

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้หวัดสัตว์ปีก (Avian influenza) เป็นโรคที่พบในสัตว์ปีกทุกชนิด เกิดจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ (Influenza virus type A) พบมีการเกิดโรคในสัตว์ปีกมากกว่า 100 ปีมาแล้ว มักมีการระบาดเป็นครั้งคราวในหลายประเทศ เช่น อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก และอิตาลี (ปรีชา เปรมปรี และคณะ, 2548) เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งกลายเป็นเชื้อไวรัสสายพันธุ์ที่มีความรุนแรง (Highly pathogenic avian influenza virus: HPAI) สามารถทำให้สัตว์ปีกที่ติดเชื้อตายเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ และตายภายใน 48 ชั่วโมง (คารินทร์ อารีย์โชคชัย และ สุภมิตร ชุมห์สุทธิวัฒน์ , 2550) ตลอดช่วงปี พ.ศ. 2546 - 2548 มีการระบาดในสัตว์ปีกอย่างกว้างขวางในภูมิภาคเอเชีย ได้แก่ ประเทศจีน เวียดนาม กัมพูชา ลาว ไทย อินโดนีเซีย เกาหลีใต้ และญี่ปุ่น (ประเสริฐ ทองเจริญ, 25 50) การระบาดของโรคไข้หวัดในสัตว์ปีกได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วตามเส้นทางของนกอพยพระหว่างประเทศ ได้แก่ นกเป็ดน้ำ นกนางนวล เหยี่ยว นกพิราบ ที่อพยพจากเขตหนาวสู่เขตที่มีอุณหภูมิอบอุ่นกว่า พบผู้ป่วยในประเทศตุรกี อิรัก อาเซอร์ไบจัน อียิปต์ และสาธารณรัฐจิบูตี (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2551) การเกิดโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในคนครั้งแรกพบที่ประเทศฮ่องกงเมื่อปี พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วย 18 ราย เสียชีวิต 6 ราย (นลินี อัสวโกกิ, 2547) องค์การอนามัยโลกและรัฐบาลฮ่องกงได้กำหนดมาตรการอย่างเข้มงวดในการควบคุมโรค มีการทำลายสัตว์ปีกจำนวนมากถึง 1.5 ล้านตัวภายในเวลาเพียง 3 วัน เพื่อสกัดกั้นการแพร่กระจายและทำลายเชื้อไข้หวัดสัตว์ปีก (คารินทร์ อารีย์โชคชัย และ สุภมิตร ชุมห์สุทธิวัฒน์ , 2550) แต่ยังคงพบมีการระบาดของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกเกิดขึ้น อีกหลายระลอก จากสรุปรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 255 1 มีผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกทั่วโลกทั้งหมด 387 ราย เสียชีวิต 245 ราย ใน 15 ประเทศ คือ อาเซอร์ไบจัน ป่วย 8 ราย เสียชีวิต 5 ราย กัมพูชา ป่วย 7 ราย เสียชีวิต 7 ราย จีน ป่วย 30 ราย เสียชีวิต 20 ราย สาธารณรัฐจิบูตี ป่วย 1 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต อียิปต์ ป่วย 50 ราย เสียชีวิต 22 ราย อินโดนีเซีย ป่วย 137 ราย เสียชีวิต 112 ราย อิรัก ป่วย 3 ราย

เสียชีวิต 2 ราย ลาว ป่วย 2 ราย เสียชีวิต 2 ราย พม่า ป่วย 1 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ไนจีเรีย ป่วย 1 ราย เสียชีวิต 1 ราย ปากีสถาน ป่วย 3 ราย เสียชีวิต 1 ราย ตุรกี ป่วย 12 ราย เสียชีวิต 4 ราย เวียดนาม ป่วย 106 ราย เสียชีวิต 52 ราย บังกลาเทศ ป่วย 1 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต และไทย ป่วย 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย (สำนักกระบาดวิทยา, 2551)

