม นับได้ว่ามีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนได้เช่นกัน กล่าวคือ บุคคลติดยาเสพติดมักจะได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว เพื่อนฝูง ชักนำให้ทดลอง ซึ่งยาเสพติดสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนได้ ทั้งเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในและภายนอกบุคคล จึงไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ นับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต่างไปจากแบบฉบับเดิมอย่างมาก

2.3 วุฒิภาวะ วุฒิภาวะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคลนั้น ดังจะเห็นได้จากเด็กอายุ 2-3 เดือน ไม่สามารถเดิน พูดได้ ครั้นเมื่ออายุ 1 ขวบก็สามารถเดินได้ พอโตขึ้นก็สามารถพูดได้ พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงจากการพูดไม่ได้เป็นพูดได้ จากเดินไม่ได้เป็นเดินได้ ล้วนแต่เป็นผลจากวุฒิภาวะ ของมนุษย์ทั้งสิ้น ซึ่งวุฒิภาวะก็เป็นพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ทุกคน

3. ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองย่อมมีผลกระทบ ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งประเทศชาติได้ ในที่สุด ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงนั้นอาจมีผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของบุคคลว่า เปลี่ยนไปในด้านบวกที่สอดคล้องกับกฎหมาย วัฒนธรรมและสังคม

ของตนเองเพียงใด นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งก็จะเกิดขึ้นอยู่กับจำนวนของบุคคลที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยถือว่าถ้าไม่มีบุคคลจำนวนมากเปลี่ยนแปลง ผลกระทบย่อมมีมาก และจำนวนผู้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีน้อย ผลกระทบก็จะน้อยลงด้วย ตามที่กล่าวว่า บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมย่อมมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาตินั้นเป็นอย่างไร มีดังต่อไปนี้

3.1 ผลกระทบต่อสุขภาพ การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในด้านใดด้านหนึ่ง สิ่งตามมาคือ บุคคลนั้น ได้มีพฤติกรรมใหม่ขึ้นมา บุคคลก็จะคงพฤติกรรมนั้น ไว้จนกลายเป็นนิสัย ซึ่งทำให้บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน

3.2 ผลกระทบต่อครอบครัว การที่บุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวย่อมจะได้รับผลกระทบด้วย ไม่ด้านใดก็ตามหนึ่ง เช่น บุคคลในครอบครัวติดสารเสพติด สมาชิกในครอบครัวอาจติดสารเสพติด หรือมีพฤติกรรมเป็นไปในทางลบได้

3.3 ผลกระทบต่อชุมชนและประเทศชาติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งที่เป็นด้านดีและด้านไม่ดี จะมีผลต่อชุมชนและประเทศชาติทั้งนั้น เพราะถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นลูกโซ่ ถ้าการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในสังคมเป็นไปในทางสร้างสรรค์ ชุมชนก็จะเจริญขึ้น ความร่วมมือของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่แต่ละหมู่บ้านได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันนี้ จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของสมาชิกในชุมชน แต่ถ้าสมาชิกในสังคมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางทำลายเช่น ติดยาเสพติด เงินขบวน ชอบลักขโมย สร้างข่าวลือต่างๆ ใ้คนในชุมชนได้รับความเดือดร้อน ประเทศชาติก็จะประสบปัญหาเดือดร้อนด้วย ดังนั้น แนวความคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทุกคนต้องยึดถือว่าการเปลี่ยนแปลงของแต่ละคนจะส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ และควรจะยึดถือตลอดเวลาว่าทุกคนคือส่วนหนึ่งของประเทศชาติ ไม่ใช่จะยึดถือในคำกล่าวที่ว่า “ประเทศไม่ใช่ของคนคนเดียว” ถ้าไปยึดถือเช่นนั้น ประเทศชาติก็จะพลอยขาดความเจริญไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสาธารณสุขที่ประชาชนเผชิญอยู่ในขณะนี้ล้วนแต่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของคนที่ได้รับผิดชอบต่อสังคม ดังจะเห็นจากปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ซึ่งเกิดจากบุคคลในชาติทำ ถ้าบุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในด้านอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม รักษาธรรมชาติ เช่น ปลูกต้นไม้ เทศกาลเข้าพรรษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลเห็นประโยชน์ของธรรมชาติ และเป็นผลกระทบทางดีต่อชุมชนและประเทศชาติ

แนวคิดและประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป ซึ่งได้กล่าวไปแล้วแต่พฤติกรรมสุขภาพจะเน้นเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การมีพฤติกรรมสุขภาพความรู้ความคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ว่าเป็นอย่างไร จะแสดงออกโดยการบอกกล่าวเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การบอกกล่าวว่าจะรักษาสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยได้อย่างไร การอธิบายให้รู้สาเหตุของโรค หรือการเขียนบทความให้ผู้อื่นทำให้เกิดแนวความคิดในเรื่องสุขภาพ เป็นต้น

พฤติกรรมด้านทัศนคติ เป็นพฤติกรรมที่หมายถึงสภาพความพร้อมของบุคคลที่มีต่อสุขภาพ เช่น ความยินดี ความเห็นชอบ ความพึงพอใจที่จะปฏิบัติให้เป็นผู้มีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้าน การปฏิบัตินั้นได้แสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นได้โดยการดูจากผู้อื่น เช่น การที่บุคคลได้รับการบริการจากสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน การจัดสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่อาศัย การเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหารที่สุก สะอาด ถูกหลักอนามัย การแต่งกายสะอาด เหล่านี้เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมานี้บางพฤติกรรมไม่สามารถจะวัดได้โดยการสังเกตแต่อาจใช้เครื่องมือพิเศษจึงจะบอกได้ว่า “มี” หรือ “ไม่มี” และเมื่อพิจารณาแนวคิดของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแล้วจะเห็นว่ากระบวนการเกิดโรค หรือเกิดภาวะที่ไม่สมบูรณ์ของร่างกายนั้น ส่วนใหญ่จะต้องมีสาเหตุจากเชื้อโรคหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค ดังนั้นการที่บุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมจะมีผลสืบเนื่องมาจากการปฏิบัติของบุคคลนั้นๆ ได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งในสภาวะก่อนเจ็บป่วยและขณะเจ็บป่วย ในที่นี้จะเรียกพฤติกรรมทั้งสองสภาวะนี้ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับองค์ประกอบตามแนวคิดของพฤติกรรมทางด้านการศึกษาของ บลูม(Bloom) และมาเซีย(Krath – wahl , and Macia) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรู้ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด วิเคราะห์เพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่างๆ ซึ่งเริ่มต้นจากความรู้ระดับง่ายๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีระดับขั้นต่างๆ ดังนี้

1.1 การเรียนรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงจำได้ นึกได้ หรือมองเห็น ได้ยินก็จำได้ การรู้ในขั้นนี้รู้เกี่ยวกับ คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี เป็นต้น ระดับพฤติกรรมตั้งแต่ 1-6 นี้ถือว่าผู้เรียนเพียงจำ

1.2 ความเข้าใจเมื่อบุคคลได้มีประสบการณ์เกี่ยวกับข่าวสารหนึ่งข่าวสารใด อาจโดยการฟัง หรือได้อ่าน เขียน ซึ่งอาจทำให้บุคคลแสดงความเข้าใจออกมาในรูปของทักษะหรือความสามารถในการแปล การให้ความหมาย และการคาดคะเน

1.3 การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ พฤติกรรมระดับนี้เป็นพฤติกรรมที่นำเอาความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหานั้นเอง ซึ่งมีขั้นตอนต่างๆ หลายขั้นตอนด้วยกัน จะเห็นว่าการเข้าใจหลักทฤษฎี วิธีการต่างๆ จะถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหา

1.4 การวิเคราะห์ ความสามารถในการวิเคราะห์เป็นขั้นตอนหนึ่งของพฤติกรรมพุทธิปัญญาซึ่งอาจแบ่งเป็นความสามารถย่อยๆ ได้ 3 ขั้นด้วยกัน คือ ขั้นที่ 1 เป็นความสามารถแยกองค์ประกอบของปัญหาหรือสภาพการณ์ออกเป็นส่วนๆ เพื่อทำความเข้าใจกับส่วนประกอบต่างๆ ให้ละเอียด ความสามารถขั้นที่ 2 ผู้เรียนสามารถมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบเหล่านั้น ความสามารถขั้นที่ 3 ผู้เรียนสามารถมองเห็นหลักของการผสมผสานส่วนประกอบที่รวมกันเข้าไปเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ หมายถึงความสามารถในการนำเอาส่วนประกอบย่อยหลายส่วนมารวมกันเข้าเป็นส่วนรวมซึ่งมีโครงสร้างที่แน่ชัด โดยทั่วไปแล้วความสามารถนี้จะเกี่ยวข้อง อาศัยการนำเอาประสบการณ์เก่ามารวมกับประสบการณ์ใหม่ แล้วสร้างเป็นแบบแผนหรือหลักในการปฏิบัติในกระบวนการรวมส่วนประกอบต่างๆ นั้นเป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผนก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์หรือความคิดริเริ่มในตัวผู้เรียน ซึ่งต้องอาศัยความสามารถหลายขั้นตอนดังกล่าวมาแล้ว

1.6 การประเมินผล ความสามารถในการประเมินผลนี้เกี่ยวข้องกับการให้ค่าความรู้หรือต่อข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งประกอบซึ่งจะออกมาในรูปของคุณภาพและปริมาณ การประเมินผลอาจจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของความสามารถหรือทักษะต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้วทั้ง 5 ขั้นตอน

2. พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (Effective domain) หมายถึงความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ความชอบ ความไม่ชอบ เจตคติ การให้ค่า การรับ การเปลี่ยน หรือการปรับปรุง ค่านิยมที่ยึดถือกันอยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการสังเกตเพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล การเกิดพฤติกรรมด้านเจตพิสัยแบ่งออกเป็นขั้นตอน ดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ ขั้นตอนนี้แสดงว่าบุคคลนั้นได้ถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่และมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมที่จะรับสิ่งเร้า นั้น ในขั้นนี้บุคคลจะมีจิตใจ 3 ลักษณะคือ เกิดความตระหนักว่ามีสิ่งหนึ่งถูกผลิตเกิดขึ้น

ความเต็มใจที่จะรับสิ่งมากระตุ้นนั้น และการเลือกรับหรือเลือกให้ ความสนใจในสิ่งที่นำความพอใจมาให้และไม่รับในสิ่งที่ไม่ชอบ

2.2 การตอบสนอง พฤติกรรมนี้ต่อเนื่องจากพฤติกรรมแรก บุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มากระตุ้น เกิดความยินยอม เต็มใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกผูกมัดนี้เป็นเพียงความรู้สึกขั้นต้น ยังยืนยันไม่ได้ว่าบุคคลนั้นมีเจตคติต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้นๆ อย่างไร

2.3 การให้ค่า พฤติกรรมขั้นนี้อาจจะอธิบายให้ชัดเจนโดยใช้คำว่า เกิดความรู้ทัศนคติซึ่งบุคคลจะแสดงปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับหรือรับรู้ว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์ต่อพฤติกรรมในขั้นนี้เป็นขั้นที่ได้พัฒนาหรือปรับปรุงสิ่งที่เขาให้ความสนใจพร้อมที่จะตอบสนองอยู่ในภาวะที่บังคับได้

2.4 การจัดกลุ่มค่า เมื่อบุคคลเกิดมีค่านิยมต่างๆ แล้วจึงได้จัดระบบของค่านิยมต่างๆ ไว้เป็นหมวดหมู่โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ พฤติกรรมในขั้นนี้จะเห็นได้ว่าบุคคลสร้างสัญญาชีวิตสำหรับตนเองหรือศึกษากฎเกณฑ์ต่างๆ ในการปฏิบัติตน โดยพิจารณาทางด้านคุณธรรม จรรยา และด้านหลักประชาธิปไตย เป็นต้น

นอกจากการได้ศึกษาองค์ประกอบของพฤติกรรมทั้ง สามด้านพอจะกล่าวสรุปได้ว่าก่อนที่จะเกิดจิตจะเกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้น บุคคลจะต้องผ่านภาวะอื่นๆ มาก่อน คือ ความสนใจ ความพอใจ และเมื่อเกิดเจตคติและค่านิยมแล้ว บุคคลจึงจะมีแนวทางปรับปรุงตัวเอง ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ย่อมมีแนวโน้มต่อการปฏิบัติให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ยังต้องอาศัยองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) พฤติกรรมปฏิบัติเป็นพฤติกรรมสุดท้ายที่มีพฤติกรรมความรู้ และเจตคติส่งเสริมให้พฤติกรรมด้านนี้ได้แสดงออกให้เห็นทางร่างกายเมื่อประเมินออกมาจึงสามารถประเมินได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านนี้ได้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน จึงสร้างปัญหาแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเสมอ เพราะพฤติกรรมการปฏิบัตินั้นเป้าหมายสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี หากบุคคลไม่ได้แสดงพฤติกรรมนี้ให้เห็นได้ชัดก็ย่อมที่จะประเมินผลว่า บุคคลได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์แล้วหรือยัง

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค การดำรงชีวิตของบุคคลต่างๆ ไปได้แสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้ในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่แล้ว เช่น ตื่นนอน ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ รับประทานอาหาร จัดบ้านเรือนให้สะอาด ป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ การแสดงออกถึงพฤติกรรม การป้องกันโรคยังรวมไปถึงพฤติกรรมการไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการควบคุมไม่ให้โรคกระจายหรือการติดต่อไปยังบุคคลอื่น การตรวจร่างกายประจำปี การไปรับบริการป้องกันโรคนี้ก็ถือว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพอีกด้านหนึ่ง ซึ่งเป็นความต้องการของการดำเนินงานสุขภาพเป็นอย่างมาก เพราะมุ่งหวังได้ การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้เกิดขึ้นกับประชาชนทุกกลุ่ม แต่การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้นจะต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างมาสนับสนุนในแต่ละขั้นตอน ดังเช่น Becker และคณะ ได้ให้รูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพได้ดังแผนภูมิ ต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบความเชื่อพฤติกรรมอนามัยด้านการป้องกันโรค

ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2542, หน้า 59

จากแผนภูมิที่ 1 จะบอกได้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคเพราะเขามีความเชื่อเป็นสำคัญ ซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลเนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้

(1) รับรู้ว่าถูกโรคคุกคาม การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองกำลังถูกคุกคามนั้นก็เนื่องจากสิ่งกระตุ้น 2 ประการคือ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคสูง ไม่ดำเนินการจะได้รับผลเสียต่อตนเอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังเช่น เมื่อมีการระบาดของไข้หัดเยอรมัน หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อโรค และเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะมีอันตรายต่อทารกในครรภ์ เมื่อตั้งครรภ์ในระยะแรกเมื่อบุคคลได้รับรู้เช่นนี้ย่อมจะหาวิธีการหลีกเลี่ยงไม่สัมผัสกับผู้ป่วยเหล่านี้ หรือปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อหาวิธีป้องกันที่เหมาะสมต่อไป

(2) รับรู้ผลดีผลเสียของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติป้องกันโรค ได้รับผลดีมากกว่าผลเสีย จะเป็นผลเนื่องจากบุคคลที่ได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้วว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นย่อมมีบ้าง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับนั้นได้ผล โดยเฉพาะในระยะยาว ดังเช่น ผู้ปกครองเด็กพาบุตรหลานของตนไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค หลังจากที่ได้วิเคราะห์อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่เด็กร้องเมื่อถูกฉีดวัคซีนและมีไข้หลังฉีดแล้ว ทำให้พ่อแม่เสียเวลาในการประกอบอาชีพ เสียค่าใช้จ่ายเป็นต้น แต่เมื่อพิจารณาแล้วอุปสรรคเหล่านี้เป็นอุปสรรคเพียงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ การเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเวลา และความรู้สึก ดังนั้นบุคคลจึงตัดสินใจพาบุตรหลาน ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย การที่บุคคลมีอาการทางร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงจากปกติ เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หวุดหาว นอนไม่หลับ เหล่านี้จะมีผลให้บุคคลไม่สามารถประกอบภารกิจประจำวันได้ปกติ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมผิดจากปกติ ไปดังนั้นบุคคลแต่ละคนจะมีแนวทางปฏิบัติที่แตกต่าง ไปในแต่ละกลุ่มชน ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบคล้ายกับองค์ประกอบของการป้องกันโรค ดังนั้น การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยจึงมีได้หลายแบบ คือ ตั้งแต่รักษาตนเอง รักษาตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน รักษาตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น การปฏิบัติดังกล่าวนี้ รวมเรียกว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย ดังแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภาพที่ 2 แสดงแนวทางในการปฏิบัติตัวของประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วย

ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2542, หน้า 62

จากแผนภูมิที่ 2 จะเห็นว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนแตกต่างกันไปตามองค์ประกอบทางสังคม วัฒนธรรม และองค์ประกอบเฉพาะตัวของบุคคลนั้น ๆ จากการศึกษาประชาชนในชนบทจังหวัดลำปาง เมื่อปี พ.ศ. 2539 พบลักษณะความแตกต่างของพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยแตกต่างกันมากใน 100 คน ของชาวบ้านที่ป่วยพบว่า 50 คนจะซื้อยามากินเอง 20 คนไปคลินิกเอกชน 15 คน ไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือศูนย์การแพทย์สาธารณสุขของรัฐ และ 15 คนจะไปรับการรักษากับพระหมอกลางบ้านหรือทางเวทมนต์และสมุนไพร จะเห็นว่าคนส่วนใหญ่จะไปซื้อยามากินเอง โดยปรึกษาคนขายยา ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และเป็นสาเหตุของการใช้ยาผิด เชื้อโรคคือยาและปัญหาอื่นๆ อีกมาก

ในการที่จะช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยที่ถูกต้องนั้น “สุขศึกษา” เป็นวิธีการที่สำคัญในการที่จะให้ประชาชน ได้เกิดความรู้ เกิดแรงจูงใจ ที่จะปฏิบัติในทางที่เหมาะสมเพื่อให้หายจากโรค

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จากเรื่องที่แล้วมาได้กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ นั้นมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และการเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก มีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งในที่นี้จะได้กล่าวเฉพาะองค์ประกอบที่สำคัญๆ คือ

