

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา การเร่งรัดพัฒนาชนบทเป็นนโยบายที่สำคัญในการที่จะทำให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชนบทส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งมีฐานะยากจน ด้อยการศึกษา และมีสถานะทางสุขภาพต่ำ ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รัฐบาลได้เล็งเห็นว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ ที่ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชนบทที่ห่างไกล ซึ่งได้รับบริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง แม้ว่ารัฐจะพยายามสร้างสถานบริการสาธารณสุข พัฒนาบุคลากร เทคโนโลยีทางการแพทย์ และจัดบริการให้มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตาม ทำให้รัฐต้องหาวิธีการในการแก้ไขปัญหามาตลอด (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2540:3) กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่ปี พ.ศ.2520 เป็นต้นมา และใช้เป็นกลวิธีในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเอง โดยรัฐได้ปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้มาเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเอง และการที่จะบรรลุเป้าหมายได้ต้องอาศัยกลไกในการดำเนินงานที่สำคัญคือการสาธารณสุขมูลฐาน และมีระบบที่สำคัญคือ ระบบอาสาสมัคร โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบหนึ่งของประชาชน ซึ่งผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชน ในระดับหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมือง ในปี พ.ศ. 2523 ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อการพัฒนาสุขภาพ ที่จะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) ในระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานเป็นด้านหลักจนทำให้ปัญหาสาธารณสุขบางปัญหา เช่น การขาดสารอาหารในเด็ก การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็กกลุ่มอายุต่างๆ ได้รับการแก้ไขไปได้ระดับหนึ่ง (สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน 2542:3)

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนมาเป็นเวลานาน ดังจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในอันที่จะทำให้ประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวและทุกชุมชนมีสุขภาพดี โดยใช้กลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ซึ่งการดำเนินงานตามกลยุทธ์ดังกล่าว จะให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนเป็นหลัก โดยถือว่าคนของกระทรวงสาธารณสุขนั้น นอกจากจะให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว

ยังเห็นถึงความสำคัญของการเข้าถึงคนที่เป็นประชาชนทั่วไปในชุมชนว่าจะมีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จึงมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด

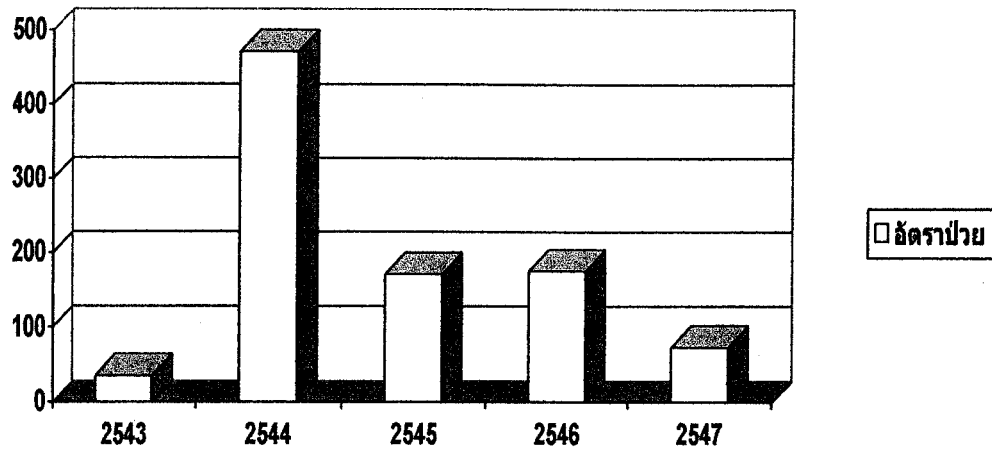
โดยในช่วงระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข 2542:5-6) กระทรวงสาธารณสุขได้อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ในหมู่บ้านต่างๆ ในชนบทเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้มีความรู้ด้านสาธารณสุขทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชนต่อมาในช่วงระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 มีการขยายการดำเนินงานเข้าไปในบางส่วนของเขตเมือง โดยเฉพาะในชุมชนแออัด และมีการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ที่อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการฝึกอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล เพื่อให้เป็นผู้สนับสนุนในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในช่วงระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 และในช่วงระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 เป็นช่วงที่สังคมไทยได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมโลก มีการยกระดับอาสาสมัครเป็นประเภทเดียว คืออาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) มีการส่งเสริมให้ทุกหมู่บ้าน ชุมชน จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และในช่วงระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นแผนที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอื่นๆของชุมชนมากขึ้น นอกเหนือจากทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข

จากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา องค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงาน ได้แก่ งานโภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการจัดหายาที่จำเป็น รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรค่อนข้างที่จะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ แต่การควบคุมโรคประจำถิ่นของชุมชนยังคงเป็นปัญหาอยู่ (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2543:1) ซึ่งในอดีตประเทศไทยได้ประสบปัญหาการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ แต่เนื่องจากประเทศกำลังพัฒนาจึงมีขีดจำกัดเรื่องทรัพยากร จนไม่สามารถจัดบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนได้อย่างครอบคลุม แต่ในช่วงระยะเวลา 3 – 5 ปีที่ผ่านมา การพัฒนาทางเทคโนโลยี เศรษฐกิจ และสังคมกลับเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคติดต่อ ทั้งยังมีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคติดต่อระบาดขึ้นจากหลายประการ เช่น จากการเดินทางไปมาทั้งในและระหว่างประเทศที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นทั้งจำนวนเที่ยวและระยะทาง มีการตัดไม้ทำลายป่าเกิดขึ้นอย่างมากมาย การชลประทาน การปล่อยปลาละเลงานควบคุมพาหะนำโรคติดต่อนำโดยแมลงและสัตว์ฟันแทะ

สุขภาพอนามัยและสุขภาพิบาลต่างๆเลวลง มีการเคลื่อนไหวชุมชนของผู้คนจำนวนมากบ่อยครั้งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชากรหรือผู้อพยพ วิทยาการทางการแพทย์และระบาดวิทยาที่พัฒนาขึ้นทำให้การเฝ้าระวังโรคต่างๆ ดีขึ้น การรายงานโรคกลายเป็นงานประจำที่ต้องปฏิบัติประจำจนกระทั่งผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องมองข้ามไปไม่ทันสังเกตอยู่บ่อยครั้ง เหตุผลต่างๆ เหล่านี้ช่วยอธิบายว่าทำไมโรคติดต่อบางโรคที่เคยเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวจึงเปลี่ยนฐานะกลายเป็นโรคประจำถิ่นหรือเกิดการระบาดขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของโรคทำให้เชื้อโรคติดต่อมีความรุนแรงมากขึ้นหรือน้อยลงก็มีส่วนทำให้เกิดแนวโน้มเช่นนี้ได้ในแต่ละพื้นที่ เช่น โรค ไข้เลือดออก มาลาเรีย อหิวาต์ระว่ง เป็นต้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2543:1)

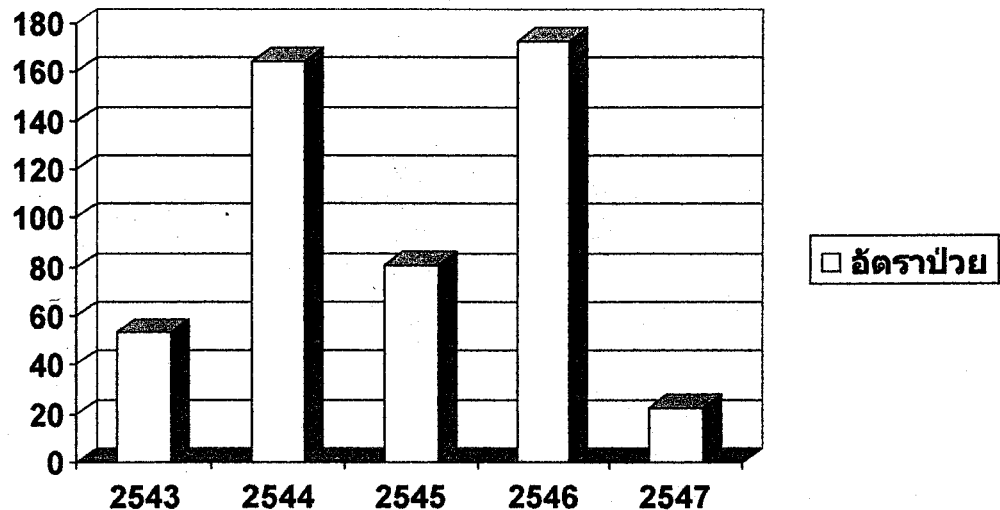
โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่กลับมาเกิดขึ้นใหม่ (Emerging Disease) เมื่อประมาณ 40 ปี ที่ผ่านมา มีการระบาดใหญ่ครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2501 ที่กรุงเทพมหานคร มีการระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาต่ำลง หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่ มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนในที่สุดพบว่ามียาจากทุกจังหวัดของประเทศไทย และรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปี มาเป็นแบบสูง 2 ปี แล้วลดต่ำลง หรือลดต่ำลง 2 ปี แล้วสูงขึ้น (โรคไข้เลือดออก 2545 : 1)