สำหรับประเทศไทย เริ่มพบมีสัตว์ปีกตายอย่างผิดปกติจำนวนมากที่ภาคกลางในปลายเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความเป็นไปได้ที่จะมีการแพร่ระบาดของเชื้อไข้หวัดสัตว์ปีกชนิดนี้ในประเทศไทยและติดเชื่อมาสู่คน เนื่องจากประชาชนในประเทศไทยจำนวนมากนิยมเลี้ยงสัตว์ปีก เช่น ไก่ เป็ด ไข่ตามบ้าน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการเฝ้าระวังการเกิดโรคในผู้ป่วยปอดอักเสบอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศว่าพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื่อไข้หวัดสัตว์ปีกสายพันธุ์ A/H5N1 เป็นรายแรกของประเทศไทย โดยผู้ป่วยเป็นเด็กชายอายุ 7 ปีจากจังหวัดสุพรรณบุรี (ดารินทร์ อารีย์โชคชัย และ ศุภมิตร ชุณหะวัณ , 2550) หลังจากนั้นได้เกิดโรคไข้หวัดสัตว์ปีกในประเทศไทยเป็นระยะๆและมีแนวโน้มจะกลายเป็นโรคประจำถิ่น (คณะกรรมการพัฒนา แผนยุทธศาสตร์แก้ไข ปัญหาไข้หวัดนก กระทรวงสาธารณสุข , 2551) จากรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2551 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีกสะสมจำนวน 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย โดยในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีก 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย ปี พ.ศ. 2548 พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีก 5 ราย เสียชีวิต 2 ราย ปี พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีก 3 ราย เสียชีวิตทั้ง 3 ราย และในปี พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ไม่มีรายงานการพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดสัตว์ปีก (สำนักกระบาดวิทยา , 2551)

การระบาดของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกนอกจากเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพแล้ว ยังมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีอัตราป่วยตายสูงในสัตว์ และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (Office of International Epizootics: OIE) ได้จัดให้โรคไข้หวัดสัตว์ปีกอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความรุนแรงสูง (อารุณี ชัยสิงห์ , 2548) และเป็นข้อกีดกันทางการค้าระหว่างประเทศ ทำให้มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของประเทศทั้งด้านการค้าและการท่องเที่ยวอย่างรุนแรง สร้างความสูญเสียอย่างรุนแรงต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ โดยเฉพาะฟาร์มสัตว์ปีกต่างๆ เช่น ไก่ เป็ด นก จากการที่สัตว์ปีกดังกล่าวเสียชีวิตจำนวนมาก รวมทั้งยังทำให้ประชาชนตื่นกลัว ไม่กล้าบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์จากสัตว์ปีกอีกด้วย (สุชน ตั้งทวีพัฒน์ และคณะ, 2548) วิกฤตการณ์ของโรคไข้หวัดสัตว์ปีกที่เกิดการระบาดได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและนำความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงมาสู่เศรษฐกิจของประเทศ จากการทำลายสัตว์ปีก การ

บริโภคนในประเทศที่ลดลง การยกเลิกการนำเข้าไก่ของประเทศคู่ค้ารายใหญ่ชั่วคราว คิดเป็นมูลค่า การส่งออกระหว่าง 6 ถึง 8 หมื่นล้านบาทโดยประมาณ (คณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์แก้ไข ปัญหาไข้หวัดนก กระทรวงสาธารณสุข , 2551) การแก้ไขปัญหามีขึ้นต้องแก้ปัญหาร่วมกันจาก ทุกภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน รัฐบาลได้มีการกำหนด แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดสัตว์ปีก พ.ศ. 2548 - 2550 เพื่อแก้ไขและควบคุมการแพร่ ระบาดโรคไข้หวัดสัตว์ปีกแบบบูรณาการ ดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อควบคุมการแพร่ระบาด ในสัตว์และป้องกันการแพร่ระบาดมาสู่คน กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมปศุสัตว์ได้ดำเนินการ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการป้องกันให้กับประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีอาชีพที่ต้องสัมผัสสัตว์ปีกซึ่งเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค ได้แก่ ผู้เลี้ยงสัตว์ปีก ผู้ขนย้าย ผู้ฆ่าและชำแหละสัตว์ปีก เพื่อทำความเข้าใจและสร้างพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ถูกต้อง และ ได้มีการดำเนินการต่อเนื่องในแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไขและเตรียมพร้อมรับปัญหาไข้หวัดนก และการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551-2553 ในการจัดระบบการผลิตและเลี้ยง สัตว์ปีก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมให้สัตว์ปลอดโรค ผู้ผลิตสัตว์ปีก ประชาชน และผู้บริโภคมีความปลอดภัย มีความมั่นใจการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของ สัตว์ปีก มี ระบบการจัดการฆ่าสัตว์ปีกและการจัดการซากสัตว์ปีก ตลอดจนผลิตภัณฑ์สัตว์ปีกที่จำหน่ายใน ท้องตลาดมีความปลอดภัยจากโรคไข้หวัดสัตว์ปีกและเป็นมาตรฐานทั่วประเทศ

จากรายงานการสำรวจของสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดลำปาง พบว่าจังหวัดลำปางมี ผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่รายใหญ่ 33 ราย ผู้ประกอบการเลี้ยงไก่เนื้อ 111 ราย และไม่มีโรงฆ่าและ ชำแหละสัตว์ปีกที่มีมาตรฐานในจังหวัดลำปาง สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดลำปาง (2551) การฆ่าสัตว์ปีก ที่แปรรูปจากสัตว์ปีกมีชีวิตเป็นเนื้อดิบก่อนส่งขายในตลาดสด มีลักษณะทำเป็นอุตสาหกรรมใน คริวเรือน สำหรับในพื้นที่เขตเทศบาลนครลำปางมีครัวเรือนที่ประกอบอาชีพนี้อยู่จำนวน 43 ครัวเรือน แต่ละครัวเรือนใช้แรงงานคนประมาณ 2 - 15 ราย (สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดลำปาง, 2551) สัตว์ปีกที่นำมาฆ่าและชำแหละ ในบางวันอาจเป็นไก่ หรือเป็ด แล้วแต่ ความต้องการของลูกค้า แต่ โดยส่วนใหญ่เป็นการฆ่าและชำแหละไก่ทุกวัน มีการฆ่าและชำแหละไก่ประมาณ 3,200 - 3,600 ตัว ต่อวัน (สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดลำปาง , 2551) จากการที่ผู้วิจัยได้ไปสังเกตขั้นตอนการฆ่าและ ชำแหละไก่ในครัวเรือนเหล่านี้ มีกระบวนการเริ่มจากซื้อไก่มีชีวิตมาขังไว้ในกรงและนำมาเชือดคอ เลือดที่ได้จะใช้ถ้วยเล็กๆรองเก็บเอาไว้ แล้วนำไปต้มเพื่อจำหน่าย ส่วนตัวไก่จะนำไปลวกในกะทะ น้ำร้อนและกะทะน้ำเย็นตามลำดับแล้วนำตัวไก่ใส่เครื่องปั่นไฟฟ้าเพื่อถอนขนซึ่งมีลักษณะเป็นถังกลม ภายในมีแท่งเหล็กยื่นออกมาและเรียงสลับกันเพื่อปั่นให้ขนหลุด หลังจากนั้นนำซากไก่ออกมาล้างน้ำ เพื่อกำจัดขนออกให้หมดอีกครั้ง ก่อนจะทำการแยกเครื่องใน ล้างซากตัวไก่และจำหน่ายสู่ตลาดต่อไป