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ องค์ประกอบด้านจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบที่มีอยู่ภายในจิตใจของบุคคล จึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทั้งในขณะเจ็บป่วยด้วยเช่น วุฒิภาวะของเด็กแต่ละช่วงอายุจะมีการพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ที่มีลักษณะเฉพาะ การปฏิบัติก็จะสัมพันธ์กับการพัฒนาการของเด็กในวัยนั้นด้วย เด็กในวัยที่แตกต่างกัน การพัฒนาความรู้ ความชอบ การปฏิบัติทางสุขภาพก็จะแตกต่างกัน เด็กโดยอ้อมมีความรู้สึกลึกซึ้งซึ่งมีขอบเขตกว้างขวางกว่าเด็กเล็ก รู้จักชอบเลือกสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง การปฏิบัติทางสุขภาพก็จะมีแนวโน้มที่จะทำตามใจตนเอง หรือเหมือนกลุ่มเพื่อนๆ ในวัยเดียวกัน ส่วนเด็กเล็ก ความรู้ ความเข้าใจอยู่ในวงจำกัด การพัฒนาค่านิยม เจตคติอาจจะต้องอาศัยผู้ใหญ่เป็นแบบอย่างโดยผู้ใหญ่ต้องปฏิบัติเป็นประจำเพื่อให้เด็กเล็กมีนิสัยและการปฏิบัติตามคำแนะนำได้กว่าเด็กโต ดังนั้นการจัดการศึกษาให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต้องพิจารณาถึงวุฒิภาวะของผู้เรียนเป็นสำคัญ อีกทั้งยังจัดเนื้อหา กิจกรรมการสอนวิธีการต่างๆ ให้เหมาะสมกับวุฒิภาวะของผู้เรียนด้วย

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อนุษย์เกิดมารวมกัน ย่อมมีความสัมพันธ์ต่อกันไม่ว่าความสัมพันธ์ขั้นต้นนั้นจะเป็นความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งมีพ่อแม่และสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์จะขยายต่อไปนอกครอบครัวเมื่อบุคคลเติบโตขึ้น มีภารกิจจะต้องคบหาและกันอาจจะเป็นไปในระหว่างเพื่อน นักธุรกิจ และการอาชีพอื่นๆ จึงทำให้บุคคลได้เรียนรู้พัฒนาแนวคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติที่บุคคลได้รับอิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรมจึงจะครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งมีองค์ประกอบต่อไปนี้

2.1 ครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด และเป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และมีความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในสังคมแต่ละแห่งจะได้กำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละท้องถิ่น นั่นก็หมายถึง มีจิตใจผูกพันกัน ช่วยเหลือกัน ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เป็นต้น ตลอดจนความเชื่อต่างๆ จึงจัดได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันซึ่งรักษาและถ่ายทอดวัฒนธรรมเบื้องต้น

พฤติกรรมสุขภาพก็เช่นกัน บุคคลมักจะยึดถือปฏิบัติเนื่องจากได้รับอิทธิพลของครอบครัว เช่น ครอบครัวที่รับประทานเนื้อวัว ไม่เล่นกีฬาหรือ ออกกำลังกาย ไม่ทำความสะอาด เก็บกวาด บ้านทุกวันเหล่านี้เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะเด็กๆ ที่ต้องการแบบอย่างที่ดีจากผู้ใหญ่ ก็จะได้รับแบบอย่างต่างๆ นั้นไปโดยไม่รู้ตัว ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติให้เป็นผู้มีนิสัยรักสุขภาพได้คืออยู่เสมอในอนาคต

นอกจากบทบาทของครอบครัวแล้ว ประเภทของครอบครัวก็มักจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพได้เช่นกัน ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก เป็นครอบครัวที่มีพ่อแม่ การปลูกฝังพฤติกรรม การปฏิบัติย่อมทำได้ง่ายกว่าครอบครัวขยาย เพราะมีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย แต่ละคนก็ย่อมจะยึดถือปฏิบัติสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากการปลูกฝังแนวความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติอาจขัดแย้งกันได้ เพราะต่างคนก็ต่างจิตใจ

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมใดก็มีการยึดถือกันเหนียวแน่นได้มาก ก็จะมีผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น กลุ่มที่อยู่ในวัยเดียวกันมักจะให้ความสนใจในสิ่งที่คล้ายๆ กัน ดังเช่น ครั้งหนึ่งวัยรุ่นมักจะนุ่งกางเกงยีนส์ ใส่เสื้อยืด สะพายย่าม รองเท้าส้นสูง และไว้ผมยาวเป็นแฟชั่น แม้ปัจจุบันก็จะเห็นวัยรุ่นขึ้นจับกลุ่มสูบบุหรี่ แสดงความเป็นชายเต็มตัว คิ๋มสุรา และในที่สุดก็ติดยาเสพติด ซึ่งก็เพราะเพื่อนชักจูงไปลองสูบ ในด้านที่เกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพ เป็นกลุ่มอีกประเภทหนึ่ง กลุ่มสตรีที่ไปรับบริการวางแผนครอบครัวเคยไปรับบริการในสถานที่ที่พึงพอใจก็มักจะชักชวนผู้อื่น ไปรับบริการด้วย ถ้าได้รับข่าวสารที่ไม่ดีก็จะบอกกล่าวต่อๆ กันไปไม่ให้ไปรับบริการ ซึ่งก็จะเกิดผลเสียต่อทางราชการได้เช่นกัน ดังนั้น เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกลุ่มชน จึงควรคำนึงถึงกลุ่มคนเป็นหลักด้วย

2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพจะแตกต่างกัน เช่น สถานภาพของสตรีที่ทำงานนอกบ้าน กับสถานภาพของสตรีที่ทำงานในบ้าน กล่าวคือ ผู้ที่ทำงานนอกบ้านมีแนวโน้มจะมีบุตรน้อยกว่า เพราะแนวทางวิถีชีวิตทำให้เกิดการเรียนรู้ว่ามีลูกน้อยดีกว่า โดยแสวงหาวิธีต่างๆ ที่จะจำกัดจำนวนตามต้องการนอกจากนี้สถานภาพทางด้านตำแหน่งงานที่ต่างกัน การให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพอนามัยให้ประชาชน ยอมปฏิบัติตามก็จะแตกต่างกันด้วย ตำแหน่งที่ประชาชนในชุมชนให้ความเชื่อถือ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู เป็นต้น และบุคคลเหล่านี้จะต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ประชาชนจึงจะยึดถือปฏิบัติตาม

2.4 วัฒนธรรม วัฒนธรรมเป็นมรดกตกทอดทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม ของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือ สังคมใดสังคมหนึ่ง มนุษย์จะคิดระเบียบกฎเกณฑ์และวิธีปฏิบัติตลอดจนความเชื่อความคิด ความเชื่อในขนบธรรมเนียมประเพณีบางอย่าง กฎข้อบังคับและสิ่งอื่นๆ ดังกล่าวทั้งหมดนี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก มีอิทธิพลในทางที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นอุปสรรคต่อสุขภาพ

จากการศึกษาองค์ประกอบทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีข้อห้ามที่มีผลต่อสุขภาพ และข้อห้ามที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนแต่ละกลุ่มชนได้ปฏิบัติสืบทอดกันมาเป็นเวลานาน หากสิ่งใดที่เป็นผลดีจะต้องส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อไป แต่สิ่งใดที่เป็นอุปสรรคก็จำเป็นต้องรีบดำเนินการแก้ไข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในแต่ละชุมชน ควรจะได้พิจารณาองค์ประกอบทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต คำสอนของศาสนาแต่ละศาสนาสอนให้คนเป็นคนดี ประพฤติปฏิบัติสิ่งที่ดีงาม คำสอนของศาสนาจึงกลายเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีไป เช่น ห้ามดื่มสุรา และของมีเมา ซึ่งจะมีผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ถือดีมีมารยาท แล้วจะเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ขาดสติสัมปชัญญะ ซึ่งจะบั่นทอนต่อสุขภาพทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ รายได้ของประชาชนมีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพอนามัย ถ้าประชาชนมีรายได้ มีฐานะดี ก็จะเลือกใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพที่ดีที่ให้ความสะดวกสบายทุกประการ ในทางตรงข้ามประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดียากจน แม้จะต้องการจะไปรับบริการป้องกันโรค รักษาโรคสักเพียงใดก็ตามก็ย่อมจะทำได้ยาก

นอกจากฐานะแล้วยังเกี่ยวพันถึงระดับการศึกษาด้วย คือ ฐานะไม่ดี โอกาสจะได้เรียนสูงๆ ย่อมจะเป็นไปได้น้อย ดังนั้น คนที่ยากจนจึงมีความรู้ที่น้อยด้วย เมื่อมีความรู้ที่น้อยก็จะมีผลต่อการที่จะเข้าใจการที่จะมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพด้วย จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยซึ่งองค์ประกอบทั้ง สามคือ การศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ

แต่ในทางตรงข้ามฐานะเศรษฐกิจดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีย่อมมีมากกว่าผู้มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ การศึกษาจะช่วยให้นักคนมีความรู้ที่ถูกต้อง มีการปฏิบัติที่ถูกต้องทั้งสามด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

4. องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนของไทยนั้น มีระดับการศึกษาจบประถมศึกษาเท่านั้น คือมีประมาณร้อยละ 76 ของประชากรไทยทั้งหมด ระดับการศึกษาของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศทำให้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น ผู้มีการศึกษาดีก็จะมีอาชีพและรายได้สูงกว่าผู้มีการศึกษาน้อย

เมื่อศึกษาปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในกลุ่มระดับการศึกษาที่แตกต่างกันปัญหาสุขภาพก็แตกต่างกันด้วย โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติในการป้องกันโรค ปล่อยปละละเลยจนกระทั่งเจ็บป่วยหนักจึงมารับบริการจากโรงพยาบาล ซึ่งพบมากในกลุ่มประชาชนในชนบท พบว่าประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิลำไส้ จำนวนประชากรเกิดในอัตราที่สูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่

5. องค์ประกอบทางด้านการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นโยบายการปกครองของประเทศก็จะเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยรัฐออกกฎหมายให้ประชาชนปฏิบัติตามและถ้าฝ่าฝืนเจ้าหน้าที่ก็จะดำเนินการตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด จึงทำให้นโยบายทางการเมืองในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพได้ผลดี

ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 รัฐบาลเน้นความร่วมมือประสานงานของโครงการ 4 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกล่าวว่าการพัฒนาด้านการศึกษาของประชาชนควบคู่กันไป พร้อมกับการพัฒนาด้านการเกษตร ซึ่งจะเป็นการเพิ่มพูนรายได้ของประชาชน พร้อมกับการขยายบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงประชาชนที่อยู่ห่างไกล และในขณะเดียวกันก็จะแก้ปัญหาของประชาชนไปพร้อมๆ กัน ซึ่งทางเจ้าหน้าที่การปกครองจะร่วมกันด้วย

เมื่อรัฐบาลมีนโยบายแน่วแน่ดังกล่าวแล้ว การให้บริการรักษาพยาบาลตลอดจนการจัดการศึกษาต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยที่รัฐบาลจัดให้กับประชาชน นั้นขึ้นอยู่กับทางการเมืองเป็นสำคัญ ถ้ารัฐบาลเห็นความสำคัญและเห็นความจำเป็นก็จะเสนอให้ได้รับงบประมาณสำหรับกิจกรรมการแพทย์และสาธารณสุขมาก บริการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขก็เพิ่มจำนวนให้ทั่วถึง นอกจากนี้โครงการต่างๆ ยังจะช่วยให้ประชาชนเกิดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพ ก็ย่อมจะขยายมากขึ้นด้วย

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเป็นการศึกษาด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในเรื่องสุขภาพ ซึ่งได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ

1. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยการสังเกต ข้อมูลจากการศึกษาโดยวิธีนี้เป็นที่น่าเชื่อถือได้มากกว่าการใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ แต่จะต้องใช้ความพยายามใช้เวลานาน เพราะพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาแต่ละครั้งต่างเวลาและสถานการณ์กัน อาจจะทำให้พฤติกรรมที่ต่างกันได้เจ้าหน้าที่ควรจะใช้วิธีการสังเกตนี้ให้เป็นประโยชน์ต่อการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนทั้งที่สำนักงานและหน่วยงานเคลื่อนที่ หรือขณะเยี่ยมบ้านในชุมชน มีพฤติกรรมหลายพฤติกรรมที่แสดงได้ เช่น การรับบริการของประชาชน การบริโภคอาหาร การรักษาความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า การปรุงอาหาร การรักษาอาคารที่อยู่อาศัยให้น่าอยู่ ข้อมูลจากการสังเกตเหล่านี้จะบอกถึงสภาพปัญหาสาธารณสุขได้

2. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยการสัมภาษณ์ หรือการศึกษาโดยทางอ้อมแบบหนึ่ง การศึกษาโดยการสัมภาษณ์นี้เป็นวิธีการศึกษานุคคหนึ่ง ซักถามข้อมูลจากบุคคลหรือกลุ่มทั้งที่เผชิญหน้าโดยตรงหรือใช้เสียงโทรศัพท์สอบถาม การสัมภาษณ์จึงเป็นการสนทนาอย่างมีจุดมุ่งหมายแน่ชัด คือผู้สัมภาษณ์ต้องตั้งวัตถุประสงค์ให้ได้แต่แรกว่าต้องการจะทราบเรื่องอะไร จะเอาข้อมูลได้อย่างไร และจะนำข้อมูลที่สัมภาษณ์ไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้างในการปฏิบัติงาน สุขศึกษาที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนก็มีความจำเป็นที่จะทราบข้อมูลต่างๆ ประกอบกับการนำไปแก้ไขปัญหาก็สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง

3. การศึกษาพฤติกรรมและสุขภาพโดยการใช้แบบสอบถาม เมื่อต้องการทราบพฤติกรรมของบุคคลเป็นจำนวนมาก และไม่สามารถจะสังเกตได้ เพราะบุคคลเหล่านั้นอาจอยู่ห่างไกล จึงจำเป็นต้องใช้แบบสอบถาม ซึ่งการสอบถามดังกล่าวนี้หมายถึง การกำหนดข้อความคำถามต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องที่เราจะศึกษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆ แล้วจึงบรรจุข้อความลงในแบบฟอร์ม การใช้แบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลจะสัมภาษณ์เอง หรือให้ผู้ตอบแบบสอบถามกรอกเองก็ได้ โดยมีคำแนะนำไว้อย่างละเอียดในแบบสอบถามนั้น

แบบสอบถามที่จะใช้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพนี้จะประกอบข้อความคำถามเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพหรือปัญหาโรคหนึ่งที่น่าสนใจจะศึกษา วัตถุประสงค์ส่วนใหญ่ของการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพนั้นก็เพื่อจะได้ศึกษาปัญหาความต้องการ หรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางสุขภาพของประชาชนตลอดจนความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนงานทางสุขภาพ

4. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยการใช้วิธีทางมานุษยวิทยา การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำได้โดยใช้วิธีทางมานุษยวิทยา โดยทั่วไป วิชามานุษยวิทยานั้นเป็นการศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์ โดยแบ่งเป็น 2 สาขาใหญ่ๆ คือ 1) สาขากายภาพชีวภาพ ซึ่งศึกษามนุษย์ในแง่กายภาพและชีวภาพ และ 2) สาขาสังคมวัฒนธรรม ศึกษามนุษย์ในแง่สังคมและวัฒนธรรม

วิชามานุษยวิทยาที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนนั้น จะเน้นหนักทางด้านสังคม วัฒนธรรม ซึ่งจะศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนพิจารณาในแง่ความหมาย ความเข้าใจ ความคิด ค่านิยม ฯลฯ ที่ประชาชนในระบบสังคม วัฒนธรรมยึดถือปฏิบัติกันอยู่เป็นเรื่องสุขภาพและ โรคภัย และมานุษยวิทยาจะพิจารณาด้านอื่นๆ ในระบบสังคมวัฒนธรรมนั้นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ได้แก่สุขภาพอนามัยและโรคภัย

สรุปแล้ว การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้วิธีทางมานุษยวิทยานั้น ใช้วิธีการศึกษาและรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกตและสอบถามกับประชาชนอย่างใกล้ชิด ด้วยการคลุกคลีกับเจ้าของกิจกรรมนั้นเป็นเวลานานพอที่จะให้รู้สึกแน่ใจได้ว่า ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป็นสิ่งที่ เป็นปกตินิสัย ไม่ใช่รวบรวมข้อมูลในระยะเวลาสั้นๆ โดยใช้แบบสอบถาม

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก

โรคไข้หวัดนกเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ในศตวรรษที่ 21 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกที่เป็นภัยคุกคามและสร้างความตื่นตระหนกไปทั่วโลก การระบาดของไข้หวัดนกได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และการลงทุนในภูมิภาคเอเชีย โรคไข้หวัดนกมีอีกชื่อหนึ่งว่า เอเลียน อินฟลูเอนซ่า (Arien Influenza Virus) หรือหวัดนก(Bird Flu) เริ่มพบครั้งแรกที่ประเทศอิตาลี เมื่อ 128 ปีก่อน พบในสัตว์ปีกทุกชนิดซึ่งมีความต้านทานต่อเชื้อไวรัสแตกต่างกันออกไปเชื้อไข้หวัดนกมีสายพันธุ์ย่อยที่แตกต่างกันใน 15 สายพันธุ์ และมี 2 สายพันธุ์เท่านั้นที่ทำให้สัตว์เสียชีวิต ได้เียบพลัน คือ เอช 5 และ เอช 7 เป็น 2 สายพันธุ์ย่อยที่สามารถแพร่เข้าสู่คนได้ เชื้อไวรัส เอช เอช 5 เป็นตัวระบาดในเอเชีย ในขณะนี้ ถูกค้นพบว่าข้ามจากไก่มาสู่คนได้ครั้งแรกในประเทศฮ่องกง เมื่อปี พ.ศ. 2539 ส่วนเชื้อไวรัส เอช 7 เอช 7 ระบาดเมื่อปี พ.ศ. 2547 ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์มีผู้เสียชีวิต 1 คน และเคยระบาดในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก ออสเตรเลีย และปากีสถาน

จากรายงานการระบาดของโรคไข้หวัดนก ของสำนักงานโรคระบาดระหว่างประเทศ (OIE) ระหว่างปี 2539-2540 พบว่ามีรายงานการระบาดในประเทศลาว พม่า เนปาล ปากีสถาน และรายงานการระบาดที่ตรวจยืนยันและพิสูจน์เชื้อใน 3 ประเทศคือ ฮ่องกง ระบาดในเดือนมีนาคม-เมษายน ในฟาร์มไก่จำนวน 3 แห่ง จำนวนไก่ป่วยจำนวน 4500 ตัว พบว่าเกิดจากเชื้อชนิด H5N1 ในประเทศอิตาลี เกิดระบาดในไก่เป็ด นกต่างๆ จำนวน 6 ครั้ง รวมสัตว์ป่วยและตายจำนวน 3500 ตัว พบว่าเกิดจากเชื้อชนิด H5N1 และประเทศออสเตรเลีย เกิดระบาดตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม ในฟาร์มไก่ 2 แห่ง จำนวนไก่ป่วย 158,000 ตัว และในฟาร์มไก่ นกอีมู 1 แห่ง ที่มีไก่ป่วยจำนวน 33,000 ตัว กับนกอีมู 261 ตัว พบว่าเกิดจากเชื้อชนิด H7N4

โรคไข้หวัดนกเกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ สัตว์ปีกทุกชนิดติดเชื้อนี้ได้ ไก่ปีกป่วยรุนแรงและตาย ส่วนนกน้ำ นกชายทะเลและนกป่ามักไม่ป่วยแต่จะมีเชื้อออกมากับมูลทำให้โรคแพร่มายังไก่เป็น ที่เลี้ยงในฟาร์มและตามบ้านเรือน รวมทั้งนกในธรรมชาติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ติดโรคจากการสัมผัสสัตว์ปีกที่ป่วยและตายเป็นโรคไข้หวัดนก

การระบาดของโรคไข้หวัดนกนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ติดโรคจากการสัมผัสสัตว์ปีกที่ป่วยและตายเป็นโรคไข้หวัดนก โดยเชื้อโรคนั้นอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย และมูลของสัตว์ป่วย อาจติดมากับมือและเข้าสู่ร่างกาย คนทางเยื้องมุกและตา ผู้ป่วยบางรายติดเชื้อ ที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมไม่พบการติดเชื้อจากการรับประทานเนื้อสัตว์ปีก หรือไข่ที่ยังไม่สุกหรือยังไม่พบการติดต่อจากคนถึงคน

อารุณี ชัยสิงห์(2546: 1) ได้กล่าวเกี่ยวกับประวัติการพบโรคไข้หวัดนกดังนี้

Princeton รายงานโรคระบาดไก่ที่รุนแรงทำให้ไก่ตายจำนวนมากเป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1878 ที่ประเทศอิตาลีและเรียกว่า “fowl plague” ต่อมาในปี ค.ศ.1901 Centennial และ Savunozzi พบ “fowl plague” มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสหลังจากนั้นแม้ว่าจะมีการแยกเชื้อไวรัส influenza ได้จากสุกรเป็นครั้งแรกในปีค.ศ. 1930 และจากคนในปี ค.ศ. 1933 แต่ในปีค.ศ.1955จึงพบว่าเชื้อไวรัส “Fowl plague” ที่แยกได้จากไก่ตั้งแต่ปีค.ศ. 1878 นั้น คือเชื้อไวรัส Influenza A ทำให้ม้าป่วยด้วยโรคของระบบทางเดินหายใจเช่นกัน ส่วนการติดเชื้อในนกพบครั้งแรกใน common terns (นกทะเลคล้ายนกนางนวล) ที่แอฟริกาใต้ในปีค.ศ. 1961 หลังจากนั้นมีการพบเชื้อไวรัส influenza A ในสัตว์ปีกชนิดต่างๆ มากมายทั้งนกป่า นกน้ำ เป็ด เป็ดป่าจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะสัตว์ปีกป่าตระกูลเป็ด มีอัตราการติดเชื้อสูงมากโดยพบทุก Subtypes ของเชื้อ influenza A เชื้อไวรัส influenza อยู่ในตระกูล Orthomyxoviridae เป็น RNA (envelope) ชั้นนอกเป็น lipid membrane ที่ได้จาก host cell มี 3 ชนิด ที่สำคัญได้แก่ hemagglutinin (HA) neuraminidase (NA) เป็นปุ่มยื่นออกมา (spikes) glycoproteins อีกชนิดมีจำนวนน้อยได้แก่ matrix protein (M2) เปลือกชั้นในเป็น matrix protein (M1) ที่ทำให้เชื้อคงรูปร่างและห่อหุ้ม ribonucleoprotein (RNP) complexes ที่อยู่ในจำนวน 8 segments ที่เป็นรหัส (code) สำหรับสังเคราะห์ viral proteins 10 ชนิด (ได้แก่ polymerase PB2, polymerase PB1, polymerase PA, hemagglutinin HA, nucleoprotein PN, neuraminidase NA, matrix protein (M1), matrix protein (M2) และ non structural protein NS1 & non structural protein NS2)

เชื้อนี้แบ่งเป็น 3 ชนิดได้แก่ A B C และตามลักษณะของไวรัสแอนติเจน ชนิด matrix protein และ nucleoprotein

ชนิด A มีความสำคัญมากที่สุดที่ทำให้โรคในคนและพบในสัตว์ชนิดต่างๆ แบ่งย่อยเป็น subtype ตาม hemagglutinin HA มี 15 ชนิด และ neuraminidase NA มี 9 ชนิด

ชนิด B และ C ทำให้เกิดโรคในคนและไม่มี subtype

เชื้อไวรัส influenza ถูกทำลายได้ง่ายด้วยความร้อน (เช่นที่อุณหภูมิ 56 องศาเซลเซียส นาน 3 ชั่วโมง ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที) และสารเคมีต่างๆ เช่น สารที่มีคุณสมบัติในการละลายไขมัน (lipid solvents) formaline , beta – propiolactone ,oxidizing agents , sodium dodecylsulfate , hydroxylamine , ammonium ions และ compounds แต่เชื้อนี้สามารถคงอยู่ได้นานในสิ่งขี้บถ่าย เช่น น้ำมูก น้ำตา น้ำลาย เสมหะ อุจจาระ และในแหล่งน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ

ไวรัส Influenza สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงทาง antigenicity ได้ง่ายโดยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (antigenic drift) ทำให้ได้ variants เกิดใหม่ เชื้อไวรัส influenza ของคนเกิด antigenic drift บ่อยกว่าเชื้อของสัตว์ปีกหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของแอนติเจนที่ต่างจากเดิมไปมาก (antigenic shift) กลายเป็น subtype ใหม่ ทำให้ได้ H หรือ N ชนิดใหม่ การเปลี่ยนของ H พบบ่อยกว่า N ในกรณีที่เซลล์ติดเชื้อไวรัส influenza ของเชื้อแต่ละชนิด (Genetic Reassortment) ได้ง่ายเนื่องจากเชื้อนี้มี viral genome ถึง 8 segments และแต่ละชนิด segments ก็สามารถเพิ่มจำนวนได้เป็นอิสระก่อนจะมารวมกันเป็น virion ใหม่ถ้าเซลล์ติดเชื้อที่แตกต่างกัน 2 ชนิด จะมีโอกาสได้เชื้อไวรัสที่มีความแตกต่างของ RNA segments ถึง 256 ชนิด

การติดเชื้อไวรัสอินฟลูเอนซ่าในสัตว์ปีก

ได้กล่าวถึงการติดเชื้อไวรัส influenza ในสัตว์ปีกซึ่ง แบ่งเป็น 2 ชนิด ตามความรุนแรง หลังจากติดเชื้อ ได้แก่

1. ชนิดอ่อนหรือไม่รุนแรง (Apathogenic and Mildly Pathogenic Avian influenza) และ
2. ชนิดรุนแรงมาก อัตราการตายอาจสูงถึง 100% (Highly Pathogenic Avian influenza , HPAI) เดิมเรียกว่า “fowl plague” โรค HPAI นี้ องค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศหรือ OIE (Office of International Epizootics) ได้จัดให้อยู่ใน List A ซึ่งเป็นกลุ่มโรคระบาดสัตว์ที่อันตรายร้ายแรงมาก โรคนี้มีความสำคัญต่อการค้าสัตว์ปีกและผลิตภัณฑ์สัตว์ปีกระหว่างประเทศ เนื่องจากถูกจัดเป็นข้อกีดกันทางการค้าระหว่างประเทศ ประเทศที่จะส่งออกต้องผ่านการตรวจสอบสถานะของโรคสัตว์ปีกที่สำคัญๆ ก่อน โดยเฉพาะโรค HPAI และโรคนิวคาสเซิล ซึ่งอยู่ใน List A เช่นเดียวกันประเทศที่จะอยู่ในสถานะปลอดโรค HPAI ได้ต้องเคยมีการระบาดของโรคอย่างน้อย 3 ปี และถ้าเกิดการระบาดของโรคเหล่านี้ขึ้นในประเทศที่ผลิตสินค้าสัตว์ปีกส่งออกประเทศคู่ค้าก็มีมาตรการป้องกันโรค โดยระงับการนำเข้าสินค้าสัตว์ปีกทันทีจนกว่าประเทศผู้ส่งออกจะคืนสู่สถานะปลอดโรคอย่างน้อย 6 เดือน หลังการทำลายสัตว์ผู้สงสัยที่ติดเชื้อ

ข้อกำหนดที่แสดงว่าเชื้อ AIV ที่แยกได้เป็นชนิด Highly Pathogenic Avian Influenza Virus (HPAIV)

1. เชื้อ Avian Influenza Virus (AIV) ซึ่งทำให้ไก่ทดลองอายุ 4-6 สัปดาห์ จำนวน 8 ตัวที่ได้รับเชื้อ (infective allantoic fluid ที่เจือจาง 1/10 จำนวน 0.2 มล.) โดยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำตายมากกว่า 6 ตัว ภายใน 10 วัน
2. ถ้าเชื้อนั้นทำให้ไก่ตายตั้งแต่ 1 ถึง 5 ตัว และไม่ใช่อะไรชนิดหรือต้องเป็นเชื้อที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เพาะเลี้ยงในสถานะที่ไม่มี (กรณีที่ไม่มีการเจริญของเชื้อในสถานะดังกล่าวแสดงว่าเชื้อนั้นไม่ใช่เชื้อ)
3. เชื้อ AIV ทั้ง ชนิด H5 และ H7 รวมทั้งเชื้อ AIV ชนิดอื่นๆ ซึ่งสามารถเจริญได้ในเซลล์เพาะเลี้ยงในสถานะที่ไม่มี Trypsin ต้องตรวจดูการเรียงตัวของ amino acids ตรงตำแหน่ง hemagglutinin cleavage ถ้ามีการเรียงตัวใกล้เคียงกับของเชื้อ HPAIV แสดงว่าเป็นเชื้อ HPAIV สหภาพยุโรปให้คำจำกัดความของ Avian Influenza ตาม Directive 92/40/EEC ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการควบคุมโรคว่า “การติดเชื้อในสัตว์ปีกจาก Avian Influenza A Virus ซึ่งมีค่า intravenous pathological index ในไก่ทดลองอายุ 6 สัปดาห์ มากกว่า 1.2 hemagglutinin cleavage ” แต่กลุ่ม SCAHAW ได้ยื่นเสนอขอเปลี่ยนคำจำกัดความใหม่เป็น “การติดเชื้อในสัตว์ปีกจาก Influenza A Virus ซึ่งมีค่า intravenous pathological index ในไก่ทดลองอายุ 6 สัปดาห์ มากกว่า 1.2 หรือการติดเชื้อชนิด H5 และ H7 ” และถ้าประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปยอมรับตามข้อเสนอ ก็จะมีผลต่อการขึ้นสู่และการควบคุมโรคในกลุ่มประเทศสมาชิกและอาจส่งผลกระทบมาถึงประเทศไทยซึ่งส่งออกสินค้าสัตว์ปีกไปยังสหภาพยุโรป

ความรุนแรงของเชื้อ AIV

ได้กล่าวถึงการเพิ่มจำนวนของเชื้อ AIV ใน host cell ว่าเริ่มจากการแยกที่ตำแหน่ง HA cleavage ออกเป็น HA1 และ HA2 ซึ่งถูกกระทำโดยเอนไซม์ของ host หลังจากนั้น receptor-binding site ที่ HA1 จะจับกับ terminal Sialic acid residue ของ receptor site บน host cell surface แล้วไวรัสก็จะเข้าสู่เซลล์โดยวิธี endocytosis หลังจากผ่านขบวนการเพิ่มจำนวนแล้วก็จะออกจาก host cell (โดยมี NA ทำหน้าที่ receptor-destroying enzymes) แพร่กระจายต่อไป

การศึกษาในระดับโมเลกุลบ่งชี้ว่าความรุนแรงของเชื้อ AIV ขึ้นอยู่กับความสามารถในการแยกตัวที่ตำแหน่ง NA cleavage ซึ่งมีเอ็นไซม์เป็นตัวกระทำ ความไวในการแยกตัวขึ้นอยู่กับจำนวนของ basic amino acids (arginine, lysine) ที่ตำแหน่ง NA cleavage เอ็นไซม์ชนิด trypsinlike protease สามารถทำให้เกิดการแยกตัวที่ตำแหน่ง NA cleavage ได้แม้ว่าจะมี basic amino acids เพียงตัวเดียวที่ตำแหน่งดังกล่าว ดังนั้นเชื้อ AIV ที่ไม่มี basic amino acids หลายตัวตรงตำแหน่ง NA cleavage จะสามารถเพิ่มได้เฉพาะที่เยื่อผิวของทางเดินหายใจและทางเดินอาหารเท่านั้น เนื่องจากเป็นบริเวณที่เป็นเอ็นไซม์ trypsinlike protease อยู่มาก แต่เอ็นไซม์ชนิด intracellular subrilisinlike end proteases (เช่น futin และ PC6) ที่มีอยู่ใน encaryotic cells ทั่วร่างกายสามารถทำให้เกิดการแยกตัวของ HA โปรตีนที่มี basic amino acids หลายตัวตรงตำแหน่ง HA cleavage ได้ ดังนั้นเชื้อ HAIV ซึ่งมี basic amino acids หลายตัวตรงตำแหน่งดังกล่าวจึงสามารถเพิ่มจำนวนได้ในอวัยวะต่างๆ ทำให้ไก่ที่ติดเชื้อ HAIV มีอาการป่วยรุนแรงและมีอัตราการตายสูง ลักษณะการเรียงตัวของ amino acids ตรงตำแหน่ง HA cleavage จึงถูกนำมาใช้ในการบ่งชี้ความรุนแรงของเชื้อ AIV สำหรับไก่

แต่ในกรณีที่สัตว์ปีกได้รับเชื้อ AIV ชนิดอ่อน และมีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วยสัตว์จะแสดงอาการป่วยรุนแรง อัตราการตายสูงจนอาจทำให้เข้าใจว่าสัตว์ปีกติดเชื้อชนิด HPAIV ได้ ซึ่งอาจเนื่องจากเอ็นไซม์ proteases ที่ผลิตโดยเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดการแยกตัวที่ HA cleavage ของเชื้อ AIV

ส่วนในสัตว์ปีกตระกูลเป็ดแม้ว่าจะติดเชื้อ HPAIV แต่เชื้อก็มีข้อจำกัดโดยสามารถเพิ่มจำนวนได้เฉพาะที่ทางเดินอาหารและทางเดินหายใจเท่านั้น ซึ่งอาจเนื่องจาก basic amino acids หลายตัวตรงตำแหน่งดังกล่าว ไม่มีผลต่อ proteases ของเป็ดในการแยกตัวของ HA โปรตีนได้เท่ากับ trypsinlike protease

อย่างไรก็ตามการแยกตัวที่ตำแหน่ง HA cleavage ของเชื้อที่มี basic amino acids หลายตัวจะถูกยับยั้งโดย secondary structural conformation ที่เป็น carbohydrate side chain อยู่ใกล้ตำแหน่ง HA cleavage ดังกรณีการระบาดของโรคที่ประเทศสหรัฐอเมริกาในเดือนเมษายน ค.ศ. 1983 ที่ทำให้ไก่ป่วยด้วยอาการของระบบหายใจและไขสันหลังโดยมีอัตราการตาย 0-15 % ผลการตรวจพบว่ามีสาเหตุจากเชื้อ H5N2 ชนิดไม่รุนแรง จากการฉีดเชื้อในไก่ทดลองตั้งแต่ในเดือนตุลาคม ต่อมาก็เกิดระบาดรุนแรง อัตราการตายเพิ่มเป็น 50-89 % โดยมีสาเหตุจากเชื้อ H5N2 เช่นกัน แต่เป็นชนิดรุนแรงในไก่ทดลอง หลังการศึกษาในระดับโมเลกุลพบว่าเชื้อ H5N2 ที่เป็นสาเหตุของโรคทั้งสองครั้ง มีการเรียงตัวของ basic amino acids หลายตัวที่ HA cleavage เช่นเดียวกันแต่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ HA ของเชื้อ ซึ่งระบาดตอนต้นปีทำให้ interfering carbohydrate chain ที่สามารถยับยั้งการแยกตัวที่ตำแหน่ง HA cleavage หายไป (Single point mutation) กลายเป็นเชื้อที่มีความรุนแรงมากขึ้น

การแพร่กระจายของเชื้อ

เชื้อ Avian Influenza Virus (AIV) ที่พบในสัตว์ปีกชนิดต่างๆ จากทั่วทุกประเทศในโลก มักทำให้มีสัตว์ป่วย ไก่ที่ติดเชื้อ AIV อาจแสดงอาการป่วยของระบบทางเดินหายใจอย่างอ่อน เช่น รายงานการติดเชื้อ H9N2 ที่ฝรั่งเศสปี ค.ศ. 1979, 1980 เชื้อ H5N2 ที่ อิตาลี ปีค.ศ. 1980 เชื้อ H11N6 ที่ เบลเยียมปีค.ศ. 1978 และที่สหรัฐอเมริกา เชื้อ H4N8 ปีค.ศ. 1975 และ เชื้อ H5N1 ปี ค.ศ.1979 แต่ระหว่างปี ค.ศ. 1994-1999 พบการแพร่กระจายของ เชื้อ H9N2 ในหลายประเทศได้แก่ อิตาลี (1994), เยอรมัน(1995-1996), ไอร์แลนด์(1997), เกาหลีใต้(1996), และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ก็พบว่า อิหร่าน ซาอุดีอา-ราเบีย, ปากีสถาน, รวมทั้งจีนและฮ่องกงซึ่งมีการแพร่เชื้อ H9N2 จากไก່สู่คนในเดือนเมษายน ค.ศ. 1999 ผู้ติดเชื้อเป็นเด็ก 2 ราย อายุ 1 และ 4 ปี ป่วยด้วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และหายเป็นปกติในเวลาต่อมา หลังจากนั้นจึงมีการเปิดเผยว่าในเดือนเมษายน ค.ศ. 1998 ก็มีการแพร่เชื้อ H9N2 จากไก່สู่คนจำนวน 5 ราย ที่จีนแผ่นดินใหญ่ เช่นกัน การระบาดของฮ่องกงในปี ค.ศ. 1997 เป็นครั้งแรกที่เชื้อ HAIV (H5N1) แพร่จากไก່สู่คนโดยตรง ทำให้มีผู้ติดเชื้อ 18 ราย และเสียชีวิต 6 รายในปีค.ศ.1999 สํารวจพบเชื้อ HAIV (H5N1) ในเป็ดและห่านในตลาดค้าสัตว์เพื่อบริโภค ในค.ศ. 2000 สํารวจพบเชื้อ HAIV (H5N1) ในห่านที่ตลาดค้าสัตว์ปีกเพื่อบริโภคและไม่พบเชื้อในไก่อ่ระหว่างเดือนธันวาคม ค.ศ. 2000 ถึงเมษายน ค.ศ. 2001 สํารวจพบเชื้อ H5N1 ในไก่อ่แต่ไม่มีรายงานการป่วยและตายจนกระทั่งประมาณกลางเดือนพฤษภาคมพบเชื้อ H5N1 จากไก่ที่ตลาดค้าสัตว์เพื่อบริโภค จำนวน 10 แห่งโดยตลาด 3 แห่ง มีอัตราการตายของไก่งสูง แต่ไม่พบการติดเชื้อในฟาร์มเลี้ยงไก่ตลาดค้าสัตว์เพื่อบริโภคถูกปิดเมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม และใช้เวลากว่า 4 สัปดาห์ในการทำลายไก่เป็ด และห่าน จำนวน 1.2 ล้านตัว ต่อมาในปีค.ศ. 2002 เชื้อ H5N1 ก็ทำให้สัตว์ปีกหลายชนิด (waterfowl, wild little egrets, greater flamifos , grey herons) ที่อยู่ตามแหล่งน้ำธรรมชาติในสวนสาธารณะหลายแห่งป่วยและตาย และในต้นปีต่อมาเชื้อ H5N1 ก็แพร่ระบาดสู่ฟาร์มเลี้ยงไก่และในเดือนกุมภาพันธ์ เชื้อก็แพร่สู่คนทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิต 2 ราย

การระบาดที่เนเธอร์แลนด์เริ่มตั้งแต่ปลายเดือนกุมภาพันธ์ มีการทำลายมากกว่า 14 ล้านตัวจากฟาร์มไก่กว่า 200 แห่ง แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ โรคแพร่ระบาดสู่เบลเยียมในเดือนเมษายน และเยอรมันในเดือนพฤษภาคม เชื้อ HAIV (H5N1) ที่เป็นสาเหตุของโรคระบาดครั้งนี้สามารถแพร่จากไก่งสู่คนโดยตรง ทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากส่วนใหญ่ ตาอักเสบ บางรายมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่แต่ที่สำคัญคือมีผู้เสียชีวิตหนึ่งรายเป็นสัตวแพทย์ชาวดัชช์ ที่ป่วยหลังจากปฏิบัติในฟาร์มที่เกิดโรค 2 วัน ด้วยอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ไข้สูง ปอดอักเสบ และเสียชีวิต

2 สัปดาห์ หลังจากติดเชื้อระบบหายใจล้มเหลวและไตวาย ตรวจพบเชื้อ H5N1 ที่ปอดจากนั้นยังพบว่ามีการแพร่เชื้อ จากคนสู่คนด้วย ผลการสำรวจสุกรและสัตว์ปีกที่อยู่ใกล้เคียงกับบริเวณที่เกิดโรคระบาดในประเทศเบลเยียมพบว่าการติดเชื้อในสุกร เป็ดและห่าน แต่สัตว์เหล่านี้ไม่แสดงอาการป่วยใดๆ

เชื้อ AIV พบมากในนกน้ำชนิดต่างๆ และโดยเฉพาะนกเป็ดน้ำที่ติดเชื้อและไม่แสดงอาการป่วยใดๆ จะจับเชื้อมากับอุจจาระ แพร่กระจายสู่สิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะแหล่งน้ำ เชื้อ AIV ที่เป็ดขับออกมามีความเข้มข้นถึง $10^{8.7}$ EID₅₀ ต่ออุจจาระเป็ด 1 กรัมและเชื้อ AIV ที่ปนเปื้อน อยู่ในแหล่งน้ำธรรมชาตินั้นสามารถคงอยู่ได้นาน 4 วันที่อุณหภูมิ 22 องศาเซลเซียส และอยู่ได้นานกว่า 30 วันที่อุณหภูมิ 0 องศาเซลเซียสโดยสามารถแยกเชื้อได้โดยตรงจากแหล่งน้ำที่มีนกอาศัยอยู่จำนวนมาก การติดต่อในสัตว์ปีกเกิดขึ้นได้ทั้งทางตรง โดยการสัมผัสกับสัตว์ป่วยและสิ่งขับถ่ายจากสัตว์ป่วย และทางอ้อมจากเชื้อที่ปนเปื้อนในน้ำ อาหาร เสื้อผ้า รองเท้า พาหนะ และอื่นๆ มีรายงานการตรวจพบเชื้อ H5N1 ในไข่แดงและไข่ขาวในไก่ป่วยขณะเกิดโรคระบาดที่สหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1983 และเชื้อคงอยู่ได้หลายวันในไข่ติดเชื้อซึ่งเก็บที่อุณหภูมิ 10 – 18 องศาเซลเซียส

ระยะฟักตัวของโรค

ระยะฟักตัวของโรคขึ้นอยู่กับปริมาณของเชื้อ ทางที่ติดเชื้อชนิดสัตว์โดยอาจใช้เวลาสั้นเพียง 2-3 ชั่วโมง ถึง 3 วัน ส่วนการฟักเชื้อในฝูงไก่อาจใช้เวลานานถึง 14 วัน

อาการ

อาการของโรคขึ้นอยู่กับชนิด สปีชีส์ของสัตว์ปีก ชนิดความรุนแรงของเชื้อและปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ เพศ การติดเชื้อแทรกซ้อน ระดับภูมิคุ้มกันของสัตว์ที่ติดเชื้อ ทางที่สัตว์ได้รับเชื้อ ปริมาณของเชื้อและระยะเวลาที่ได้รับเชื้อและปัจจัยภายนอกเช่น สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด อุณหภูมิ การระบาดของโรค HPAIV ส่วนใหญ่พบในไก่วงและไก่ไก่วงมีความไวในการแสดงอาการมากกว่าไก่ถ้าติดเชื้อชนิดไม่รุนแรง จะแสดงอาการทางระบบทางเดินหายใจอย่างอ่อน เช่น ซึม จาม มีน้ำมูก การกินอาหารและการผลิตไข่ลดลง แต่อาการจะรุนแรงและอัตราการตายเพิ่มขึ้น ถ้ามีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนหรือมีความเครียดจากการจัดการฟาร์มไม่ดี

ถ้าติดเชื้อชนิดรุนแรงอัตราการตายจะสูงมากอาจตายโดยไม่ทันแสดงอาการป่วยโดยทั่วไปจะพบหน้าบวม หงอนและเหนียงมีสีม่วงคล้ำ มีจุดเลือดออกบริเวณ ผิวของหน้าแข้ง น้ำตาไหล

ไชนส์บวม หายใจลำบาก อาจมีอาการของระบบประสาทและท้องเสีย อาการขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ถ้าไคตายเร็วมากอาจไม่พบอาการใดๆ โดยทั่วไปจะพบว่าซากพอมแห้งมีการบวมน้ำใต้ผิวหนังที่ส่วนหัวและคอ ตาอักเสบ บวมแดง หลอดลมอักเสบ อักเสบ ไคบวมแดง อาจพบจุดเนื้อตายที่ตับ ม้าม และไตมีจุดเลือดออกทั่วไป โดยเฉพาะที่กระเพาะแต่ตรงรอยต่อกับกระเพาะ บดมีไข่แดงแตกในช่องท้อง ถ้าไคอักเสบ

นกชนิดต่างๆ ที่ติดเชื้อ มักไม่แสดงอาการป่วยหรืออาจแสดงอาการป่วยเล็กน้อยยกเว้นกรณีการแยกเชื้อไวรัส Influenza ได้จากนกเป็นครั้งแรก เมื่อปีค.ศ.1961 ในเดือนเมษายน-พฤษภาคม ซึ่งเกิดโรคระบาดในนก common tern (ซึ่งอยู่ตามชายฝั่งทะเลของประเทศแอฟริกาใต้ระหว่างเดือนตุลาคม-กุมภาพันธ์ แต่ในปีนั้นนกอพยพกลับซีกโลกเหนือช้ากว่าปกติ) ทำให้นกป่วยและตายไปเป็นจำนวนมากเชื้อที่พบเป็นชนิด H5N1 เช่นเดียวกับที่ทำให้เกิดโรคระบาดที่สก็อตแลนด์ในปีค.ศ. 1959 หลังจากนั้นมียางานการติดเชื้อ AIV จากนกทะเล และจากการสำรวจเชื้อ AIV ในนกชนิดต่างๆ พบการติดเชื้อหลายๆ Subtypes โดยนกอพยพตระกูลเป็ดมีอัตราการติดเชื้อสูงสุดในนกลีงก็มียางานการแยกเชื้อจากนกหลายๆ ชนิด ส่วนใหญ่จากนกที่มีสุขภาพแข็งแรงดี และจากนกป่วยที่แสดงอาการของระบบหายใจ ซึม ไม่กินอาหาร บางทีพบอาการของระบบประสาท กอปิด ท้องเสีย และตาย แต่เชื้อ AIV ที่แยกได้ไม่ใช่เชื้อชนิดรุนแรงในไก'

นกกระทาและไก่ฟ้า ที่ติดเชื้อไวรัส Influenza จะแสดงอาการป่วยของระบบทางเดินหายใจ ซึม มีปัญหาไขลด และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นอัตราการติดเชื้อ AIV ในเป็ดเลี้ยงสูงกว่าในไก่วงและไก่ตามลำดับโดยเฉพาะเป็ดที่เลี้ยงปล่อยทุ่ง เนื่องจากมีโอกาสสัมผัสและได้รับเชื้อจากนกชนิดต่างๆ เป็ดจะไม่แสดงอาการป่วยใดๆ (Alexander, 1982,1993) แม้ว่าจะมีการติดเชื้อชนิดที่มีความรุนแรงสูงในไก'เช่นการระบาดของโรค HPAI ที่ ออสเตรเลีย (H7N7 ปีค.ศ. 1976) และที่ไอร์แลนด์(H5N8 ปีค.ศ. 1983) พบว่ามีการติดเชื้อในเป็ดที่เลี้ยงอยู่ในฟาร์มใกล้เคียงกับโรคระบาด แต่เป็ดไม่แสดงอาการป่วย จากการทดลองพบว่าเชื้อ influenza ชนิดที่รุนแรงสูงมากในไก'และไก'วงอาจทำให้เป็ดแสดงอาการป่วยได้ บางครั้งก็แยกเชื้อไวรัสได้จากเป็ดป่วยที่แสดงอาการของระบบหายใจ เช่น ไชนส์อักเสบ หลอดลมอักเสบ น้ำไหล หนองตาอักเสบ ท้องเสีย อาการของระบบประสาทอัตราการตายเพิ่มขึ้นแต่ขณะเดียวกันก็แยกเชื้อได้จากเป็ดที่แข็งแรงสมบูรณ์เป็นปกติด้วย

ในกลุ่ม Ratties (นกกระทาเทศ นกอีมู และนก rheas) ซึ่งเป็นสัตว์ปีกที่มีเนื้อสีแดงเป็นที่นิยมในการบริโภคมากขึ้น มีการค้าขายนกกระทาเทศระหว่างประเทศเพื่อใช้เป็นพ่อแม่พันธุ์ในการเพิ่มจำนวนสำหรับเลี้ยงเป็นอุตสาหกรรมหลังจาก การพบเชื้อ H3N2 ใน Ratties ครั้งแรกในปี

ค.ศ. 1991 ก็มีการพบเชื้อ AIV อีกหลายชนิด ได้แก่ H4N2, H5N2, H5N9, H7N1, H3N2 H7N3, H9N2, H10N7 แต่ทุกชนิดไม่มีความรุนแรงในไก่นอกจากนั้นมีการทดลองนำเชื้อ H5N1 ที่แยกได้จากนกอีมู แต่เป็นชนิดไม่รุนแรง มาผ่านขั้นตอนทางห้องปฏิบัติการให้กลายพันธุ์เป็นชนิด HPAIV ที่รุนแรงขึ้น แล้วนำมาทดลองในนกกระเจอกพบพบว่าเชื้อ HPAIV H5N2 นี้สามารถเพิ่มจำนวนได้ตามอวัยวะต่างๆ ที่ทั่วร่างกาย เช่น สมอง ต่อมชัษมัส เปลือกตา ม้าม อวัยวะสืบพันธุ์ (Ovary/testis) ตับ ปอด ลำไส้ หลอดลม นกกระเจอกทดสอบทดลองมีการสร้างแอนติบอดีตอบสนอง แต่แสดงอาการป่วยเพียงเล็กน้อยได้แก่ซึมเบื่ออาหาร ขนยุ่ง จาม หายใจลำบาก และหายเป็นปกติภายใน 7 วัน โดยไม่มีตัวใดป่วยตาย ในการติดเชื้อ AIV ตามธรรมชาติในนกกระเจอกเทศมักแสดงอาการป่วยเนื่องจากปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อากาศเย็น ความเครียดเนื่องจากการขนส่ง ขาดอาหารเลี้ยงหนาแน่น

การระบาดของโรค HPAI (H7N1) ที่ประเทศอิตาลี ในปี ค.ศ. 1999 ทำให้อัตราการตายของไก่ ไก่วง และไก่ต๊อกสูงถึง 100% แต่ไก่ฟ้าเบ็ด นกกระเจอกเทศ มีความทนทานต่อการแสดงอาการป่วย อัตราการตายต่ำ และผลการสำรวจนกป่า ชนิดต่างๆ 120 ชนิด จาก 17 สปีชีส์ที่อยู่บริเวณโรคระบาด พบเชื้อในนกกระเจอกเทศและนกฟิราบบางตัวที่ตาย

การวิจัยและชันสูตรโรค

เนื่องจากลักษณะอาการและอาการของโรคคล้ายคลึงกับหลายๆ โรค เช่น นิวคาสเซิล กล้องเสียงและหลอดลมอักเสบ การติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น อหิวาต์ ไก่ชนิดรุนแรง ไมโคพลาสมา และอื่นๆ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องแยกและพิสูจน์เชื้อไวรัส และการทดลองความรุนแรงของเชื้อทางห้องปฏิบัติการ

1. การตรวจแยกเชื้อทางไวรัสวิทยา ตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจได้แก่
 - 1.1 tracheal และ cloacal swabs หรือ fresh feces
 - 1.2 อวัยวะภายในต่างๆ เช่น หลอดลม ปอด ม้าม หัวใจ สมอง ลำไส้
2. การเก็บและการส่งตัวอย่างตรวจ
 - 2.1 การเก็บตัวอย่างจากสัตว์หลายๆ ตัว ในกรณีที่เป็น tracheal หรือ cloacal swabs จากสัตว์หลายตัวอาจใส่ swabs รวมกันใน transport media ไม่เกิน 5 swabs/หลอด
 - 2.2 แช่น้ำแข็งและรีบส่งให้ถึงห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง พร้อมประวัติอาการและวิธีการ

3. วิธีการตรวจ

3.1 แยกเชื้อไวรัสโดยใช้ไข่ไก่ฟัก (อย่างน้อย 2 passages)

3.2 ตรวจคุณสมบัติของเชื้อที่แยกได้จากการจับตัวของเม็ดเลือดแดง (Hemagglutination test) และไม่ถูกยับยั้งด้วยแอนติซีรั่มต่อเชื้อไวรัสนิวคาสเซิล (Hemagglutination inhibition test)

3.3 ตรวจยืนยัน Type A โดยการตกตะกอนในเนื้อวุ้น (Agar Gel Immunodiffusion , AGID) กับแอนติซีรั่มต่อเชื้อ avian influenza virus

3.4 ทดสอบความรุนแรงของเชื้อที่แยกได้โดยฉีดเชื้อเข้าเส้นเลือดไก่ทดลองอายุ 6 สัปดาห์และหาค่า IVPI หรือใช้วิธีทางชีวโมเลกุลตรวจการเรียงตัวของ amino acid ที่ HA cleavage site

3.5 ตรวจ subtype ของเชื้อ โดยวิธี Hemagglutination inhibition กับซีรั่มอ้างอิงต่อเชื้อ H1-H15 และวิธี Neuraminidase inhibition กับซีรั่มอ้างอิงต่อเชื้อ H1-H9

4. การตรวจทางซีรั่มวิทยา

4.1 การตรวจเชื้อ AIV type A โดยวิธี AGID และ ELISA

4.2 ตรวจการติดเชื้อว่าเป็น Subtype (H) ได้โดยวิธี Hemagglutination inhibition กับแอนติเจนที่เตรียมจาก Subtype ชนิดต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ H5 และ H7

สถานการณ์ระบาดโรคไข้หวัดนกในต่างประเทศ

ประเทศฮ่องกง ระบาด พ.ศ. 2540 (1997) ในการระบาดครั้งแรกพบผู้ป่วย 1 ราย ในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2540 หลังจากนั้น 6 เดือน พฤศจิกายน และ ธันวาคม พ.ศ. 2540 มีการระบาดรอบที่ 2 พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีก 17 ราย ผู้ป่วยทั้ง 18 ราย กระจายอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ ไม่ได้อยู่เป็นกลุ่มก้อน เป็นชาย 8 ราย หญิง 10 ราย อายุเฉลี่ย 17 ปี ผู้ป่วยจำนวนครึ่งที่อายุต่ำกว่า 12 ปี มีผู้เสียชีวิต 6 ราย หายเป็นปกติ อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 33.3

ประเทศฮ่องกง ระบาด พ.ศ. 2542 (1999) เชื้อไวรัส ไข้หวัดนก A (H9N2) มีการตรวจพบในคนครั้งแรกในฮ่องกง ปี พ.ศ. 2542 ในเด็กหญิง 2 ราย ผู้ป่วยรายแรกอายุ 4 ปี มีประวัติเป็นโรคผิวหนัง และหอยหืด เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2542 ด้วยอาการไข้ 28.9 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยไม่มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศในช่วงก่อนป่วยแต่มีประวัติสัมผัสไก่ ระหว่างวันที่ 15-18 กุมภาพันธ์ จากการไปเยี่ยมปู่ในช่วง 11 วันก่อนป่วย ไก่ปกติดีและถูกฆ่าเป็นอาหาร สมาชิกในครอบครัวบางคนมีอาการเจ็บคอ แต่ไม่มีไข้

ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 13 เดือน คลอดปกติ น้ำหนักแรกคลอด 2.9 กิโลกรัม มีประวัติน้ำหนักไม่เพิ่มตามเกณฑ์จึงต้องมารับการติดตามจากกุมารแพทย์ ผู้ป่วยมีไข้และอาเจียน ในวันที่ 4 มีนาคม ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตรวจพบมีไข้ 39.5 องศาเซลเซียส พบเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H9N2) ผู้ป่วยไม่มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศตั้งแต่แรกเกิด และไม่มีประวัติการสัมผัสสัตว์ปีก ญาติและสมาชิกในครอบครัวบางคนมีอาการเจ็บแต่ไม่มีไข้

ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ระบาด พ.ศ. 2542 (1999) เดือนมีนาคม พ.ศ. 2542 มีการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H9N2) ในผู้ป่วยหลายรายในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดอายุ 1 ปีและมากที่สุดเป็นชายอายุ 70 ปี ผู้ป่วยทุกรายมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่แต่ไม่รุนแรง และหายเป็นปกติโดยไม่มีความแทรกซ้อน

ประเทศฮ่องกง ระบาด พ.ศ. 2546 (2003) จากการรับเฝ้าระวังที่มีความไวสูงของฮ่องกง มีการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H9N2) ในผู้ป่วย 2 รายที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นเด็กชายอายุ 9 ปี เดินทางไปเยี่ยมญาติที่เมืองฟู่เจียน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พร้อมกับมารดา พี่สาว น้องสาว และปู่

ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 33 ปี เป็นบิดาของเด็กที่เป็นผู้ป่วยรายแรก เดินทางไปสมทบกับครอบครัวที่เมืองฟู่เจียน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล Princess Margare (PMH) วันที่ 11 กุมภาพันธ์ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบ Right lower zone consolidation เสียชีวิตวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 นอกจากนี้ น้องสาวของเด็กชายที่ป่วยซึ่งอายุ 8 ปี ป่วยเป็นปอดอักเสบในวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2546 และเสียชีวิตวันที่ 4 กุมภาพันธ์

ประเทศเนเธอร์แลนด์ ระบาด พ.ศ. 2546 (2003) การระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H7N7) เริ่มในเดือนกุมภาพันธ์ และปลายเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2546 เนเธอร์แลนด์ เริ่มทำการค้นคว้า ผู้ป่วยเชิงรุกตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2546 หลังจากมีการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H7N7) จากตัวอย่างจากตาของสัตว์แพทย์อายุ 57 ปี มีอาการไข้และปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่มีอาการตาแดง หลังจากไปตรวจฟาร์มที่มีสัตว์ป่วยแห่งหนึ่งได้ 2 วัน ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันไวรัส ผลการตรวจตัวอย่างหลังจากไปตรวจเยี่ยมฟาร์มนาน 1 สัปดาห์ ไม่พบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H7 รวมทั้งเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่นๆ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการปอดอักเสบไปตรวจเยี่ยมฟาร์มได้ 9 วัน อาการเลวลงและเสียชีวิตในวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2546

ประเทศฮ่องกง ระบาด พ.ศ. 2546 (2003) วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลก ได้รับแจ้งว่า มีการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H9N2) ในเด็กชายชาวฮ่องกง อายุ 9 ปี ผู้ป่วยไม่มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ

ประเทศเวียดนามและไทย พ.ศ. 2547(2004) ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 มีการระบาดของเชื้อไข้หวัดนกในสัตว์ปีก 10 ประเทศ โดยตรวจพบ Highly pathogenic avian influenza (HPAI) A (H5N1) ใน 8 ประเทศ ได้แก่ กัมพูชา จีน อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น ลาว เกาหลีใต้ ไทย และเวียดนาม ในขณะที่ไต้หวันและปากีสถานตรวจพบเชื้อที่ไม่รุนแรงเท่า มีรายงานการติดเชื้อใน 2 ประเทศ ได้แก่ ไทย และ เวียดนาม จนถึงวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยที่ยืนยันการพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H5N1) ในประเทศไทย 11 ราย เสียชีวิต 7 รายและประเทศเวียดนาม 22 ราย เสียชีวิต 11 ราย ซึ่งพบว่า มีประวัติเลี้ยงไก่หรือเป็ด หรือสัมผัสสัตว์ปีกที่ป่วย

ประเทศสหรัฐอเมริกา ระบาดปี 2547(2004) วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2547 องค์การอนามัยโลกได้รับแจ้งจากศูนย์ควบคุมโรค(D.C.D) ประเทศสหรัฐอเมริกาว่า ตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H7N2) ในผู้ป่วยชายซึ่งเป็นผู้อพยพชาวอเมริกัน อาศัยอยู่ในเมือง Yonkers ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์ด้วยอาการของระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอและถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ พบเชื้อไข้หวัดใหญ่ A (H5N1) และได้ส่งตัวอย่างเสมหะไปตรวจที่ศูนย์ควบคุมโรค จนถึงวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2547 ศูนย์ควบคุมโรคพบว่า เป็นเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H7N2) จึงได้เก็บตัวอย่างเลือดจากผู้ป่วยไปตรวจซ้ำเพื่อเปรียบเทียบกับระดับแอนติบอดี ในครั้งแรกผลการตรวจยืนยันว่าเป็นเชื้อไวรัส H7N2 เชื่อว่าเป็นการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H7N2) ในคนเป็นรายแรก

ประเทศแคนาดา ระบาด พ.ศ. 2547(2004) ประเทศแคนาดา เริ่มมีการระบาดของไข้หวัดนกในสัตว์ปีกตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ก็ยังมีรายงาน ได้ฆ่าสัตว์ปีกไปแล้วประมาณ 19 ล้านตัว มีการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H₅N₂) ในผู้ป่วยที่เป็นคนงานซึ่งมีส่วนร่วมในการทำลายสัตว์ปีกที่ติดเชื้อไข้หวัดนก 2 ราย

ประเทศอียิปต์ ระบาด พ.ศ. 2547(2004) ศูนย์ไข้หวัดใหญ่แห่งชาติในประเทศอียิปต์ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือโรคไข้หวัดใหญ่ องค์การอนามัยโลกในประเทศอังกฤษ รายงานการตรวจพบเชื้อไข้หวัดนก A (H10N7) ในผู้ป่วยเด็กอายุ 1 ปี จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยมีอาการไข้และไอ ได้รับการรักษาหายเป็นปกติ บิดาของเด็กที่ป่วย 1 ราย เป็นพ่อค้าสัตว์ปีก ซึ่งเดินทางระหว่างเมือง Ismillia และ Damietta เป็นประจำ ซึ่งเมือง Damietta มีการตรวจพบเชื้อไข้หวัดนก A (H10 N7)จากเป็ดป่า ตัวเชื้อไวรัสไข้หวัดนก A (H10 N7) มีการตรวจพบเป็นครั้งแรกในสัตว์ปีกทั้งสัตว์ป่าและสัตว์เลี้ยงทั่วโลก

แนวคิดเกี่ยวกับมาตรการควบคุมโรคไข้หวัดนก

1. มาตรการสำหรับเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่หรือผู้ที่ต้องเกี่ยวข้องกับสัตว์ในฟาร์มที่มีการระบาดของ โรคไข้หวัดนก ผู้รับเชื้อสัตว์ปีกซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดโรค

จากกรณีที่เกิดการระบาดของโรคไข้หวัดนกในหลายพื้นที่ กรมปศุสัตว์จึงได้กำหนด มาตรการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด(กรมปศุสัตว์ , 2547 : 1-7) ดังนี้

1. ฟาร์มไก่พื้นเมือง

1.1 ควบคุมการเข้า-ออกของคน สัตว์ไม่ให้ยานพาหนะและคน โดยเฉพาะรถ รับซื้อไก่ รับประทานไข่ รับประทานไข่ไก่ รวมทั้งคนรับซื้อไก่ไข่ และไข่ไก่เข้ามาบริเวณฟาร์มหรือ บริเวณบ้าน

1.2 งดซื้อไก่จากพื้นที่อื่นๆ เข้ามาเลี้ยง

1.3 รักษาความสะอาดในโรงเรือนแบบปิดหรือใช้ตาข่ายคลุมหรือกำจัดเศษ อาหารเพื่อป้องกันไม่ให้สัตว์อื่นๆ รวมทั้งนก หนู เข้ามาในโรงเรือนเพราะอาจนำเชื้อโรคเข้ามา ในฟาร์ม

1.4 ไม่ใช้น้ำจากแหล่งน้ำสาธารณะ เช่น แม่น้ำลำคลองเลี้ยงไก่ หากจำเป็นให้ ผสมยาฆ่าเชื้อ เช่น คลอรีน

1.5 หากมีไก่ป่วยหรือตายไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ ปศุสัตว์ใน พื้นที่ทันทีไม่นำไก่ที่ป่วยหรือตายออกมาจำหน่ายอย่างถึงซากสัตว์ลงในแหล่งน้ำหรือที่สาธารณะ ต้องกำจัดทิ้งโดยการเผาหรือฝัง ในหลุมลึกไม่น้อยกว่า 5 เมตร ณ จุดเกิดโรค รวมทั้งมูลไข่ไก่ และ อาหารสัตว์ด้วย แล้วรดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ

1.6 ก่อนเข้าไปในฟาร์ม สัมผัสสัตว์ป่วย ซากสัตว์ที่ตายหรือทำลายสัตว์ควร สวมผ้าพลาสติกกันเปื้อน ปิดปาก จมูก ถึงมือ หมวก หลังเสร็จงานรีบอาบน้ำด้วยน้ำและสบู่ให้ สะอาด เปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้ง เสื้อผ้าที่ใช้แล้ว พลาสติกหรือผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก จมูก ถุงมือต้อง ถอดทิ้งหรือ นำ ไปซักหรือล้างให้สะอาดก่อนนำมาใช้อีก

1.7 ทำลายเชื้อโรคในพื้นที่ที่เกิดโรคระบาดโดยการฉีดพ่น น้ำยาฆ่าเชื้อโรค ใน บริเวณฟาร์ม กรง เล้า พื้นคอก และรอบๆ เข้าเย็นทุกวัน

2. มาตรการสำหรับฟาร์มไก่เนื้อและไก่ไข่

2.1 ห้ามนำยานพาหนะต่างๆ โดยเฉพาะรถส่งอาหารไก่ รับประทานไข่ รับประทานไข่ไก่ เข้ามาในฟาร์มหรือบริเวณบ้านโดยไม่จำเป็น หากต้องเข้าฟาร์มต้องใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคฉีดพ่น ยานพาหนะทุกครั้งก่อนเข้า และออกจากฟาร์ม

2.2 ป้องกันเชื้อโรคที่ปนเปื้อนคนที่เข้า – ออกฟาร์มโดย

2.2.1 ห้ามไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าฟาร์มโดยไม่จำเป็น

2.2.2 บุคคลที่ต้องเข้า-ออก ฟาร์มต้องจุ่มน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนเข้ามาฟาร์มและให้เปลี่ยนรองเท้าของฟาร์มที่เตรียมไว้

2.2.3 ไม่ควรเข้าไปในฟาร์มอื่นเพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคจากฟาร์มอื่นเข้ามาในฟาร์ม

2.3 รักษาความสะอาดในโรงเรือน ทำโรงเรือนแบบปิดหรือใช้ตาข่ายคลุม และกำจัดเศษอาหารเพื่อป้องกันให้สัตว์อื่นๆ รวมทั้งนก หนูเข้ามาในโรงเรือน เพราะอาจนำเชื้อโรคเข้ามาในฟาร์ม

2.4 ป้องกันเชื้อโรคที่ปนเปื้อนไข่และถาดไข่ในฟาร์มไข่ไก่โดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่ไข่และถาดไข่ทุกครั้ง ที่นำเข้าฟาร์ม

3. มาตรการสำหรับผู้รับซื้อสัตว์ปีก

3.1 ต้องฉีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่ตัวรถ ล้อรถ และกรงใส่สัตว์ปีกให้ทั่วถึงทุกซอกทุกมุมหลังจากนำสัตว์ปีกส่งโรงฆ่าแล้ว

3.2 เมื่อซื้อสัตว์ปีกที่ใดแล้วไม่ควรแวะซื้อที่อื่นๆ อีก หากจำเป็นไม่ควรนำยานพาหนะเข้าไปในฟาร์มและต้องพ่นยาฆ่าเชื้อที่เสื้อผ้า รองเท้า และตัวคนจับสัตว์ปีก

3.3 อย่าซื้อสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายหรือสัตว์ปีกจากฟาร์มที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ

4. มาตรฐานสำหรับโรงฆ่าสัตว์ปีก

4.1 ต้องซื้อสัตว์ปีกป่วยเข้ามา

4.2 ถ้ามีสัตว์ปีกตายให้ทำลายด้วยการฝัง เผา ฉีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่บริเวณโรงฆ่าทุกซอกทุกมุมหลังเสร็จสิ้นการฆ่าสัตว์ปีกทุกครั้ง หากพบสัตว์ปีกหรือเครื่องในมีความผิดปกติให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์โดยเร็ว

2. มาตรการการป้องกันการแพร่กระจายของโรคไข้หวัดนก

จากกรณีที่เกิดการระบาดของโรคไข้หวัดนกในหลายพื้นที่ กรมปศุสัตว์จึงได้กำหนดมาตรการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด(กรมปศุสัตว์, 2547 : 1-7) ให้กับฟาร์มที่เกิดโรคระบาดประกอบด้วย 3 หลักการที่สำคัญคือ

1. การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

- 1.1 ไม่ให้มีการนำสัตว์ปีกเข้าไปในสถานที่ที่มีการระบาดของโรคภายในและจากการกำจัดสัตว์ป่วย ในระยะเวลา 21 วัน
- 1.2 กำจัดวัชพืช รอบโรงเรือน และกำจัดสิ่งปฏิกูลของสัตว์ป่วยนั้น
- 1.3 มีโปรแกรมควบคุมพาหนะของโรค เช่น แมลง สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม หนู และนก เนื่องจากสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นตัวนำพาเชื้อจากอุจจาระของสัตว์ป่วยไปยังที่ต่างๆ ได้
- 1.4 ป้องกันการสะสมของแหล่งน้ำภายในฟาร์ม ซึ่งเพิ่มปริมาณของนกที่เคลื่อนย้ายเข้ามาและมีโอกาสเป็นสื่อ ให้การแพร่กระจายของโรคขยายวงออก
- 1.5 จำกัดและแหล่งอาหารซึ่งเป็นปัจจัยให้นักเคลื่อนย้ายมาอาศัย
- 1.6 ให้ความรู้พนักงานและผู้ที่เกี่ยวข้องให้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคไปยังที่ต่างๆ

2. การควบคุมการเคลื่อนย้าย

- 2.1 จัดระบบการควบคุมการเข้า-ออก ฟาร์มของบุคคลภายนอกและบุคคลภายในฟาร์ม
- 2.2 ลดการเคลื่อนย้ายระหว่างภายในฟาร์มและภายนอกฟาร์มโดยใช้ระบบสื่อสารทางโทรศัพท์และโทรสาร
- 2.3 ให้ใช้มาตรการทำลายเชื้อโรคคนที่เข้า - ออกฟาร์ม
- 2.4 ไม่อนุญาตให้พนักงานขับรถขนสัตว์พนักงานขนส่งเข้าออกฟาร์มโดยที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ

3. การรักษาสุนัข

- 3.1 ใช้ยาฆ่าเชื้อทำลายเชื้อและควบคุมไม่ให้มีการปนเปื้อนอุจจาระไปกับรถหรือยานพาหนะ
- 3.2 ล้างวัสดุอุปกรณ์และยานพาหนะ ด้วยผงซักฟอกและยาฆ่าเชื้อ
- 3.3 ยาฆ่าเชื้อที่ใช้ในการควบคุมและลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส คือ
 - 3.3.1 Formaldehyde
 - 3.3.2 Iodine compound
 - 3.3.3 Quaternary ammonium compound
 - 3.3.4 สารที่เป็นกรด
 - 3.3.5 ความร้อน 90 องศาเซลเซียส เวลา 3 ชั่วโมง หรือ 100 องศาเซลเซียส เวลา 30 นาที
 - 3.3.6 ความแห้ง

ตารางที่ 1 แสดงวิธีการทำลายเชื้อไข้หวัดนก

สิ่งที่ต้องทำลายเชื้อ	วิธีการทำลายเชื้อ
1. ยานพาหนะ	1. ใช้น้ำฉีดความดันสูงเพื่อทำความสะอาดยานพาหนะ 2. พ่นยาฆ่าเชื้อบนรถและล้อรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อกลุ่มฟอร์มาลดีไฮด์ กลุ่มกลูตารอลดีไฮด์ กลุ่มควอเตอร์นารีแอมโมเนียม กลุ่มฟีนอลหรือกลุ่มกลูตารอลดีไฮด์
2. วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในโรงเรียน	เช็ดอุปกรณ์ต่างๆ ในน้ำยาฆ่าเชื้อกลุ่มคลอรีน กลุ่มควอเตอร์นารีแอมโมเนียม กลุ่มฟีนอลหรือกลุ่มกลูตารอลดีไฮด์
3. โรงเรียน	ฉีดพ่นบริเวณโรงเรียนและรอบโรงเรียนทุกวัน เช้า – เย็น ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเช่นเดียวกับที่ใช้ฉีดพ่นยานพาหนะ
4. ถาดไข่	1. แช่ถาดไข่ในน้ำยาฆ่าเชื้อกลุ่มน้ำสบู่เข้มข้น ผงซักฟอก สารประกอบคลอรีน สารประกอบควอเตอร์นารีแอมโมเนียม หรือสารประกอบ ฟีนอลเป็นระยะเวลา 10-30 นาที 2. รดควันถาดไข่ในห้องแบบปิดหรือใช้ผ้าพลาสติกคลุม โดยใช้ฟอร์มาลีน 40 % ผสมกับด่างทับทิมในอัตราส่วนฟอร์มาลีน 50 มล. ต่อ ด่างทับทิม 10 กรัม ในพื้นที่ขนาด 2x2x2 เมตร เป็นระยะเวลา 24 ชั่วโมง
5. ไข่	1. จุ่มไข่ในน้ำยาฆ่าเชื้อกลุ่มไฮโปคลอไรท์หรือสารประกอบฟีนอล 2. รดควันโดยใช้วิธีเดียวกับถาดไข่

3. มาตรการการควบคุมการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกในกรณีมีการกำหนดเขตสงสัยว่ามีโรคระบาด จากกรณีที่เกิดการระบาดของโรคไข้หวัดนกในหลายพื้นที่ กรมปศุสัตว์จึงได้กำหนดมาตรการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด(กรมปศุสัตว์, 2547 : 1-7) ตามชนิดสัตว์ปีกที่ควบคุม ได้แก่ ไก่ เป็ด และห่าน โดยมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1. ตั้งจุดตรวจสอบการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกและซากสัตว์ปีก

1.1 บริเวณที่เป็นเส้นทางที่เป็นแนวขอบเขตของจังหวัดที่ควบคุม

1.2 ภายในจังหวัด

1.3 ตั้งจุดตรวจภายในจังหวัดทั่วไปนอกเขตควบคุม

2. วิธีปฏิบัติของเจ้าหน้าที่

2.1 ตั้งจุดตรวจ 24 ชั่วโมงทุกจุด

2.2 ลาดตระเวนไปตามเส้นทางต่างๆ ที่คาดว่าจะมีการลักลอบเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกและซากสัตว์ปีก

3. การตรวจค้นยานพาหนะ

อาศัยอำนาจตามความในมาตราที่ 29 แห่งพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ.2499 เรื่องตรวจยานพาหนะที่สงสัยว่ามีโรคระบาด ในยานพาหนะนั้นและหากพบการกระทำผิด เช่น ไม่มีเอกสารอนุญาตให้เคลื่อนย้ายสัตว์ปีกหรือซากสัตว์ปีกนั้นจะดำเนินการจับกุมทันที หรือตรวจพบสัตว์ปีกหรือซากสัตว์ปีกนั้นๆ มีอาการของโรคระบาดมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นพาหะของโรคระบาดก็จะนำสัตว์หรือซากสัตว์นั้นมาพิจารณาทำลายทันที

4. การจับกุมและการยึดของกลาง

อาศัยอำนาจตามความในมาตราที่ 29 แห่งพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2499 จับกุมผู้กระทำความผิดพร้อมยึดสัตว์ปีกหรือซากสัตว์ปีกของกลางที่เกี่ยวกับการกระทำความผิด พระราชบัญญัตินี้ส่งพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยวิธีพิจารณาความอาญาต่อไป

5. หาข่าวและสร้างสายลับ

5.1 โดยขอความร่วมมือกับชาวบ้านและเกษตรกรในพื้นที่ให้แจ้งเบาะแสแก่สารวัตรกรมปศุสัตว์

5.2 ขอให้ผู้ประกอบการค้าสัตว์ปีกหรือซากสัตว์ปีกที่ดำเนินการถูกต้องตามระเบียบและเงื่อนไขกรมปศุสัตว์ เป็นสายลับผู้แจ้งเกี่ยวกับการลักลอบเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกหรือซากสัตว์ปีกโดยทำเป็นเรื่องลับ

5.3 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น เช่น ทหาร ตำรวจ เจ้าหน้าที่ปกครองและองค์กรปกครองท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งข่าวให้แก่สารวัตรกรมปศุสัตว์

6. ประชาสัมพันธ์

ประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชน เกษตรกรและผู้ประกอบการค้าสัตว์ปีกและซากสัตว์ปีกทราบถึงผลเสียที่เกิดขึ้นเมื่อลักลอบเคลื่อนย้ายสัตว์และซากสัตว์ รวมถึงขั้นตอนวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามระเบียบกฎหมาย

7. การดำเนินการเกี่ยวกับสัตว์หรือซากสัตว์ของกลาง

เมื่อมีการยึดสัตว์ปีกหรือซากสัตว์ปีกของกลาง สัตวแพทย์กรมปศุสัตว์จะอาศัยอำนาจตามมาตรา 10 มาตรา 13 มาตรา 18 มาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2499 และมาตรา 27 แห่งพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2499 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยแห่งพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2542 ดำเนินการดังนี้

- 7.1 ทำการตรวจโรคและทำลายเชื้อโรคสัตว์ปีกหรือซากสัตว์ปีก
- 7.2 ส่งให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการกักสัตว์ปีกหรือซากสัตว์ปีกเพื่อตรวจโรคระบาด
- 7.3 กรณีสัตวแพทย์กรมปศุสัตว์ เห็นควรให้ทำลายสัตว์ปีกหรือซากสัตว์ปีกเนื่องจากสัตว์ปีกนั้นป่วยหรือตาย หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าป่วยหรือตายด้วยโรคระบาดหรือซากสัตว์ปีกเป็นพาหะของโรคระบาดก็จะส่งคำสั่งให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการฝังหรือเผา หรือวิธีการอื่นตามที่สัตวแพทย์เห็นสมควร

4. การปฏิบัติเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกซากสัตว์ปีกและไข่สัตว์ปีก

จากกรณีที่เกิดการระบาดของโรคไข้หวัดนกในหลายพื้นที่ กรมปศุสัตว์จึงได้กำหนดมาตรการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของกรมปศุสัตว์, 2547 : 1-7) เกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกซากสัตว์ปีกและไข่สัตว์ปีก ดังนี้

1. ชนิดสัตว์ปีกที่ต้องขออนุญาตเคลื่อนย้ายได้แก่ ไก่ เป็ด ห่าน และนก รวมถึงไข่ฟักและไข่เพื่อการบริโภค ส่วนซากสัตว์ปีก ได้แก่ รังนกหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของสัตว์ปีกที่ตายแล้ว
2. การเคลื่อนย้ายสัตว์ปีก ซากสัตว์ปีก และไข่สัตว์ปีก ต้องมีใบอนุญาตเคลื่อนย้ายที่ออกโดยเจ้าหน้าที่ของกรมปศุสัตว์ทุกครั้งทั้งเคลื่อนย้ายภายในจังหวัดและระหว่างจังหวัด
3. การยื่นคำขออนุญาตเคลื่อนย้าย ให้ยื่นคำขออนุญาตได้ที่สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดหรือศูนย์ปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดต้นทางที่จะเคลื่อนย้ายสัตว์ปีก ซากสัตว์ปีก และไข่สัตว์ปีก
4. การพิจารณาออกใบอนุญาตจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้

4.1 กรณีสัตว์ปีก

4.1.1 ต้องมีการตรวจโรคเอเวียน อินฟลูเอนซา หรือโรคไข้หวัดนกเป็นลบ (Negative) จากการทำ Cloacae Swab ในสัตว์ปีกที่เคลื่อนย้าย ทั้งนี้ใบรับรองผลการตรวจโรคดังกล่าวให้ครอบคลุมหรือใช้ภายใน 10 วัน นับจากวันที่เก็บตัวอย่างหรือภายใน 2 วันนับจากวัน

ทราบผลการตรวจโรค รวมทั้งไม่พบการป่วยตายของสัตว์ปีกผิดปกติ (ให้สัตวแพทย์ผู้ควบคุมฟาร์มรับรองสุขภาพสัตว์ปีกได้)

4.1.2 ห้ามเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกจากพื้นที่ใดๆ ไปยังพื้นที่สีแดงและพื้นที่สีเหลือง

4.1.3 ห้ามเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกจากพื้นที่สีแดงและพื้นที่สีเหลืองไปยังพื้นที่ใดๆ

4.2 กรณีซากสัตว์ปีก

4.2.1 หากเคลื่อนย้ายจากโรงฆ่าสัตว์ปีกหรือโรงงานแปรรูปสัตว์ปีกที่มีสัตวแพทย์ของกรมปศุสัตว์ประจำที่โรงงานนั้นๆ ให้สัตวแพทย์ของกรมปศุสัตว์ที่ประจำอยู่โรงงานนั้นเป็นผู้ออกใบอนุญาตเคลื่อนย้ายได้ ทั้งนี้ให้ตรวจสอบก่อนว่าสัตว์ปีกที่เคลื่อนย้ายเข้ามาฆ่ายังโรงฆ่าสัตว์ปีกนั้น ต้องมีใบอนุญาตเคลื่อนย้ายที่ออกโดยเจ้าหน้าที่กรมปศุสัตว์ด้วย

4.2.2 หากเคลื่อนย้ายจากโรงฆ่าสัตว์ปีกหรือโรงงานแปรรูปสัตว์ปีกที่มีสัตวแพทย์ของกรมปศุสัตว์ประจำที่โรงงานนั้นๆ ให้สัตวแพทย์ของสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเป็นผู้ออกใบอนุญาต ทั้งนี้ให้ตรวจสอบก่อนว่าสัตว์ปีกที่เคลื่อนย้ายเข้ามาฆ่ายังโรงฆ่าสัตว์ปีกนั้น ต้องมีใบอนุญาตเคลื่อนย้ายที่ออกโดยเจ้าหน้าที่กรมปศุสัตว์ด้วย

4.2.3 สามารถเคลื่อนย้ายไปยังพื้นที่ใดๆ ก็ได้

4.3 กรณีไข่ฟักหรือลูกสัตว์ปีกอายุ 1 วัน

4.3.1 ไข่ฟักหรือลูกสัตว์ปีกอายุ 1 วัน (Day – Old chick) จะต้องมาจากฟาร์มที่ไม่มีโรคระบาด หรือป่วยตายผิดปกติรวมทั้งผลการตรวจ Cloacae Swab ของพ่อแม่พันธุ์จะต้องให้ผลลบต่อการหาเชื้อเอวียน อินฟลูเอนซาหรือโรคไข้หวัดนกอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

4.3.2 ห้ามเคลื่อนย้ายจากพื้นที่หรือไปลงในพื้นที่เช่นเดียวกับข้อ 4.1

4.4 กรณีไข่เพื่อการบริโภค

4.4.1 จะต้องมีการหนังสือรับรองการรมยาฆ่าเชื้อโรค (Fumigation) หรือใช้ทำความสะอาดด้วย Oxy – wash จากสัตวแพทย์ของกรมปศุสัตว์

4.4.2 จะต้องเป็นไข่ที่มาจากพื้นที่สีเหลืองและพื้นที่สีเขียวเท่านั้น หากนำมาจากพื้นที่สีแดง ไม่อนุญาตให้เคลื่อนย้ายและให้ทำลายไข่ทั้งหมด

4.4.3 สามารถเคลื่อนย้ายไปยังพื้นที่ใดๆ ก็ได้

4.5 การกำหนดเงื่อนไขใบอนุญาต

4.5.1 ให้ระบุเส้นทางการเคลื่อนย้ายไม่ให้ผ่านพื้นที่สีแดง ยกเว้นกรณีเพื่อการบริโภคและซากสัตว์ปีก

4.5.2 กรณีโรงฆ่าสัตว์ปีกและโรงงานแปรรูปสัตว์ปีกอยู่ในพื้นที่สีเหลืองและสีแดง ต้องระบุให้พื่นฆ่าเชื้อโรคนานพาทะและสัตว์ปีกที่เคลื่อนย้ายเข้ามา ที่ระยะ 50 กิโลเมตร 25 กิโลเมตรก่อนถึงโรงงานและที่หน้าโรงงาน

4.5.3 ให้ระบุทะเบียนยานพาหนะในใบอนุญาต เป็นรายคันยานพาหนะ

4.5.4 ใบอนุญาตให้ใช้ได้ไม่เกิน 48 ชั่วโมง

หมายเหตุ

1. พื้นที่สีแดง หมายถึง พื้นที่ภายในรัศมีไม่เกิน 5 กิโลเมตร รอบจุดเกิดโรคระบาด ชนิด เอเวียน อินฟลูเอนซาหรือโรคไข้หวัดนก
2. พื้นที่สีเหลือง หมายถึง พื้นที่ที่ได้ประกาศว่าเป็นพื้นที่สีแดงแต่ไม่ทำลายสัตว์ปีกที่เป็นโรคระบาดหรือพาหะของโรคระบาดชนิดโรคไข้หวัดนกตัวสุดท้ายหมดแล้ว
3. พื้นที่สีเขียว หมายถึง พื้นที่ที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้หวัดนกหรือพื้นที่สีเหลืองที่ได้ทำลายสัตว์ปีกที่ป่วยด้วยโรคระบาดหรือที่เป็นพาหะ ของโรคระบาดชนิดโรคไข้หวัดนกหมดแล้ว เป็นระยะอย่างน้อย 21 วัน แล้วไม่พบสัตว์ป่วยหรือตายด้วยโรคไข้หวัดนก

มาตรการการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในคน

ความสำคัญ

1. องค์การอนามัยโลกและนักวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของไข้หวัดนก มีความเห็นตรงกันว่า การระบาดที่เกิดขึ้นในภูมิภาคเอเชียเมื่อต้นปี 2547 นี้ จะไม่สามารถกวาดล้าง ให้หมดไปได้และมีโอกาสเกิดการระบาดซ้ำได้ตลอดเวลา
2. ทุกครั้งที่มีการระบาดในสัตว์ปีกจะทำให้เกิดการป่วยในคน โดยล่าสุดในประเทศไทย มีการป่วยที่ยืนยัน 12 ราย และเสียชีวิต 8 ราย
3. การป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในคนจึงอยู่ที่การเฝ้าระวังสอบสวนโรค การให้ สุขศึกษาแก่ประชาชน การตรวจวินิจฉัยรักษา การป้องกันในกลุ่มเสี่ยงเช่นผู้เกี่ยวข้องกับการทำลาย สัตว์ปีกที่ป่วยและการบริหารจัดการ

มาตรการที่สำคัญ 5 ด้าน

1. ด้านการสั่งการและการกำกับดูแล

1. ควรมีคำสั่งคณะทำงานประกอบด้วยผู้รับผิดชอบจากกระทรวงเกษตร กระทรวงสาธารณสุข และส่วนอื่นๆตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดเห็นสมควร

2. ให้มี Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติการฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง เรื่องการรับแจ้งเหตุที่สงสัยว่าสัตว์ติดเชื้อการสอบสวนผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อไข้หวัดนก การให้คำแนะนำในการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยที่สงสัย

3. จัดเตรียมงบประมาณ วัสดุ สิ่งสนับสนุนสำหรับกิจกรรมการสอบสวนและควบคุมโรคในผู้ป่วยและในชุมชน เช่น ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ยานพาหนะ อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน ยารักษาและชุดตรวจคัดกรอง ฯลฯ

2. ด้านการเฝ้าระวังสอบสวนโรค

1. เฝ้าระวังการป่วยด้วยโรคปอดบวมและไข้หวัดใหญ่อย่างเต็มที่ โดยผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่ามีอาการปอดบวม หรือไข้หวัดใหญ่ ที่รับรักษาในโรงพยาบาล ขอให้ซักถามประวัติ

1.1 การอาศัยอยู่ในบ้านหรือหมู่บ้านที่มีสัตว์ปีกที่ป่วย/ตายในรอบ 2 สัปดาห์

1.2 การสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ที่ป่วยหรือตาย ในรอบหนึ่งสัปดาห์

1.3 การสัมผัสกับผู้ป่วยปอดบวมรายอื่น ในรอบหนึ่งสัปดาห์

หากมีประวัติดังกล่าวให้รายงานและมีการสอบสวน โรคและควบคุมโรคในชุมชนทันทีโดยไม่ต้องรอผลทางห้องปฏิบัติการ และให้การดูแลรักษาตามแนวทางที่กระทรวงกำหนดไว้

2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากปอดบวมทุกรายให้ส่งตรวจหาการติดเชื้อไข้หวัดนก

3. เมื่อมีผู้ป่วยสงสัยให้มีการสอบสวนโรคและควบคุมโรคในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ตรวจสอบและประสานองค์กรทั้งรัฐและเอกชนว่ามีการตายของสัตว์ปีกมากน้อยเพียงใด

3.2 มีผู้ป่วยรายอื่นๆที่ชวนให้สงสัยว่าเป็นไข้หวัดนกแต่ยังไม่ได้ไปรับการรักษาอีกหรือไม่

3.3 ติดตามสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไว้ทุกคนทุกวันอย่างน้อย 7 วัน นับจากวันที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยวันสุดท้าย หากมีอาการไข้ให้รีบตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุและรายงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต กรมควบคุมโรคทราบเพื่อตรวจสอบว่ามีการแพร่ระบาดจากคนสู่คนหรือไม่

4. เก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยเพื่อตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย

4.1 Nasopharyngeal aspiration, nasopharyngeal swab, nasal swab หรือ throat swab ใส่ไว้ใน viral transport media นำส่งในกระติกน้ำแข็งที่มีน้ำแข็งหรือ ice pack เพื่อรักษาอุณหภูมิให้ได้ 2-4 องศาเซลเซียส และให้ส่งถึงห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ภายใน 48 ชั่วโมง

4.2 Clotted Blood 5 มิลลิตร (CC.) เก็บ 2 ครั้ง ครั้งแรกเก็บเมื่อพบผู้ป่วย ครั้งที่สองเก็บห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 14 วันขึ้นไป

4.3 ระบุหมายเลขโทรสารและโทรศัพท์ของแพทย์ผู้ดูแลเพื่อทางกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จะได้แจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ทราบ

4.4 โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถขอรับการสนับสนุน viral transport media ได้จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมวิทยาศาสตร์ได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

4.5 หากมีข้อสงสัยให้สอบถามได้ที่ ศูนย์ประสานงานการตรวจวิเคราะห์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายเลขโทรศัพท์ 02-9510000

5. ในพื้นที่ซึ่งมีการระบาดของไข้หวัดนกให้มีการสำรวจและสรุปสถานการณ์ผู้ป่วย ปอดบวมที่เข้าข่ายไข้หวัดนก รายใหม่ทุกวันในพื้นที่ พร้อมผลการรักษาให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ซึ่งสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค จะตรวจกับผลทางห้องปฏิบัติการและสรุปสถานการณ์ในภาพรวมเสนอ ผู้บริหารต่อไป อนึ่งหากมีการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ที่ผิดปกติ ขอให้รายงานให้ทราบด้วย

3. ด้านสุศึกษา

1. ให้ความรู้กับประชาชนทุกหมู่บ้านในเรื่องการติดต่อของโรค โดยระยะนี้หากมีการป่วยการตายของไก่หรือสัตว์ปีกอื่นๆ ในจำนวนผิดปกติ ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าสัตว์เหล่านั้นตายจากโรคไข้หวัดนก โดยไม่จำเป็นต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และห้ามมิให้ชาวบ้านไปสัมผัสตลอดจนจับสัตว์ปีกในฝูงนั้นมาฆ่าและ เป็นอาหาร โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนนับเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเฝ้าเป็นพิเศษ

2. ในกรณีที่ต้องสัมผัสสัตว์ปีกที่เลี้ยงไว้หรือต้องเกี่ยวข้องกับการทำลายสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายให้มีการป้องกันตนเองด้วยการใส่หน้ากากอนามัย สวมถุงมือ สวมแว่นที่สามารถ

ป้องกันมิให้ของเหลวจากสัตว์กระเด็นเข้าตา ใส่ผ้าปิดชิด ล้างมือให้บ่อย อาบน้ำหลังเสร็จภารกิจ และไม่ใช่ที่ไม่ได้ล้างมาและจุมูกหรือมาเปื้อนใบหน้า

3. ชาวบ้านที่มีประวัติสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายหรือสงสัยว่าป่วย โดยเฉพาะ ผู้ที่ต้องมีหน้าที่ฆ่าหรือชำแหละสัตว์ปีก หากมีไข้เกิดขึ้นภายในสัปดาห์หลังสัมผัส แนะนำให้รีบไปพบแพทย์โดยเร็ว

4. ขอให้ประชาชนอย่าได้นำสัตว์ที่ป่วยหรือสงสัยว่าติดเชื้อมาชำแหละเพื่อปรุงเป็นอาหาร เนื่องจากขั้นตอนการปรุงอาหารอาจทำให้ผู้ชำแหละติดเชื้อได้

5. ให้ผู้ปกครองเด็กในพื้นที่ที่มีการระบาดกำกับดูแลไม่ให้เด็กเล่นดินทรายที่ปนเปื้อนมูลสัตว์หรือเล่นในบริเวณที่มีการชำแหละสัตว์ และดูแลให้เด็กล้างมือทุกครั้งหลังการเล่นบนพื้นที่มีเชื้อโรค

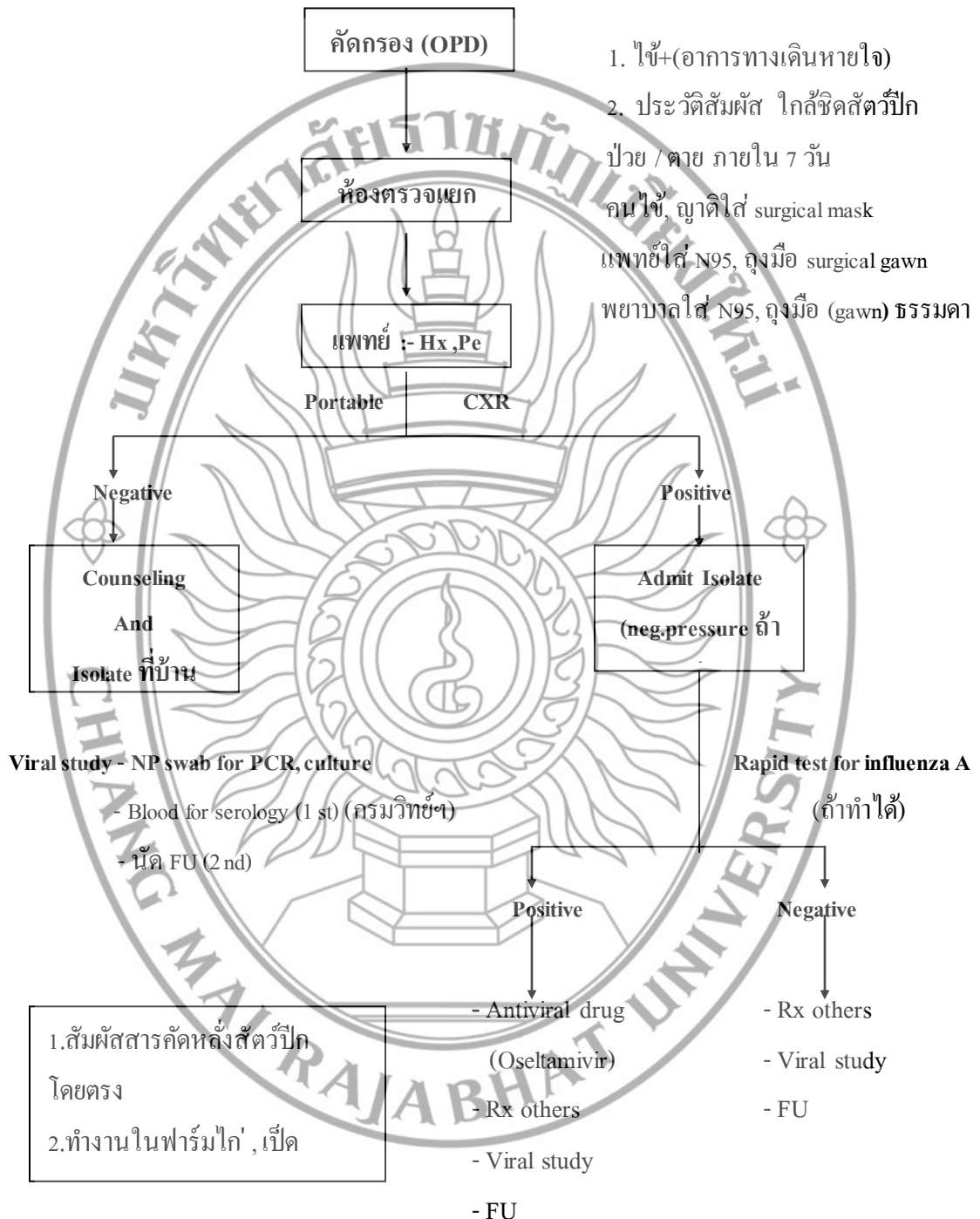
4. ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

1. ให้แยกผู้ป่วยที่สงสัยไข้หวัดนก และใช้มาตรการป้องกันการติดเชื้อที่กรมการแพทย์เสนอไว้ที่เว็บไซต์ของกรมการแพทย์

http://www.dms.moph.go.th/avian_influenza_a/h5n1/h5n1.html

2. พิจารณาให้ยาต้านไวรัสตามแนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ใน ดังรูป

แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ผู้ป่วย “ไข้หวัดนก”



แผนภาพที่ 3 แสดงแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ผู้ป่วย “ไข้หวัดนก”

ที่มา : ทรงพล ที่อุปมา 2547: 10

5. การควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนกในกลุ่มผู้กำจัดสัตว์ป่วย

1. มีการให้คำแนะนำวิธีการป้องกันตนเองแก่ผู้ฆ่าทำลายสัตว์ที่สงสัยติดเชื้อก่อนปฏิบัติงานทุกครั้ง
2. ขณะปฏิบัติงานต้องใช้เครื่องป้องกันการติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน คือ
 - 2.1 สวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และผ้าปิดจมูกและปาก และรองเท้าบูท
 - 2.2 สวมหมวกคลุมผม ถู่มืออย่าง แว่นตา หน้ากากอนามัยปิดจมูกและปาก และ
 - 2.3 เวลาในการปฏิบัติงานไม่ควรติดต่อกันนานกว่า 3 ชั่วโมง หากไม่สามารถปฏิบัติงานให้เสร็จภายใน 3 ชั่วโมงควรมีการพักเพื่อให้ชำระร่างกายและล้างมือ
 - 2.4 หลังจากปฏิบัติงานควรล้างมือ ทำความสะอาดร่างกายและควรเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ทุกครั้ง
 - 2.5 ควรทำลายฆ่าเชื้อโรคในอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ รวมทั้งเครื่องแต่งกาย รองเท้า ด้วยยาฆ่าเชื้อ เช่น คลอรีน หรือโซเดียมไฮเปอร์คลอไรด์
 - 2.6 หากมีไข้หรือมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจให้รีบไปพบแพทย์ และแจ้งประวัติการสัมผัสสัตว์ให้เจ้าหน้าที่ทราบ
3. จัดทำรายชื่อ และติดตามอาการป่วยของผู้ฆ่าสัตว์ที่สงสัยติดเชื้ออย่างน้อย 7 วัน

แนวทางการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน

จากสถานการณ์โรคไข้หวัดนกที่เกิดขึ้นระลอกสองในเดือนตุลาคมนี้ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก โดย ฯพณฯ นายกรัฐมนตรีได้สั่งการให้ดำเนินการเสร็จสิ้นภายใน 1 เดือน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก โดยเน้นระบบการเฝ้าระวังโรคในคนและสัตว์ จากยุทธศาสตร์การเร่งรัด เฝ้าระวัง สืบสวน และควบคุมโรคโดยให้ องค์การบริหารส่วนตำบล และเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบล มีส่วนร่วมรายงานในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดย กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน จึงได้กำหนดแนวทางให้ องค์การบริหารส่วนตำบล ดำเนินการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกและรายงานผลการเฝ้าระวังตามขั้นตอน ดังนี้

1. การรายงานในระบบปกติ

1.1 ให้องค์การบริหารส่วนตำบล บันทึกผลการเฝ้าระวังใน “แบบบันทึกการเฝ้าระวังพื้นที่ป้องกันและการเฝ้าระวังไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” (แบบไข้หวัดนก 1) และบันทึกสรุปผลการเฝ้าระวังใน “แบบสรุปรายงานการเฝ้าระวังพื้นที่ป้องกันและการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน / ศูนย์ฯ / หมู่บ้าน / สถานีอนามัย. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ. / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด” (แบบไข้หวัดนก 2) เป็นประจำทุกวัน

1.2 ให้องค์การบริหารส่วนตำบล ส่งสรุปรายงาน ใน “แบบสรุปรายงานการเฝ้าระวังพื้นที่ป้องกันและการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ศูนย์ฯ/หมู่บ้าน/สถานีอนามัย. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ./ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด” (แบบไข้หวัดนก 2) ให้สถานีอนามัย/ ศูนย์ประสานงานเครือข่ายการควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ระดับตำบล เป็นประจำทุกวัน

1.3 ให้สถานีอนามัย/ ศูนย์ประสานงานเครือข่ายการควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ระดับตำบล ให้รายงานไปยังศูนย์ประสานงานเครือข่ายควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ระดับอำเภอ ศูนย์ประสานงานเครือข่ายการควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ระดับอำเภอ รายงานไปที่ศูนย์ประสานงานเครือข่ายการควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ระดับจังหวัด และศูนย์ประสานงานเครือข่ายการควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ระดับจังหวัดรายงานไปยังกระทรวงสาธารณสุข ตามลำดับเป็นประจำทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์

2. การรายงานการเฝ้าระวังของเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบล (Hot line : สายด่วน) ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินหรือพิเศษ องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถส่งข้อมูลผ่านช่องทางการสื่อสารที่สะดวกและรวดเร็ว โดยให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือ เครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลในระดับตำบล/ อำเภอ รายงานปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วนผ่าน Hot line : สายด่วนในระดับจังหวัด หรือโทรศัพท์หมายเลข 0 2590 1531 , 0 2590 1532 , 0 2590 1535 , 0 2590 1540 , 0 2590 1545 ให้ศูนย์ประสานงานเครือข่ายการควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

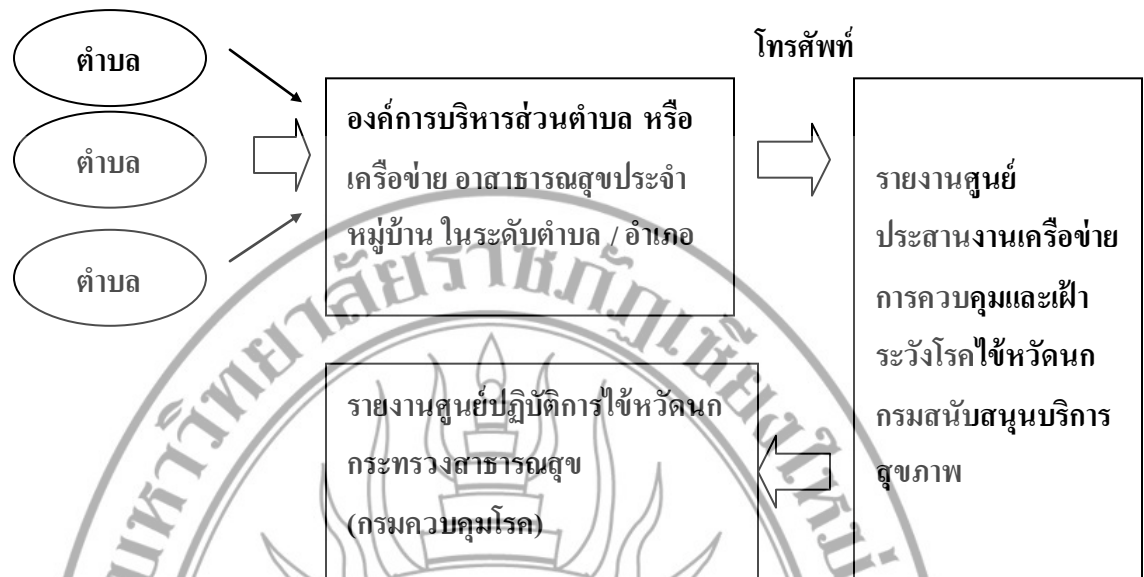
ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน

1. การรายงานในระบบปกติ



แผนภาพที่ 4 แสดง ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน
ที่มา : ทรงพล ที่อุปมา 2547: 14

1. แบบฟอร์มรายงานผลจาก องค์การบริหารส่วนตำบล ถึง ศูนย์ประสานงานเครือข่ายการควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ระดับตำบล
2. การรายงานจากเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบล ภายในหมู่บ้านให้กับศูนย์ ฯ ตำบลเป็นประจำทุกวัน
3. องค์การบริหารส่วนตำบล ระดับหมู่บ้าน เป็นผู้ดำเนินการ สํารวจและรายงานทุกวัน
4. สถานีอนามัย / ศูนย์ ฯ ระดับอำเภอ / ศูนย์ ฯ ระดับจังหวัด รายงานทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์
5. การรายงานการเฝ้าระวังของเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



แผนภาพที่ 5 แสดง การรายงานการเฝ้าระวังของเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ที่มา : ทรงพล ที่อุบลมา 2547: 16

6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือเครือข่ายในระดับอำเภอรายงานปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน หรือสรุปปัญหาในแต่ละสัปดาห์ รายงานเข้าสู่ศูนย์ เพื่อช่วยตรวจสอบความชัดเจน และวิเคราะห์จุดสำคัญเพื่อประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหา

7. ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับอำเภอหรือผู้ที่รับผิดชอบเป็นผู้รายงานและเป็นจุดประสานงาน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

คำณวน อึ้งชูศักดิ์ (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “การสอบสวนไข้หวัดนก H5N1 ในครอบครัวจังหวัดกำแพงเพชร” ทราบว่าเป็นในครอบครัวเดียวกัน คือลูกสาว มารดา ป้า โดยหาความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ประกอบด้วย การสอบสวนประวัติการเจ็บป่วยทางคลินิก ข้อมูลด้านระบาดวิทยาสิ่งแวดล้อม และการผ่าศพของมารดาผู้ป่วยเด็กรายแรก แม่ไม่สามารถยืนยันการติดเชื้อในลูก เนื่องจากไม่สามารถเก็บตัวอย่างได้ แต่การที่สามารถยืนยันการพบเชื้อ จากการตรวจทางพยาธิวิทยาในเนื้อปอดของมารดา และการแยกเชื้อจากป้าพบว่า เป็นเชื้อที่เป็นสายพันธุ์ใกล้เคียงกัน และสรุปว่าการแพร่เชื้อจากคน มีความเป็นไปได้

ดารินทร์ อริย์โชคชัย และคณะ (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยเสี่ยงของไข้หวัดนก ประเทศไทย พ.ศ. 2547” จากการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไข้หวัดนกมากที่สุดได้แก่การเก็บเนื้อไก่ที่ป่วยตายไว้ในบ้าน การสัมผัสไก่ที่ตาย และการสัมผัสไก่ที่ป่วย ตามลำดับ ผลสรุปโดยรวมพบว่าการระบาดของโรคในคนเกิดขึ้นในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคในสัตว์ปีกเท่านั้น และพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกือบทั้งหมด มาจากการสัมผัสสัตว์ปีก โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคมากที่สุด คือ การสัมผัสไก่ที่ป่วยหรือตายโดยตรง รวมทั้งการเก็บเนื้อไก่ที่ป่วยตายไว้ในบ้าน ดังนั้นแนวทางการป้องกันโรคไข้หวัดนก ควรเน้นให้ประชาชน ที่อยู่ในพื้นที่มีการระบาดของสัตว์ปีกสามารถเก็บและทำลายสัตว์ปีก ที่มีอาการป่วยหรืออยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว และห้ามนำมาเชือดฆ่าและหรือรับประทานโดยเด็ดขาด

ทรงพล ที่อุปมา (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “ทัศนคติของผู้ประกอบการฟาร์มเลี้ยงไก่เนื้อต่อมาตรการควบคุมโรคไข้หวัดนกจังหวัดยโสธร” โดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิตส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าทดสอบที่ T-Test และค่าทดสอบ F-Test พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกของผู้ประกอบการอยู่ในระดับสูง ส่วนผลกระทบจากมาตรการควบคุมโรคไข้หวัดนกต่อผู้ประกอบการ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ทัศนคติของผู้ประกอบการต่อมาตรการการควบคุม โรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับดี

บัณฑิต นวลศรีฉายและสัตยา แป้งผง (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “การวิเคราะห์ผลการตรวจโรคไข้หวัดนกทางห้องปฏิบัติการในพื้นที่สำนักสุขศาสตร์สัตว์และสุขอนามัยที่ 1 ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2547” โดยการวิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจสอบ ตัวอย่างสัตว์ปีกที่ส่งสถาบันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2547 พบว่าตัวอย่างสัตว์ปีกที่ส่ง

ตรวจทั้งสิ้น 8,876 ตัวอย่าง ตรวจพบเชื้อไข้หวัดนก 732 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 8.25 สัตว์ปีกที่ตรวจพบเชื้อไข้หวัดนก สูงสุดคือ เป็ด ร้อยละ 40.72 และ ไก่พื้นเมืองร้อยละ 31.55 จังหวัดที่ตรวจพบเชื้อไข้หวัดนกมากที่สุดคือ จังหวัดอ่างทอง ร้อยละ 21.86 รองลงมาคือจังหวัดปทุมธานีร้อยละ 18.47 ช่วงเวลาที่มีการเก็บตัวอย่าง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมากที่สุดคือเดือน ตุลาคม รองลงมาคือ เดือน พฤศจิกายนและน้อยที่สุดคือ เดือนเมษายน สำหรับเดือนที่ตรวจพบเชื้อไข้หวัดนกมากที่สุดคือ เดือน กุมภาพันธ์ ร้อยละ 14.52 และรองลงมาคือ เดือนมกราคม ตรวจพบรองลงมาคือ ร้อยละ 14.47

ปราปดา ประภาศิริ และคณะ (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการไต่ยืนยันข่าวเกี่ยวกับไข้หวัดนก จังหวัดนครพนม” พบว่าก่อนหน้าที่จะได้ยืนยันข่าวเกี่ยวกับไข้หวัดนก กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการสัมผัสสัตว์ปีก ที่ป่วยหรือตายด้วยมือเปล่า นั้นปลอดภัย แต่หลังจากที่ได้ยืนยันข่าวเกี่ยวกับไข้หวัดนกคิดว่า การสัมผัสสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายด้วยมือเปล่าลดลง

รัตนภรณ์ ทองอรุณนิกุล (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “การนำเสนอข้อมูลข่าวสารในหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับไข้หวัดนกและการนำไปใช้ของผู้ประกอบธุรกิจสัตว์ปีก” พบว่าประเด็นข่าวเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก ที่หนังสือพิมพ์นิยมนำมาเสนอมากที่สุด คือการหามาตรการการแก้ไขเรื่องโรคไข้หวัดนก แหล่งข่าวที่ถูกอ้างถึงมากที่สุด คือ หน่วยงานราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ เป้าหมายในการนำเสนอเนื้อหาในเรื่องโรคไข้หวัดนก ที่นำมาเสนอมากที่สุดได้แก่ การนำเสนอความจริงในรูปแบบข่าวไม่ว่าจะเป็นเชิงลบ เชิงบวก หรือเป็นกลาง ผู้ประกอบธุรกิจสัตว์ปีกนิยมเปิดรับข่าวสารจากโทรทัศน์มากที่สุดซึ่งมักนำเสนอข่าวสาร ที่ได้รับนั้นปรับใช้เพื่อป้องกันฟาร์ม และตนเองจากการติดเชื้อโรคไข้หวัดนกมากที่สุด รองลงมาคือ เพื่อติดตามสถานการณ์ความคืบหน้าและตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล

วิไล ตนะกุล (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานควบคุมโรคไข้หวัดนกขององค์กรภาครัฐ ปี พ.ศ.2547 (กรณีศึกษาชุมชนต้นขามเทศบาลนครเชียงใหม่)” โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลชุมชน และแบบสอบถามความคิดเห็น ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงพรรณนา และข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องไข้หวัดนกและการป้องกันการติดต่อของโรคไข้หวัดนกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐในช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดนกพบว่า ได้รับข้อมูลอย่างรวดเร็วจากสื่อต่างๆ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตอยู่ในระดับมาก ภาพรวมความคิดเห็น เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ในการดำเนินการควบคุม มีค่าเฉลี่ยเลขคณิตอยู่ในระดับมาก

เกี่ยวกับการจ่ายค่าชดเชย แก่ผู้ถูกทำลายสัตว์ปีก มีความเห็นว่า ไม่เหมาะสมร้อยละ 37.44 เกี่ยวกับการให้ข้อมูล เกี่ยวกับสัตว์เลี้ยงของตนเอง ประชาชนให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสัตว์เลี้ยงของตนตรงตามความเป็นจริง ร้อยละ 42.55 และไม่ตรงกับความเป็นจริงร้อยละ 24.68

สุชน ตั้งทวีพัฒน์ และคณะ (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “ผลกระทบจากการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในสัตว์ปีก ด้านเศรษฐกิจ สังคม” โดยการสำรวจข้อมูลในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบนที่มีการทำลายสัตว์ปีกมากที่สุด คือ จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน และน่าน พบว่ากลุ่มผู้ค้า ผู้แปรรูปและผู้จำหน่าย ปัจจัยการผลิตสัตว์ ร้อยละ 83 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=239) ไม่เห็นด้วยกับการที่คนไทยในช่วงที่เกิดโรคระบาดบริโภคสัตว์ปีกและผลิตภัณฑ์โดยส่วนใหญ่ไม่เชื่อว่าการบริโภคแล้วจะทำให้เป็นโรค (ติดเชื้อ) เพราะยังบริโภคเป็นปกติ กลุ่มผู้นำชุมชน มีสัดส่วนความเชื่อมีความเชื่อกับความไม่เชื่อว่า บริโภคแล้วติดเชื้อ โรคของแต่ละกลุ่มแตกต่างกันไม่มากนัก ในขณะที่กลุ่มประชาชนทั่วไป นักศึกษา เกษตรกร และนักศึกษาอื่น ความเชื่อว่าบริโภคแล้ว ทำให้เกิดโรคมีสัดส่วนมากกว่าไม่เชื่อ โดยหันไปบริโภคสัตว์อื่นมากขึ้นถึงร้อยละ 41 การงดบริโภคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ค้า และแปรรูปมีผลประกอบการ (กำไร) ลดลงไปถึงร้อยละ 75 หลังจากนั้นประมาณ 4 เดือน จึงค่อยๆ ดีขึ้น แต่ยังไม่เท่าเดิม สำหรับภาระงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน (แพทย์ประจำตำบล สถานีอนามัย และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ,n=173) พบว่าร้อยละ 73 มีภาระงาน(เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำ) เพิ่มขึ้น ซึ่งประชาชนมาขอคำแนะนำที่สถานีอนามัยมากถึง ร้อยละ 93 แพทย์ประจำตำบล และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีเพียง ร้อยละ 32 และร้อยละ 22 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าสถานีอนามัยเป็นหน่วยสาธารณสุขเบื้องต้นของชุมชน

สุทธิพงศ์ อธิยพงศ์สรณ์ และคณะ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง “ผลกระทบของโรคไข้หวัดนกต่อเศรษฐกิจและสังคม ในจังหวัดขอนแก่น” พบว่าผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อผู้ประกอบการเลี้ยงสัตว์ปีกโดยตรง คือค่าเสียหาย จากสัตว์ปีกที่ตาย และถูกทำลายคิดเป็นมูลค่าทั้งสิ้น 2,547,698 บาท และเมื่อหยุดกิจกรรมเกษตรกรต้องหาอาชีพอื่นทดแทน ผู้ประกอบการเลี้ยงสัตว์ปีก ส่วนใหญ่ไม่กลัวการติดเชื้อหวัดนกจากการระบาดแต่อย่างใด และเมื่อการระบาดหมดไปก็จะหันกลับมาเลี้ยงสัตว์ปีกอีก ผู้ประกอบการฯ ได้รับข่าวสารเรื่องไข้หวัดนกมากที่สุดคือ โทรทัศน์ และเห็นว่ามีกระแสน่าวมากเกินไปแต่เห็นด้วยกับนโยบาย การทำลายสัตว์ปีก และการรณรงค์บริโภคไก่ของรัฐบาล ส่วนผู้ประกอบการธุรกิจที่เกี่ยวข้อง ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ ผู้ขายไข่ไก่สด และชิ้นส่วนไก่กลยุทธที่ใช้แก้ปัญหา คือ การหันไปจำหน่ายผลิตภัณฑ์ อื่นๆ อีกทดแทน แต่ไม่มีการลดการจ้างงานแต่อย่างใด ผลกระทบอีกด้านหนึ่งคือ สินค้าทดแทน เช่น เนื้อสุกมีราคา

แพงขึ้น ผลกระทบต่อผู้บริโภคนั้นคือ การลดการบริโภคเนื้อและผลิตภัณฑ์จากสัตว์ปีกลง โดยเลือกเนื้อจากสัตว์น้ำจืด และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสุกร มาทดแทน มีผู้บริโภคส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการทำลายสัตว์ปีกและการรณรงค์บริโภคไก่ของรัฐบาล

สุภาภรณ์ ศิริจันทร์ และอมรรัตน์ จัตรานันท์ (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “โครงการสุขศึกษาเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองเรื่องไข้หวัดและไข้หวัดนก” โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ พบว่าความรู้เรื่องไข้หวัดและไข้หวัดนกนั้น คะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมหลังการให้สุขศึกษามากกว่าก่อนการให้สุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.01$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังให้สุขศึกษาเท่ากับ 12.83 และ 17.07 ตามลำดับ พฤติกรรมการปฏิบัติเมื่อมีอาการไข้หวัดส่วนใหญ่ พบว่าก่อนและหลังการให้สุขศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ไปพบแพทย์ ร้อยละ 82.8 และ 81.5 ตามลำดับ รองลงมาได้แก่การดูแลสุขภาพตนเองด้วยการไม่ใช้ยาและอื่นๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรักษาร่างกายให้อบอุ่น ร้อยละ 51.3 และ 52.3 ตามลำดับ

จันทร์จิรา ธนาธิคม (2547: บทคัดย่อ) ศึกษา “ทัศนะเกี่ยวกับบทบาทที่เป็นจริงของสื่อโทรทัศน์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในการป้องกันโรคไข้หวัดนกในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร” โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และใช้แบบสอบถาม แล้ววิเคราะห์ผลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที่ T-Test ทดสอบค่าเอฟ F-Test และ Pearson's - Moment Correlation พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม อยู่ในระดับสูงหรือปฏิบัติบ่อยมาก หากพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านติดตามสูงสุด รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสุขนิสัย สำหรับตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ทัศนะเกี่ยวกับบทบาทที่เป็นจริงหรือสื่อโทรทัศน์ในการนำเสนอข่าวโรคไข้หวัดนก และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในการป้องกันโรคไข้หวัดนก ส่วนตัวแปร อายุ รายได้ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2548: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6” โดยดำเนินการจัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยให้การช่วยเหลือแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกใน 3 จังหวัด จำนวน 361 คน พบว่าผู้ประสบภัยไข้หวัดนกเป็นเพศหญิงร้อยละ 65.9 และเพศชายร้อยละ 34.1 ได้รับความสูญเสียจากการสูญเสียไกร้อยละ 90.9 ค่าความเสียหายอยู่ในช่วง 1-2,000 บาทร้อยละ 43.3 (ต่ำสุดไม่สูญเสีย สูงสุด 2 ล้านบาท) มีคะแนน

ภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไปร้อยละ 18.8 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 9.7 แพทย์วินิจฉัยโรคว่าเป็น Anxiety disorder 41.3 % Adjustment disorder 12.7 % แพทย์ให้การรักษาด้วยยา ทางกายและทางจิต รวมกันร้อยละ 55.7 ได้รับคำปรึกษาและคลายเครียดร้อยละ 5.8 หลังประสบภัย 1 เดือน ได้จัดทีมสุขภาพจิตดูแลและต่อเนื่องพื้นที่เดิม ตามเกณฑ์การเฝ้าระวัง มีผู้มาตามนัด 209 คน มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไปร้อยละ 14.4 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 4.3 บริการรักษาด้วยยาทางกายและทางจิตรวมกันร้อยละ 55.0 ให้การปรึกษาและคลายเครียดร้อยละ 5.3 ส่งพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง 11 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยโรค Depression 1 คน ที่เหลือยังดำรงชีวิตได้ในชุมชนตามปกติติดตามเฝ้าระวัง 6 เดือนพบว่า ผู้ประสบภัยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

ปานแก้ว รัตนะศิลปภัณฑาญและคณะ (2548: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง “ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก” โดยการศึกษาพื้นที่ที่พบว่าเชื้อ H5N1 พบว่า พื้นที่ที่มีประวัติการพบเชื้อ H5N1 ในสัตว์ปีกพบว่าการระบาคจะมีการเลี้ยงสัตว์ปีกมากกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการพบเชื้อ(ร้อยละ 82.5 และ 75.5 ตามลำดับ) ความรู้ของประชาชนใน 2 พื้นที่เกี่ยวกับเรื่อง ไข้หวัดนกพบว่าไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 71.3 และ 71.72 ตามลำดับ) ทัศนคติของประชาชนต่อโรคเป็นเชิงบวกทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 78.95 และ 73.42 ตามลำดับ) ประชากรมีพฤติกรรมในการปฏิบัติในการป้องกันโรคอย่างถูกต้องใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 58.75 และ 57.37 ตามลำดับ)กลุ่มตัวอย่างในปัจจุบัน ของพื้นที่พบเชื้อร้อยละ 67.3 และไม่พบเชื้อร้อยละ 78.1 ยังคงเลี้ยงไก่พื้นเมืองโดยให้หากินรอบๆ บ้าน ไม่ได้ขังไว้ในร้อยละ 52.9 สร้างกรง/เล้า ไก่นอกบ้านเป็นที่นอน มีแสงแดดส่องถึงเล้าไก่ ร้อยละ 88 และร้อยละ 89 มีอากาศถ่ายเทรอบๆ เล้าไก่

ภัทรพร ศรีสูงเนินและคณะ (2548: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดนก ของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี” โดยการศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแล้ววิเคราะห์ผลโดย การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (T-Test) ทดสอบค่าเอฟ (F-Test) และหาค่าความสัมพันธ์โดย ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน (Product moment correlation coefficient) พบว่าสมาชิกของชมรมมีพฤติกรรมในการป้องกัน โรคไข้หวัดนกและมีความรู้เรื่อง โรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับดี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับมาก แต่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับน้อย และพฤติกรรมในการป้องกัน โรคไข้หวัดนกแตกต่างกันตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

อาชีพ และรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 การได้รับข่าวสารต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และ 0.05

ศิริพร จิรศักดิ์ (2548: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “ความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคไข้หวัดนกในคน” โดยการสัมภาษณ์สังเกต และใช้แบบสอบถาม แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และจัดหมวดหมู่ของเนื้อหา พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีความพร้อมในด้านนโยบายและการบริหารจัดการ และด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อแต่ยังขาดความพร้อมในด้านโครงสร้างและสถานที่ ไม่สามารถจัดชุดคัดกรองจุดตรวจ เส้นทางเคลื่อนย้ายและห้องแยกโรคแยกเฉพาะผู้ป่วยไข้หวัดนกได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน ด้านการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ พบว่า มีการดำเนินงานอย่างถูกต้องเฉพาะช่วงแรกที่พบการระบาดแต่ไม่มีการดำเนินการที่ต่อเนื่อง ด้านอุปกรณ์การป้องกันพบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีความพร้อมในการสนับสนุน อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ครบถ้วนแก่บุคลากร ในโรงพยาบาล แต่ในส่วนผู้ปฏิบัติงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นพนักงานจากผู้รับเหมาภายนอก พบว่า สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายไม่ครบถ้วน ไม่เหมาะสมกับลักษณะการปฏิบัติงาน และขาดความระมัดระวังในการขนย้ายมูลฝอย บุคลากรพยาบาลมีความพร้อมด้านความรู้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคไข้หวัดนกในคนระดับน้อยและในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 53.2 และร้อยละ 46.8 ตามลำดับ

สุกัญญา วิเชียรกร และอรรณพ อุครจันทร์ (2548: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “การรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครในพื้นที่สำนักสุขศาสตร์สัตว์และสุขอนามัยที่ 1” พบว่าอาสาสมัครมีการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่อาสาสมัครตัวทุกช่วงอายุ ทุกกลุ่มรายได้มีระดับการรับรู้ข่าวสารเรื่องไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง และยังคงบริโภคสัตว์ปีกอยู่เช่นเดิม

อลงกรณ์ อมรศิลป์ (2548: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “การระบาดวิทยาาระดับโมเลกุลของเชื้อไข้หวัดนก (H5N1) ในประเทศไทย” เพื่อติดตามการระบาดของโรคไข้หวัดนก รวมทั้งหาลำดับเบส เปรียบเทียบลำดับเบส และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดนกจำนวน 40 ตัวอย่าง ที่แยกได้จากสัตว์ปีก ในเขตที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดนก พบว่า เชื้อไข้หวัดนกในประเทศไทยเป็นเชื้อที่มีความรุนแรง (Highly Pathogenic Avian Influenza ; HPAT) และเป็นเชื้อไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในกลุ่ม genotype Z ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ multipel basic amino acids ที่ HA cleavage site มี 20 amino acid deletion ใน NA stalk region และมี 5 amino acid deletion ใน NS₁ ทั้งยังพบว่าเชื้อไข้หวัดนกที่ก่อให้เกิดโรคในสัตว์ปีก นกป่า สัตว์ป่า และคนในประเทศไทย มีลักษณะทางพันธุกรรมที่ใกล้เคียงกัน ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน และมีลักษณะ

ทางพันธุกรรมที่ใกล้เคียงกับเชื้อไวรัสไข้หวัดนกจากประเทศเวียดนาม จึงถูกจัดให้อยู่ในกลุ่ม Thailand and Vietnam Lineage และไม่ได้อยู่ในกลุ่มเดียวกันกับเชื้อจากประเทศอินโดนีเซีย ฮองกง และจีน

ทวีศักดิ์ ส่องเสริม (2548: บทคัดย่อ) ศึกษา “ความคงอยู่และความคงทนของเชื้อไข้หวัดนกในสภาพแวดล้อมต่างๆ และความไวต่อยาฆ่าเชื้อ” โดย นำเชื้อไข้หวัดนกมาศึกษาความคงอยู่และความคงทนของเชื้อในสภาพแวดล้อมต่างๆ โดยผสมกับอุจจาระสด ในอัตราส่วนเชื้อไข้หวัดนก ระดับไตเตอร์ $10^{6.3}$ mean egg infected dose ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ($10^{6.3}$ EID₅₀/ml) ปริมาณ 200 ไมโครลิตร ผสมกับอุจจาระปริมาณ 800 ไมโครลิตร พบว่า ปริมาณเชื้อไวรัสดังกล่าวที่อยู่ในอุจจาระและในของเหลวจากไข่ สามารถอยู่กลางแสงแดด ที่อุณหภูมิระหว่าง 33-36 องศาเซลเซียส เป็นเวลาครึ่งชั่วโมง และคงอยู่ในอุจจาระและน้ำไข่ฟักในที่ร่มที่อุณหภูมิระหว่าง 25-32 องศาเซลเซียส ได้นาน 3 วัน และ 10 วัน ตามลำดับ พบเชื้อไข้หวัดนกที่ปนเปื้อนอยู่ในเนื้อเป็ดที่แช่แข็งนาน 197 วันที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส สำหรับเนื้อไก่ ไก่ที่ทดลองฉีดเชื้อเข้าไป และนำไปปรุงอาหารด้วยวิธีปรุงอาหารทั่วไป ไม่พบเชื้อสามารถคงทนอยู่ได้ ความคงทนของเชื้อในน้ำในทุ่งนา ที่เลี้ยงเป็ดในทุ่งที่ฉีดเชื้อไข้หวัดนกชนิดดังกล่าวสามารถคงทนอยู่ได้ 3 วัน และพบไวรัสในระดับที่ต่ำ สำหรับยาฆ่าเชื้อที่สามารถทำลายเชื้อไข้หวัดนกที่ได้ผลได้แก่ กลุ่มกลูตารัลดีไฮด์ ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ กรดอะซิติก กลุ่มแอมโมเนียมคลอไรด์ กลุ่มเอซิดไฮเปอร์คลอไรด์

วิจัยต่างประเทศ

แอนโทนี และคณะ (Anthony W. Mounts et al 2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในฮ่องกง ค.ศ. 1997” จากการศึกษาลักษณะควบคุมครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สรุปสมมุติฐานว่า การทำกิจการร่วมกัน ในสถานที่ปิดของผู้คนจำนวนมาก อาจนำไปสู่การติดเชื้อได้มากขึ้น ความเป็นไปได้ของการติดเชื้ออาจมีความสัมพันธ์ไม่ทางใดก็ทางหนึ่งกับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม การมีความสัมพันธ์ที่เข้าใกล้สัตว์ปีกจะเป็นความเสี่ยงหลักในการติดเชื้อไข้หวัดนก A (H5N1) แต่ไม่มีความชัดเจนในลักษณะของการแพร่ของเชื้อไวรัสไข้หวัดนก เพราะปกติมักถ่ายทอดกันในอากาศแต่ยังมีข้อมูลที่ชัดเจนว่า สัตว์ปีกแพร่กระจายเชื้อผ่านมูลของมัน แต่กระนั้น ผู้ศึกษายังไม่ได้ข้อมูลที่ชัดเจนว่ามนุษย์จะติดเชื้อมาจากทางใด การติดเชื้อจากสัตว์ปีกสู่คนดูเหมือนจะไม่ใช่สาเหตุในการนำไปสู่การแพร่เชื้อทั่วประเทศ แต่เชื้อไวรัสในสัตว์ปีก มีศักยภาพในการปรับตัวให้การเป็นเชื้อสายพันธุ์ใหม่ที่สามารถอาศัยอยู่ในมนุษย์ได้ หรือไม่ก็เกิดการผ่าเหล่า ให้เกิดการถ่ายทอดที่ง่ายขึ้นระหว่างคนสู่คน