จังหวัดนครสวรรค์เป็นพื้นที่หนึ่งในปี พ.ศ. 2543 - 2547 พบว่ามีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนเพิ่มมากขึ้นในหลายพื้นที่ของจังหวัด โดยโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์และเป็นโรคที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อตามการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งมีอัตราป่วย 35.4 , 471.7 , 171.8 , 176.1 และ 74.2 ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ.2543 – 2547 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (รายงานสรุปผลงานพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ 2547 : 118 - 154)



ภาพที่ 1.1 อัตราป่วยโรคใช้เลื้อยคอกต่อแสนประชากร จำแนกตามปี จังหวัดนครสวรรค์

อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์เป็นพื้นที่หนึ่งซึ่งมีการระบาดของโรคใช้เลื้อยคอกสูงเป็นอันดับ 2 - 4 ของพื้นที่อื่นๆ ของจังหวัดนครสวรรค์ในทุกปี และพบว่ามีการระบาดของโรคใช้เลื้อยคอกในชุมชนเพิ่มมากขึ้นในหลายพื้นที่ โดยในปี พ.ศ. 2543 - 2547 มีอัตราป่วย 52.99 , 164.26 , 80.8 , 172.3 และ 22.51 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (รายงานสรุปผลงานพัฒนาสาธารณสุขอำเภอไพศาลี 2547 : 47 - 48)



ภาพที่ 1.2 อัตราป่วยโรคใช้เลื้อยคอกต่อแสนประชากร จำแนกตามปีอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์

ซึ่งการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้ประสบผลสำเร็จได้นอกจากการอาศัยการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียวไม่สามารถดำเนินการได้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้ข้อกำหนดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงจะสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้ประสบผลสำเร็จได้ (โรคไข้เลือดออก 2544 : 123) ซึ่งที่ผ่านมาในแต่ละตำบล แต่ละพื้นที่ของอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีความแตกต่างกัน บางพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้ประสบผลสำเร็จได้ แต่ในบางพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปรับเปลี่ยนจึงไม่สามารถดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จได้ เนื่องจากมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องแตกต่างกันไป เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้ การปฏิบัติ ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่แตกต่างในอำเภอไพศาลี และการได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงานที่แตกต่างกันในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

จากปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานข้างต้น รวมถึงยังไม่มีการศึกษาวิจัยเรื่องการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความรู้ ความเข้าใจ การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อจะได้นำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาประยุกต์ใช้และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาในด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของโรคไข้เลือดออกในชุมชนในปัจจุบันและอนาคตต่อไป

2. ประเด็นปัญหาการวิจัย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน หรือไม่

2.2 ปัจจัยสนับสนุน ความรู้ และทัศนคติ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอย่างไร

2.3 การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอย่างไร

2.4 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน ความรู้ และทัศนคติ มีผลต่อการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือไม่

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สถานภาพทางสังคม ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สถิติการจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

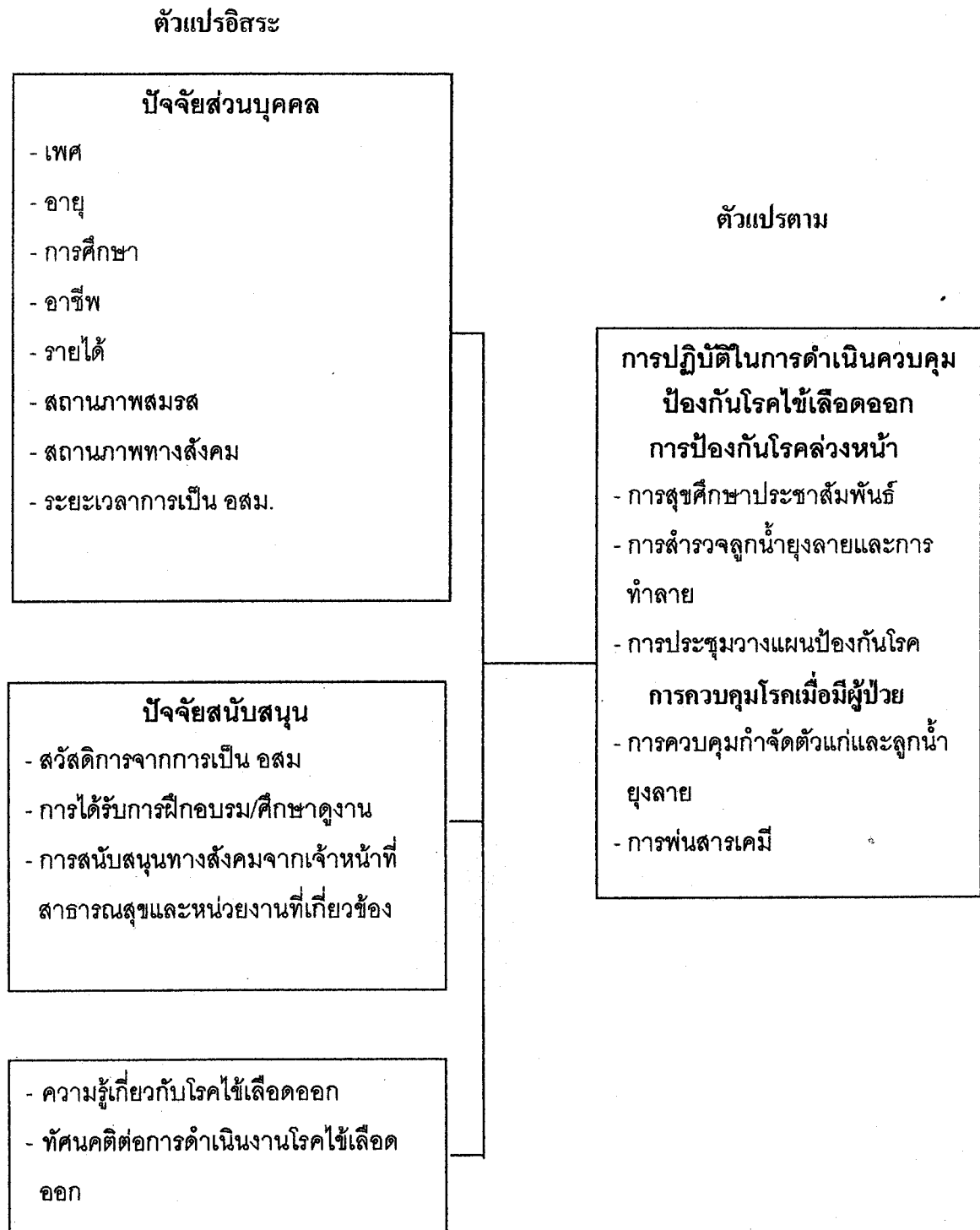
3.3 ความรู้ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.4 ทัศนคติต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.5 การปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน ความรู้ และทัศนคติ กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. สมมติฐานการวิจัย

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สถานภาพทางสังคม ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

5.2 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สวัสดิการจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

5.3 ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

5.4 ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

6. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2548

6.1 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

6.1.1 ตัวแปรอิสระ

(1) ปัจจัยส่วนบุคคล

- (1) เพศ
- (2) อายุ
- (3) การศึกษา
- (4) อาชีพ
- (5) รายได้
- (6) สถานภาพสมรส
- (7) สถานภาพทางสังคม
- (8) ระยะเวลาการเป็น อสม.

(2) ปัจจัยสนับสนุน

- (1) สวัสดิการจากการเป็น อสม.
- (2) การได้รับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน
- (3) การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (4) ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
- (5) ทักษะคิดต่อการดำเนินงานโรคไข้เลือดออก

6.1.2 ตัวแปรตาม

การปฏิบัติในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

- (1) การป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า
 - การสุศึกษาประชาสัมพันธุ์
 - การสำรวจลูกน้ำยุงลายและการทำลาย
 - การประชุมวางแผนป้องกันโรคไข้เลือดออก
- (2) การควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย
 - การควบคุมกำจัดยุงลายตัวแก่และลูกน้ำ
 - การพันสารเคมี

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. หมายถึง บุคคลที่ได้รับคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และความสมัครใจของตนเอง ซึ่งได้รับการฝึกอบรมตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ปฏิบัติหน้าที่ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยและให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน การเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อในละแวกบ้านที่รับผิดชอบ ในพื้นที่อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์

7.2 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะของแต่ละบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางสังคม และ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

7.3 ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ สวัสดิการจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7.4 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก หมายถึง ข้อเท็จจริง ความจริง และข้อมูลต่างๆ ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับจากการเรียนรู้ สังเกต ศึกษา และเก็บรวบรวมสะสมไว้จากประสบการณ์ต่างๆ ในเรื่องโรคไข้เลือดออก โดยวัดความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในด้านสาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

7.5 ทักษะต่อการดำเนินงานโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความเชื่อ ความรู้ ความรู้สึกลึกซึ้ง ความคิดเห็น ความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคลที่มีต่อการดำเนินงานโรคไข้เลือดออก รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งบอกถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งนั้น และการประเมินค่าสิ่งต่างๆ ประเมินความรู้สึกลึกซึ้งสามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และโน้มเอียงที่จะประพฤติ

7.6 การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ได้แก่ ดำรงและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชุมตรวจสอบข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออก แจ้งข่าวการเกิดโรคให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควบคุมโรคไข้เลือดในหมู่บ้านหรือชุมชน

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 ได้แนวทางในการปรับปรุงปัจจัยใจด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนทางสังคมของอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์

8.2 สามารถนำผลจากการศึกษาไปใช้วางแผนงานในการแก้ไข และพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น