บางครัวเรือนนำไปขายเองที่ตลาด บางครัวเรือนขายส่งให้กับร้านอาหารหรือมีแม่ค้ารับไปจำหน่าย อีกทอดหนึ่ง จะเห็นได้ว่าในทุกกระบวนการ ผู้ฆ่าและชำแหละมีโอกาสสัมผัสกับเลือด สารคัดหลั่งรวมทั้งมูลของสัตว์ปีก ดังนั้นผู้ฆ่าและสัตว์ปีก จึงถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคโดยตรง เนื่องจากโรคไข้หวัดสัตว์ปีกเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัสกับสาร คัดหลั่งและมูลของสัตว์ปีก (คารินทร์ อารีโยชชัย และ ศุภมิตร ชุณหะวัณ , 2550) และจากการเยี่ยมชมครัวเรือนที่ทำอาชีพฆ่าและชำแหละสัตว์ปีกเหล่านี้พบว่า ใช้พื้นที่ใต้ถุนบ้านหรือหลังบ้านในการฆ่าและชำแหละสัตว์ปีก มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลน้อยมาก บางคนใช้เพียงผ้าปิดปาก-จมูก หรือผ้ากันเปื้อน หรือใส่รองเท้าน้ำยางอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือบางคนไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลเลย อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลเมื่อใช้เสร็จแล้วถอดแขวนไว้ โดยไม่ได้ทำความสะอาดก่อนนำมาใช้ครั้งต่อไป น้ำที่ใช้ชำระล้างซากไก่และเครื่องในเททิ้งลงสู่ท่อระบายน้ำโดยตรง นอกจากนี้ลักษณะการตั้งบ้านเรือนในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปางเป็นไปอย่างหนาแน่น ครัวเรือนที่มีอาชีพฆ่าและชำแหละสัตว์ปีกกระจายแทรกอยู่ในชุมชน จึงเป็นทั้งผู้เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อและเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อให้กับชุมชน ผู้ฆ่าและสัตว์ปีก จึงควรมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตนเองและแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

พฤติกรรมของมนุษย์เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2526) โดยพฤติกรรมแต่ละอย่างจะมีองค์ประกอบทั้งด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ และพฤติกรรมแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ประสบการณ์ ความรู้ และสังคม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536) ซึ่ง King (1984) กล่าวว่า การให้คำแนะนำแก่บุคคลโดยมุ่งหวังให้ความรู้เพียงอย่างเดียวจะไม่เกิดผลต่อการปฏิบัติเท่าที่ควร หากผู้ให้คำแนะนำไม่คำนึงถึงความเชื่อของบุคคลนั้นด้วย การที่บุคคลมีความเชื่อที่ถูกต้องจะนำมาสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป เนื่องจากความเชื่อเป็นการรับรู้หรือความเข้าใจของแต่ละบุคคลซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมและจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม แม้ว่าความเชื่อนั้นอาจจะถูกหรือผิดจากข้อเท็จจริงก็ได้ (วัลลา ตันตโยทัย , 2543) ดังนั้นการที่จะปรับเปลี่ยนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์จะต้องมีการศึกษาความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในวางแผนแก้ไขปัญหาพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ , 2536) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งทางทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ที่พัฒนาขึ้นเพื่อนำมาอธิบายว่า ทำไมประชาชนจึงมีพฤติกรรมปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรค (O'Donnell as cited in Maville and Huerta, 2008) นำมาใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมระดับปัจเจกบุคคลได้อย่างแพร่หลาย โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมของบุคคล ซึ่ง Rosenstock (1974) ได้เสนอไว้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่แต่ละบุคคลมีการปฏิบัติ

เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ที่แตกต่างกัน การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็เชื่อว่าจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ องค์ประกอบของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ได้แก่ การรับรู้ของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพว่าตนเองอยู่ในสถานะเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการป้องกันโรค และแรงจูงใจในด้านสุขภาพ ต่อมา Backer และ Maiman (1975, อ้างใน Hood and Leddy, 2006) ได้พัฒนาองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น โดยเพิ่มทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่นๆที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค ได้เสนอองค์ประกอบเพิ่มเติมคือ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและปัจจัยปรับเปลี่ยนที่มีผลต่อพฤติกรรม จากการทบทวนเอกสารการวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หัตถ์สัตว์ปีกที่ผ่านมา ผู้วิจัยยังไม่สามารถสืบค้น การศึกษา ในกลุ่ม ผู้ชำแหละ สัตว์ปีกได้ พบเพียงการศึกษา ในกลุ่มเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีก ของ ชูชาติ เจริญสอน (2548) ที่ได้ศึกษาความเชื่อ ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หัตถ์นก โดยทำการศึกษาในกลุ่มเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกในตำบลบ้านจำอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หัตถ์นกออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r^2 = 0.24, p < 0.05$) นอกจากนี้ผู้วิจัยพบการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของ งามนิตย์ ราชกิจ (2540) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอชไอวีของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอชไอวีของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.46, p < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการศึกษาของ อโณทัย เหล่าเที่ยง (2550) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสออด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r = 0.186$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้วิจัยพบเพียงการศึกษาเดียวที่ไม่สอดคล้องคือ การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและความ

ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา ของ สมัยพร อาซาล (2543) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา จากปัญหาที่พบและการทบทวนเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยซึ่งรับผิดชอบงานป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้หวัดสัตว์ปีกของกลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีกที่อยู่ในเขตเทศบาลนครลำปาง เพื่อจะได้นำผล การศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานในพื้นที่ การปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรม ป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดสัตว์ปีกและเป็นแนวทางในการเสริมความรู้ กระตุ้น สนับสนุน และให้ คำแนะนำแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกที่ต้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคไข้หวัดสัตว์ปีกของกลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีก ในเขตเทศบาลนครลำปาง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกของกลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีกในเขต เทศบาลนครลำปาง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้หวัดสัตว์ปีกของกลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีกในเขตเทศบาลนครลำปาง

สมมติฐานของการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับ โรคไข้หวัดสัตว์ปีก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ของกลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีกในเขตเทศบาลนครลำปาง

ขอบเขตของการวิจัย

ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีกของ กลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีก โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ ทำงานชำแหละสัตว์ปีกในครัวเรือนที่อยู่ในบัญชี รายชื่อโรงฆ่าสัตว์ปีกของสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดลำปางและอยู่ในเขตเทศบาลนครลำปาง อำเภอ เมือง จังหวัดลำปาง

คำจำกัดความ

โรคไข้หวัดสัตว์ปีก (Avian Influenza) หมายถึง โรคไข้หวัดใหญ่ที่เกิดในสัตว์ปีกทุกชนิด โดยมีนกอพยพเป็นแหล่งกระจายเชื้อ ในประเทศไทยนิยมเรียกว่า โรคไข้หวัดนก ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้คำว่า โรคไข้หวัดสัตว์ปีก ในเอกสารรายงานการวิจัย และใช้คำว่า โรคไข้หวัดนก ในแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน กรณีที่อ้างอิงในเอกสารใด จะใช้คำศัพท์ของเอกสารนั้น

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจหรือการรับรู้ของกลุ่มผู้ชำแหละสัตว์ปีก ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้หวัดสัตว์ปีก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดสัตว์ปีก การรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก หมายถึง การเจ็บป่วยของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว การรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น จากการรณรงค์ หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ หรือการได้รับคำแนะนำ คำเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ

พฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดสัตว์ปีก หมายถึง การปฏิบัติตัวที่แสดงออกในการป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ในด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ด้านการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสัตว์ปีก และการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดสัตว์ปีก ประเมินโดยใช้แบบสอบถามและแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพอนามัย หมายถึง การดูแลอนามัยส่วนบุคคล การล้างมือ การตรวจสุขภาพประจำปี การสังเกตความผิดปกติของร่างกาย และข้อควรปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติ

พฤติกรรมด้านการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสัตว์ปีก หมายถึง สิ่งที่ทำมากระทำขณะปฏิบัติงาน การใช้และการทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ได้แก่ ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-จมูก ถุงมือ แวนตา/หน้ากากป้องกัน รองเท้าบูต

พฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดสัตว์ปีก หมายถึง การงดซื้อสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายมาชำแหละขาย การขังสัตว์ปีกต่างจำพวกที่รอชำแหละไว้ในกรง การปฏิบัติเมื่อสังเกตพบความผิดปกติของสัตว์ปีกที่ชำแหละ การล้างบริเวณที่ชำแหละสัตว์ การทำความสะอาดกรงและอุปกรณ์

ผู้ชำแหละสัตว์ปีก หมายถึง บุคคลที่ทำการฆ่า ลวก ถอนขน ล้างเครื่องในและล้างตัว สัตว์ปีกเพื่อส่งขาย อาจเป็นทั้งเจ้าของ คู่สมรส ญาติ หรือลูกจ้างของครัวเรือนที่ประกอบการค้า และชำแหละสัตว์ปีก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัด สัตว์ปีกในพื้นที่ในเขตเทศบาลนครลำปาง
2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความรู้ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและให้คำแนะนำให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคและแพร่กระจายโรคสู่ชุมชนในพื้นที่ ในเขตเทศบาลนครลำปาง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved