

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมพลังอำนาจกับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรีในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดสมมติฐาน ตัวแปร กรอบแนวคิดในการวิจัย และแนวทางการดำเนินงานวิจัยจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับเทศบาล
2. การสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข
3. โรคไข้เลือดออก
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับเทศบาล

เทศบาล เป็นรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่น การปกครองรูปแบบเทศบาลเป็นการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นดำเนินการปกครองตนเอง ตามระบอบประชาธิปไตย ซึ่งเกิดขึ้นในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยเริ่มจากการจัดตั้งสุขาภิบาลกรุงเทพ ฯ ร.ศ.116 (พ.ศ. 2440) มีวิวัฒนาการเรื่อย ๆ มา จนถึงปี พ.ศ. 2475 ได้มีการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ได้มีการกระจายอำนาจการปกครองที่สมบูรณ์แบบยิ่งขึ้น และมีการจัดตั้งเทศบาลขึ้นในปี พ.ศ. 2476 โดยมีการตราพระราชบัญญัติ จัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 มีการยกฐานะสุขาภิบาลขึ้นเป็นเทศบาลหลายแห่ง ต่อมาได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงยกเลิก กฎหมายเกี่ยวกับเทศบาลหลายครั้ง จนในที่สุดได้มีการตราพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 ยกเลิกพระราชบัญญัติเดิมทั้งหมดขณะนี้ยังมีผลบังคับใช้ซึ่งมีการแก้ไขครั้งสุดท้าย โดยพระราชบัญญัติเทศบาล (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2543 จากวิวัฒนาการรูปแบบการปกครองท้องถิ่นจนถึงปัจจุบัน มีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

พ.ศ.2540 ได้ยกเลิกการปกครองท้องถิ่นรูปสภาภิบาลจนหมดสิ้น ตามพระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะของสภาภิบาลเป็นเทศบาล พ.ศ. 2542 ทำให้มีเทศบาลในปัจจุบันทั้งสิ้น จำนวน 1,164 แห่ง

1.1. หลักเกณฑ์ในการจัดตั้งเทศบาล เทศบาลเป็นรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีหลักการสำคัญคือ รัฐบาลมอบอำนาจบางอย่างให้แก่องค์กรที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของราชการส่วนกลางไปดำเนินงานโดยอิสระตามสมควร พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมบัญญัติบทบัญญัติได้กำหนดหลักเกณฑ์ ในการพิจารณาจัดตั้งท้องถิ่นขึ้นเป็นเทศบาลไว้ 3 ประการคือ

1.1.1 ความสำคัญทางการเมืองของท้องถิ่น โดยพิจารณาถึงศักยภาพของท้องถิ่นนั้นว่าจะสามารถพัฒนาความเจริญได้รวดเร็วมากน้อยเพียงใด

1.1.2 ความเจริญทางเศรษฐกิจของท้องถิ่น โดยพิจารณาจากการจัดเก็บรายได้ตามที่กฎหมายกำหนด และงบประมาณรายจ่ายในการดำเนินกิจการของท้องถิ่น

1.1.3 จำนวนและความหนาแน่นของประชากรในท้องถิ่นนั้น

1.2 ประเภทของเทศบาล จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว กฎหมายได้กำหนดจัดตั้งเทศบาลขึ้นได้ 3 ประเภทคือเทศบาลตำบล เทศบาลเมืองและเทศบาลนคร

1.2.1 เทศบาลตำบล กระทรวงมหาดไทยได้กำหนดหลักเกณฑ์การจัดตั้งเทศบาลตำบลไว้กว้างๆดังนี้

- 1) มีรายได้จริงโดยไม่รวมเงินอุดหนุนในปีงบประมาณที่ผ่านมาตั้งแต่ 12,000,000 บาทขึ้นไป
- 2) มีประชากรตั้งแต่ 7,000 คนขึ้นไป
- 3) ความหนาแน่นประชากรตั้งแต่ 1,500 คนต่อตารางกิโลเมตรขึ้นไป
- 4) ได้รับความเห็นชอบจากราษฎรในท้องถิ่นนั้น

1.2.2 เทศบาลเมือง มีหลักเกณฑ์การจัดตั้งดังนี้

- 1) ท้องที่ ที่เป็นที่ตั้งศาลากลางจังหวัดทุกแห่งให้ยกฐานะเป็นเทศบาลเมืองได้โดยไม่ต้องพิจารณาถึงหลักเกณฑ์อื่นประกอบ
- 2) ส่วนท้องที่ ที่มีให้เป็นที่ตั้งศาลากลางจังหวัดจะยกฐานะเป็นเทศบาลเมืองต้องประกอบด้วยหลักเกณฑ์ดังนี้
 - 3) เป็นท้องที่ที่มีพลเมืองตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป
 - 4) ราษฎรอยู่กันหนาแน่นไม่ต่ำกว่า 3,000 คนต่อตารางกิโลเมตร
 - 5) มีรายได้พอแก่การปฏิบัติหน้าที่อันต้องทำตามกฎหมายกำหนดไว้
 - 6) มีพระราชกฤษฎีกายกฐานะเป็นเทศบาลเมือง

1.2.3 เทศบาลนคร มีหลักเกณฑ์การจัดตั้งดังนี้

- 1) เป็นท้องที่มีพลเมืองตั้งแต่ 50,000 คนขึ้นไป
- 2) ราษฎรอยู่หนาแน่นไม่ต่ำกว่า 3,000 คนต่อตารางกิโลเมตร
- 3) มีรายได้พอแก่การปฏิบัติหน้าที่อื่นต้องทำตามกฎหมายกำหนดไว้
- 4) มีพระราชกฤษฎีกายกฐานะเป็นเทศบาลนคร

1.3 บทบาทหน้าที่เทศบาลเมือง

ตามพระราชบัญญัติเทศบาลกำหนดอำนาจหน้าที่ของเทศบาลเมืองแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือหน้าที่ที่ต้องทำ และหน้าที่ที่อาจทำ ดังนี้

1.3.1 หน้าที่ที่ต้องทำ หน้าที่ประการนี้เป็นหน้าที่ที่กฎหมายบังคับให้เทศบาลต้องจัดทำให้เป็นผลดี ถ้าเทศบาลใดไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ประการนี้ให้เกิดผลดีได้ ก็จะต้องถือว่าเทศบาลนั้นบกพร่องต่อหน้าที่ หรือละเลยไม่ปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ ซึ่งในการศึกษานี้ได้

- 1) รักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชน
- 2) ให้และมีบำรุงทางบกและทางน้ำ
- 3) รักษาความสะอาดของถนนหรือทางเดินและที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

- 4) ป้องกันและระงับโรคติดต่อ
- 5) ให้มีเครื่องใช้ในการดับเพลิง
- 6) ให้ราษฎรได้รับการศึกษาอบรม
- 7) ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และคนพิการ
- 8) บำรุงศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดี

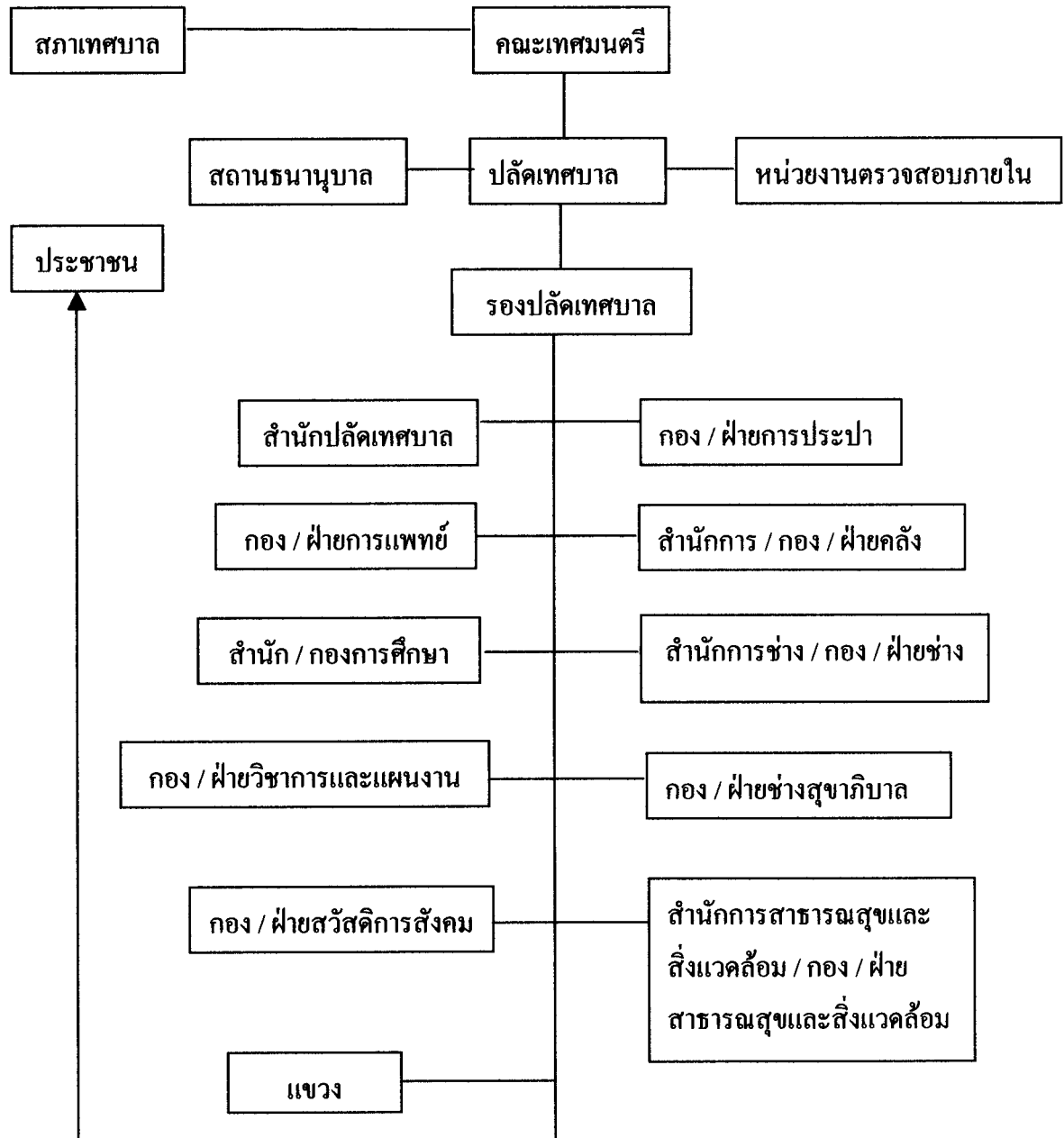
ของท้องถิ่น

- 9) ให้มีน้ำสะอาดหรือการประปา
- 10) ให้มีโรงฆ่าสัตว์
- 11) ให้มีและบำรุงสถานที่ทำการพิทักษ์และรักษาคนเจ็บ
- 12) ให้มีและบำรุงทางระบายน้ำ
- 13) ให้มีและบำรุงส้วมสาธารณะ
- 14) ให้มีและบำรุงการไฟฟ้า หรือแสงสว่างโดยวิธีอื่น
- 15) ให้มีการดำเนินกิจการโรงรับจำนำหรือสถานสินเชื่อท้องถิ่น
- 16) หน้าที่อื่นตามกฎหมายบัญญัติให้เป็นหน้าที่เทศบาล

1.3.2 อาจจัดทำ หน้าที่ประการนี้เทศบาลอาจจัดทำหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายได้ทรัพย์สินและความสามารถของเทศบาลนั้นๆ เป็นเกณฑ์ แต่มีข้อพิจารณาประการหนึ่งว่าเทศบาลใดจะจัดทำหน้าที่ประการหลังนี้ได้ต่อเมื่อได้ปฏิบัติหน้าที่ประการแรกครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว ซึ่งเทศบาลเมืองอาจทำกิจการใดๆ ในเขตเทศบาลดังต่อไปนี้ (พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 แก้ไขเพิ่มเติมถึงพ.ศ. 2543 ,20-21)

- 1) ให้มีตลาด ท่าเทียบเรือและท่าข้าม
- 2) ให้มีสุสานและฌาปนสถาน
- 3) บำรุงและส่งเสริมการทำมาหากินของราษฎร
- 4) ให้มีและบำรุงการสงเคราะห์มารดาและเด็ก
- 5) ให้มีและบำรุงโรงพยาบาล
- 6) ให้มีการสาธารณสุขปโภค
- 7) จัดทำกิจการซึ่งจำเป็นเพื่อการสาธารณสุข
- 8) จัดตั้งและบำรุงโรงเรียนอาชีวศึกษา
- 9) ให้มีและบำรุงสถานที่สำหรับการกีฬาและพลศึกษา
- 10) ให้มีและบำรุงสวนสาธารณะ สวนสัตว์ และสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ
- 11) ปรับปรุงแหล่งเสื่อมโทรม และรักษาความสะอาดเรียบร้อยของท้องถิ่น
- 12) เทศพาณิชย์

โครงสร้างภารกิจและอำนาจหน้าที่ของเทศบาล

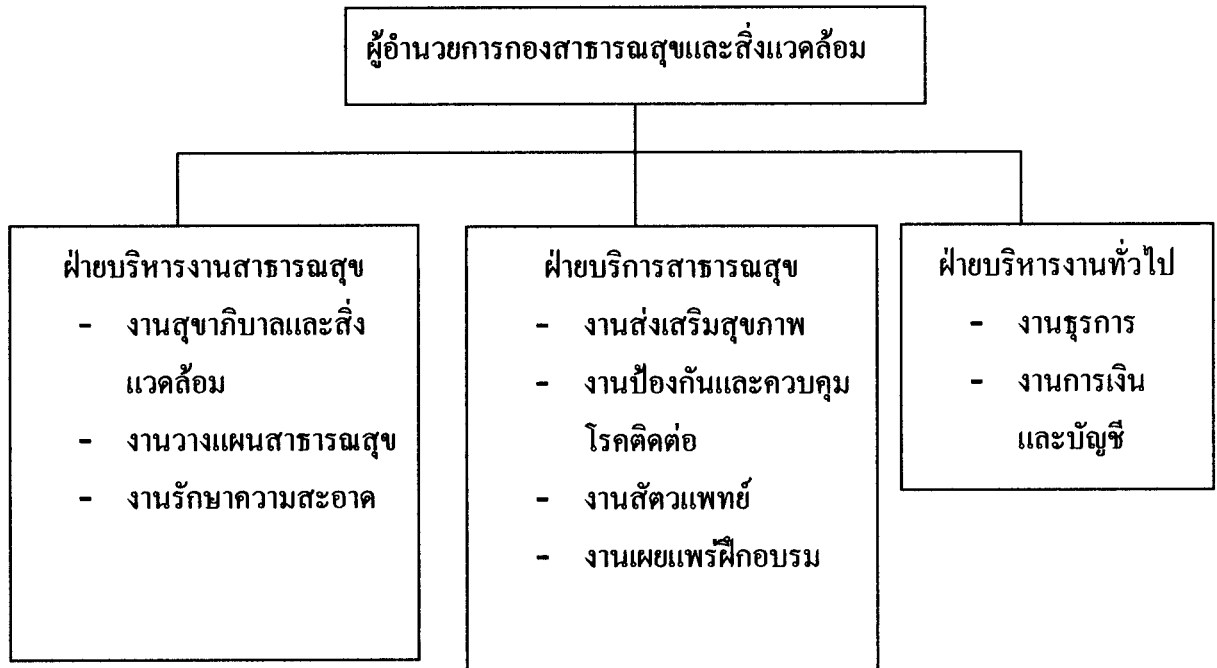


ภาพที่ 2.1 รูปแบบและการบริหารงานเทศบาล

ที่มา : ทองอาน พาไทสง และสมเกียรติ ทาทอง (2541) คู่มือเตรียมสอบพนักงานเทศบาล เล่ม 1
อุดรธานี วิเจปรีนดิ้ง

1.4 โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของเทศบาลด้านสาธารณสุข

1.4.1 โครงสร้างของเทศบาลด้านสาธารณสุข



ภาพที่ 2.2 โครงสร้างกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ที่มา : ทองอาน พาไทสง และสมเกียรติ ทาทอง (2541) *คู่มือเตรียมสอบพนักงานเทศบาล เล่ม 1*
 อุดรธานี วิเจปรีนดิ้ง

1.4.2 อำนาจหน้าที่ของเทศบาลด้านสาธารณสุข ตามโครงสร้างการบริหารงานเทศบาล และภารกิจ อำนาจหน้าที่ของเทศบาลจะเห็นว่าการกำหนดผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขในเทศบาลไว้อย่างชัดเจนได้แก่ กอง / ฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมซึ่งมีหน้าที่ด้านสาธารณสุขดังต่อไปนี้

1) **ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข** มีหน้าที่ควบคุมดูแลและรับผิดชอบการปฏิบัติงานในหน้าที่ของงานแผนงานสาธารณสุข งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานรักษาความสะอาด

2) ฝ่ายบริการสาธารณสุข มีหน้าที่มีหน้าที่ควบคุมดูแลและรับผิดชอบการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และงานสัตวแพทย์

(1) งานส่งเสริมสุขภาพ มีหน้าที่รับผิดชอบ งานอนามัยโรงเรียน งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานสาธารณสุขมูลฐาน งานโภชนาการ งานสุขภาพจิต งานทันตสาธารณสุข งานสุขศึกษา งานนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน

(2) งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ มีหน้าที่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานควบคุมแมลงและพาหะนำโรค งานป้องกันการติดยาและสารเสพติด

(3) งานสัตวแพทย์ มีหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมและรับผิดชอบโรคสัตว์ งานควบคุมและรับผิดชอบที่เกิดจากสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์ป่าที่นำมาเลี้ยงหรือสัตว์ที่อยู่อาศัยตามธรรมชาติ งานการระวังและรับผิดชอบโรคในกลุ่มบุคคลซึ่งประกอบอาชีพซึ่งเสี่ยงต่อการติดโรคสัตว์ งานควบคุมการฆ่าสัตว์และโรงฆ่าสัตว์ งานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า งานป้องกันโรคติดเชื้อหรืออันตรายหรือเหตุรำคาญจากสัตว์ และการรายงานข้อมูลสถิติรวมทั้งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับงานด้านสัตวแพทย์

(4) งานเผยแพร่ฝึกอบรม มีหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับงานเผยแพร่กิจกรรมทางวิชาการด้านสาธารณสุข งานฝึกอบรมและศึกษาดูงาน และงานพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

3) ฝ่ายบริหารงานทั่วไป มีหน้าที่ควบคุมดูแลงานด้านธุรการ และการเงินการบัญชีของหน่วยงาน

โดยสรุป เทศบาลเป็นการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีอำนาจหน้าที่ในการดูแลประชาชนในท้องถิ่นที่รับผิดชอบในด้านความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานของประชาชนในทุกด้าน ตามพระราชบัญญัติเทศบาลกำหนดไว้ เพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ

1.5 บทบาทด้านสาธารณสุขของเทศบาลเมืองชลบุรี เทศบาลเมืองชลบุรีเป็นชุมชนเมืองมีพื้นที่ 3.5 ตารางกิโลเมตร จำนวนจำนวนประชากรในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี มีทั้งสิ้น 34,744 คน แยกเป็น ชาย 16,304 คน หญิง 18,440 คน โดยมีทั้งหมดจำนวนครัวเรือน 7,425 ครัวเรือน ความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ยต่อพื้นที่ทั้งหมด 7,608 คน ต่อตารางกิโลเมตร หากเฉลี่ยตามพื้นที่บนบกที่อาศัยได้จริง เฉลี่ย 9,927 คน ต่อตารางกิโลเมตร (แผนพัฒนาสามปีเทศบาลเมืองชลบุรี 2549: 3) ซึ่งนับว่ามีความหนาแน่นมาก ลักษณะชุมชนในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี

ประชาชนส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในบริเวณย่านการค้าในถนนสายหลัก และอีกส่วนหนึ่งจะอาศัยอยู่บริเวณ แนวชายฝั่งทะเลซึ่งมักเรียกว่าชุมชนชายทะเล จากความหนาแน่นของชุมชนดังกล่าว ทำให้มีปัญหาด้านสาธารณสุขตามมาคือ ปัญหาสิ่งแวดล้อม และโรคติดต่อ เทศบาลเมืองชลบุรีจึงต้องให้การดูแลด้านสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในเขตเทศบาลเมืองชลบุรีนั้นแบ่งชุมชนออกเป็น 12 ชุมชนในแต่ละชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน จะดูแล 20 หลังคาเรือน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาลเมืองชลบุรีมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลรับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขที่สังกัดอยู่ในเทศบาล ทั้งในด้านการฝึกอบรม การมอบหมายงาน การดูแลควบคุมการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ

ในด้านงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขมีหน้าที่ในการช่วยเฝ้าระวังโดยทำการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายในครัวเรือนที่รับผิดชอบ ให้สุศึกษาและกระตุ้นความร่วมมือของคนในชุมชนในการป้องกันตนเอง รายงานและส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ในกรณีพบว่าสมาชิกชุมชนมีอาการน่าสงสัยว่าจะติดเชื้อก่อนที่จะเกิดความรุนแรงต่อชีวิตและเกิดการแพร่กระจายของโรค ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรค เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และพ่นหมอกควันกำจัดยุงเมื่อมีไข้เลือดออกระบาดในชุมชน โดยเทศบาลเมืองชลบุรีให้การสนับสนุนในด้านพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ให้สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรครวมถึงวิธีป้องกันและควบคุมโรคในช่วงฤดูกาลที่มักมีการระบาด สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการควบคุมโรค เช่น ทรายอะเบท ปลากินลูกน้ำ น้ำยาฆ่าเชื้อ การส่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปสอบสวนโรคและดำเนินการควบคุมการแพร่กระจายของโรคโดยเร็วเมื่อพบโรค มอบรางวัลให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดีเด่น รวมทั้งการศึกษาดูงานนอกสถานที่ปีละ 1 ครั้ง (เอี่ยมพร รักจรรยาบรรณ 2545: 2)

2. การสาธารณสุขมูลฐานและบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจุบันสังคมไทยประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 รูปแบบคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา รูปแบบเหล่านี้มีการปรับเปลี่ยนในลักษณะลดลงและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคตภายใต้นโยบายของรัฐบาล ซึ่งมุ่งให้เกิดการกระจายอำนาจการปกครองจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่นตามกฎหมายรัฐ

ธรรมนูญ พ.ศ. 2540 เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนนอกจากนี้แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 ได้กำหนดภารกิจที่ถ่ายโอนของกระทรวงสาธารณสุข(การจัดการด้านสุขภาพ) เป็นภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำในพื้นที่ และงานด้านสาธารณสุขมูลฐานก็เป็นหนึ่งในภารกิจด้านสุขภาพนั้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2548: 62)

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เกิดขึ้นมาจากความพยายามของรัฐบาลทุกประเทศทั่วโลก ที่จะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลสุขภาพโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในอดีตเน้นระบบการจัดบริการสาธารณสุขเรื่องการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆทั่วโลกที่ปฏิบัติในแนวเดียวกันได้พิจารณาว่าการบริการสาธารณสุขจะครอบคลุมได้นั้นประชาชนต้องสามารถดำเนินการและจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากประชาชนทราบดีถึงปัญหาของตนเอง รวมทั้งชุมชนทุกประเทศยอมรับหลักการที่ว่า การมีสุขภาพดีเป็น ความต้องการพื้นฐานโดยเน้นสิทธิมนุษยชนเบื้องต้นที่ประชาชนทุกคนควรได้รับองค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเป้าหมายทางสังคมไว้ว่าในปี พ.ศ. 2543 ประชาชนควรได้รับการพัฒนาให้มีสุขภาพที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ตามสถานะเศรษฐกิจและสังคมของท้องถิ่นนั้น ๆ และประกาศให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีในการดำเนินงาน ประเทศไทยนับเป็นประเทศหนึ่งที่ได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาสาธารณสุข โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชน และระดับชาติ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ 2542 : 1)

ในปัจจุบันปัญหาด้านการสาธารณสุข โดยเฉพาะการติดต่อของโรคระบาดที่สำคัญ เช่น โรคไข้เลือดออก และโรคที่อุบัติขึ้นใหม่และมีการติดต่ออย่างร้ายแรง ได้แก่ โรคเอดส์ โรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก รวมถึงโรคที่ไม่ได้เป็นโรคติดต่อร้ายแรงแต่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและตายสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่สำคัญของประชาชน ซึ่งงานสาธารณสุขมูลฐานถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพราะหลักการสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือการที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนมีความสามารถในการแก้ปัญหาด้านการสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชนของตน โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ สนับสนุนตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ฉะนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะที่เป็นหน่วยงานภาครัฐที่

ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดจึงเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้ประชาชนและชุมชนได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน

2.2 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยได้กำหนดแนวทางสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามองค์ประกอบสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชน รวมถึงได้กำหนดแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ ภาวะสุขภาพของประชาชนและความสามารถในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนและชุมชน (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น: 2549)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ 8 กิจกรรมซึ่งประเทศไทยได้เริ่มนำมาใช้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) ต่อมาได้เพิ่มเติมอีก 2 กิจกรรม เป็น 10 กิจกรรม ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) และในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ได้เพิ่มอีก 4 กิจกรรม รวมเป็น 14 กิจกรรม ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญที่จะต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้ชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ได้แก่

2.2.1 การศึกษา (Health Education) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชน (เช่น ผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำเยาวชน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น) ให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่นและสามารถเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพและให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือเมื่อเจ็บป่วยแล้วประชาชนสามารถดูแลรักษาโรคขั้นต้นได้อย่างถูกต้อง และไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อจำเป็น รวมถึงการให้สุศึกษาเพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ซึ่งการพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชนสามารถดำเนินงานสุศึกษา อาจอยู่ในรูปของการประชุม การฝึกอบรม การพาไปศึกษาดูงาน การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องสุขภาพและสื่อสุศึกษาในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในท้องถิ่น

2.2.2 โภชนาการ (Nutrition) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชน ให้มีความรู้ และทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการในชุมชน รวมถึงสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น

เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดส่วนสูง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชนเหล่านั้น ทำหน้าที่เฝ้าระวังทางโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ รวมถึงให้ความรู้ กระตุ้นเตือนให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาโภชนาการของชุมชนเช่น การจัดทำหรือจัดหาอาหารเสริมให้แก่กลุ่มที่ขาดสารอาหาร หรือ จัดกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพ การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายให้กับ ประชาชนกลุ่มที่มีโภชนาการเกิน หรือมีโรคอ้วน เป็นต้น

2.2.3 การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล (Water Supply and Sanitation)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการช่วยเหลือให้ชุมชนมีน้ำสะอาดเพียงพอต่อการบริโภค และอุปโภค และมีสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและอาหารที่ดี แต่การดำเนินงานดังกล่าวต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนด้วยเช่นกัน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและความยั่งยืน ในการพัฒนาสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่นๆ ให้สามารถให้ความรู้ และสร้างความตระหนักตลอดจนเป็นผู้นำในการจัด กิจกรรมให้ประชาชนร่วมมือกันจัดสิ่งแวดล้อมทั้งในครัวเรือนและในชุมชนให้ถูกสุขลักษณะ มีการจัดเก็บขยะ แยกขยะอย่างถูกวิธี รวมถึงช่วยกันลดปริมาณขยะของชุมชน การอบรมช่างสุขภัณฑ์ ประจำหมู่บ้านให้มีหน้าที่ช่วยเหลือในการฝึกอบรมและสอนงานแก่ครัวเรือนที่ต้องการสร้างโถง ไว้เก็บกักน้ำ สร้างส้วม หรือภาชนะกักเก็บขยะ การฝึกอบรมผู้ประกอบการร้านค้าอาหาร แผงลอย ผู้ค้าในตลาดสดให้ร่วมมือกันดูแลสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อมในตลาดและบริเวณค้าขาย ให้ สะอาด เป็นระเบียบ ถูกสุขอนามัย

2.2.4 การเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น (Surveillance for Local Disease Control)

การป้องกันและระงับโรคติดต่อ เป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่ง จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน และเฝ้าระวังโรค เพื่อที่จะสามารถควบคุม การระบาดของโรคได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เช่น โรคไข้เลือดออก ไข้หวัดนกโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และ แกนนำชุมชนอื่นๆ ให้สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่นรวมถึงวิธีป้องกัน และควบคุมโรคในช่วงฤดูกาลที่มักมีการระบาดและระดมความร่วมมือของชุมชนในการป้องกัน และเฝ้าระวังการเกิดโรค โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นใน การควบคุมโรคให้แก่ชุมชน เช่น ทรายอะเบท ปลากินลูกน้ำ น้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้หาก บุคคลมีอาการน่าสงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุขจะช่วยประสานงานกับเจ้า

หน้าที่ในการส่งต่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว รวมทั้งให้มีการส่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปสอบสวนโรคและดำเนินการควบคุมการแพร่กระจายของโรคโดยเร็ว

2.2.5 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) ถึงแม้การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องดูแลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับภูมิคุ้มกันโรคเพื่อมิให้เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันด้วยวัคซีน โดยสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการได้รับวัคซีนป้องกันโรค รวมถึงนัดหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกไปให้บริการแก่ประชาชนตามจุดนัดพบต่างๆ ในกรณีที่ชุมชนอยู่ห่างไกล และประชาชนไม่สะดวกที่จะเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข

2.2.6 การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (Maternal Child Health and Family Planning) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การพัฒนาสตรีเด็กและเยาวชน ซึ่งนอกจากภาครัฐจะมีหน้าที่จัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการรับฝากครรภ์ ดูแลขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่นๆ เช่น ผู้นำกลุ่มสตรี แม่ตัวอย่าง อาสาสมัครนมแม่ ให้มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ การไปฝากครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การดูแลหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลเลี้ยงดูลูกอย่างถูกวิธี รวมถึงการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อยังไม่มีความพร้อม การเว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์ หรือเมื่อมีบุตรเพียงพอแล้ว

2.2.7 การรักษาพยาบาลง่าย ๆ (Simple Treatment) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน ให้สามารถให้บริการรักษาพยาบาลง่ายๆ แก่ประชาชนในชุมชน โดยการจัดฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชนใหม่ และอบรมฟื้นฟูเป็นประจำปี เพื่อให้การปฐมพยาบาลช่วยเหลือขั้นต้นแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเล็กน้อย สามารถวัดความดันโลหิตเพื่อตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิต และตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะเพื่อคัดกรองโรคเบาหวานได้ รวมถึงการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพหรือส่งต่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และยาที่จำเป็นไว้ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน นำมาใช้ในการให้บริการแก่ประชาชน

2.2.8 การจัดหายาที่จำเป็นในหมู่บ้าน (Essential Drugs) ให้การสนับสนุนยาที่จำเป็นไว้ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชนให้บริการรักษาพยาบาลเมื่อประชาชนที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ หรือบรรเทาอาการเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่สามารถเดินทางไปใช้บริการที่สถานพยาบาลได้ในทันที ซึ่งยาที่จำเป็นมีทั้งรูปแบบของยาสามัญประจำ

2.2.9 สุขภาพจิต (Mental Health) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่นๆ เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา กรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน รวมถึงช่วยค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยในชุมชน เพื่อจะได้รับการแนะนำและส่งต่อเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

2.2.10 ทันตสาธารณสุข (Dental Health) การส่งเสริมสุขภาพปากและฟันมีความสำคัญในทุกกลุ่มวัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทให้การสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่นๆ สามารถชี้แจงและให้ความรู้กับประชาชนถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การส่งต่อหรือนัดหมาย ประชาชนให้ไปรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขหรือเมื่อมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้ามาในชุมชน

2.2.11 การอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการลดการก่อมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม และเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่นๆ เช่น ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชน ผู้นำกลุ่มเกษตรกร เป็นต้น เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อมกับประชาชน และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดกิจกรรมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน รวมถึงจัดตั้งกลุ่มเฝ้าระวังมิให้มีการกระทำที่ก่อให้เกิดมลภาวะ หากพบผู้กระทำผิดให้ประสานงานแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนินการกับผู้กระทำผิดดังกล่าว

2.2.12 การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้แทนผู้ประกอบการร้านอาหาร ร้านค้าแผงลอย แกนนำกลุ่มแม่บ้าน แกนนำเยาวชนที่ทำหน้าที่ อย. น้อย ในสถานศึกษา เป็นต้น ให้มีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การให้ความรู้เรื่องการบริโภคแก่ประชาชน เป็นกรรมการสำรวจร้านอาหาร ร้านค้า แผงลอย และตรวจสอบปนเปื้อน 6 ชนิดในอาหาร (ได้แก่ สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว สารกันรา ยาฆ่าแมลง ฟอร์มาลีน และสารเร่งเนื้อแดง) ร่วมกับเจ้าหน้าที่ช่วยกันสอดส่องการจัดจำหน่ายบูหรือของร้านค้าไม่ให้มีการ

โฆษณาหรือขายให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีเป็นต้น เพื่อที่จะสามารถแจ้งข้อมูลการกระทำที่ไม่ถูกต้องให้แก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเข้ามาดำเนินการรวมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้ผู้บริโภคในชุมชนได้รับทราบข้อมูลและเลือกบริโภคอาหารปลอดภัย สินค้าที่ได้มาตรฐาน มีเครื่องหมาย ออ.

2.2.13 การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อ (Accident and Noncommunicable Disease Control) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ประกอบการได้รับจ้างสาธารณะ มีส่วนร่วมในการรณรงค์ให้ทั้งผู้ใช้รถใช้ถนนคำนึงถึงความปลอดภัย และลดการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการช่วยกันเฝ้าระวังและแจ้งตำแหน่งถนนหรือจุดเสี่ยงภัย เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการปรับปรุงซ่อมแซม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังสามารถสนับสนุนให้ชุมชนจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยหรือช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยจัดฝึกอบรมอาสาสมัครให้มีความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ เพื่อนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดความพิการและเสียชีวิตของผู้ประสบภัยได้จำนวนมาก สำหรับโรคไม่ติดต่อหรือโรคไร้เชื้อเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถตรวจคัดกรองโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็งเต้านมได้ สามารถให้คำแนะนำและส่งต่อผู้ที่พบความผิดปกติให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยโดยละเอียดและรับการรักษาต่อไป ในขณะเดียวกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนควรได้รับการสนับสนุนให้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ตลอดจนสร้างเสริมความมีน้ำใจและเอื้ออาทรต่อผู้พิการในชุมชนและร่วมกันฟื้นฟูสภาพผู้พิการ

2.2.14 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชน ให้สามารถเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้ทราบถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะชีวิต และการปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ตลอดจนมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ให้สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้ โดยชุมชนให้การยอมรับ และไม่แพร่กระจายโรคเอดส์สู่คนอื่นในชุมชน (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น: 2549) จะเห็นได้ว่าองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนกลุ่มต่างๆ สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพประชาชนในชุมชนของตน หากชุมชน ได้รับการ

พัฒนาศักยภาพและมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง จะทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน

2.3 แนวคิดในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แนวคิดที่จำเป็นต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ประสบความสำเร็จ มีดังต่อไปนี้

2.3.1 แนวคิดเรื่องสุขภาพ สุขภาพ เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ คือ การมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เจ็บป่วยและไม่พิการ โดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่เพียงพอ มีจิตใจเบิกบาน มีปัญญาดี ไม่เครียด ไม่ถูกบีบคั้น ครอบครัวยุบอุ่นสิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำคามดีมีศาสนาธรรม เป็นเครื่องยึดเหนี่ยว ซึ่งการที่จะพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทั้งหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ และโดยเฉพาะภาคประชาชนที่ต้องมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง มิใช่มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว

2.3.2 แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขแนวใหม่ที่เน้นกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter, 1986) เน้นที่การเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี โดยบุคคลจะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีซึ่งกิจกรรมสำคัญ 5 ประการ ในการส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี ได้แก่

1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ในการกำหนดนโยบาย ข้อบังคับ หรือแผนงาน/โครงการพัฒนาต่างๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ว่านโยบายเหล่านั้นจะต้องไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามต้องส่งผลดีต่อสุขภาพของ

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Healthy Environment) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์หาส่วนขาดและพยายามพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เช่น การจัดสร้างสวนสาธารณะและสนับสนุน ให้เกิดกลุ่มออกกำลังกายแบบต่างๆ ในชุมชน เพื่อเป็นการเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีพฤติกรรม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดกิจกรรมต่างๆ ให้วัยรุ่นในชุมชนได้แสดงออกในเชิงสร้างสรรค์ การส่งเสริมให้มีร้านขายอาหารและผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthening Community Action) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีการรวมตัวกัน

เกิดเป็นองค์กรชุมชน หรือเชื่อมโยงกลุ่มต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้มารวมตัวกันเป็นเครือข่าย ในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และ บริหารจัดการ รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน จะเป็นการเพิ่ม ศักยภาพให้ชุมชนได้เรียนรู้ การแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยมีการระดมทรัพยากรในชุมชน ทำให้ สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ และพัฒนากลายเป็นชุมชนที่เข้มแข็งในที่สุด

4) *การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development)* เป็นการพัฒน ทักษะให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถปรับ สิ่งแวดล้อมของตนและครอบครัวที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุข แกนนำชุมชน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ ให้มีความรู้ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว และยังใช้ในการช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนอีกด้วย

5) *การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Service)* องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น รวมทั้งหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ ต้องปรับเปลี่ยนบริการของตนเอง จากเดิมที่มองว่า เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ที่ต้องเป็นผู้จัดบริการให้กับประชาชน โดยประชาชนเป็นผู้รับ และเน้นการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลหรือการซ่อมสุขภาพเป็นหลัก แต่แนวคิดใหม่ต้องให้ ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพ คือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคควบคู่กับการรักษา พยาบาล และการปรับบทบาทของเจ้าหน้าที่มาเป็นผู้สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพของตนเอง โดยการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนพร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิด สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

2.3.3 แนวคิดเรื่องประชาคม ประชาคมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณประโยชน์ และประชาชน เข้ามาร่วมงานพัฒนาชุมชน โดยมี วัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกันหรือการรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรกัน มาเรียนรู้ ร่วมกันในการกระทำให้บางสิ่งบางอย่าง ประชาคมจึงเป็นยุทธศาสตร์สุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งเพราะ การรวมกลุ่มกันทำให้เกิดพลังงานทางสังคมที่ส่งผลต่อองค์รวมของสุขภาพคือ ทั้งด้านจิตใจ การ ช่วยเหลือด้านวัตถุการเกื้อหนุนทางสังคม และการสร้างปัญญา (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น: 2549)

2.4 การปฏิบัติตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน

2.4.1 การปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการปฏิบัติงานสาธารณสุข มูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์นั้น มีบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง โดยตรง คือ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งบุคลากรในงานทางด้าน

สาธารณสุข อาจเป็นเจ้าของที่สาธารณสุขหรือพยาบาล ดังนั้นจึงเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพอนามัยของประชาชน ในการปฏิบัติงาน บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลระดับต่างๆ สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนเป็นกลุ่มบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน แต่เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุข อาจมีข้อจำกัดเรื่องระดับความรู้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาขีดความสามารถ หรือเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้โดยการประชุมสัมมนาหรือประชุมเชิงปฏิบัติการฯ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำต่างๆ มีความสามารถเพิ่มมากขึ้นเพื่อที่จะได้ร่วมกันทำงานแก้ปัญหาสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนต่อไป

งบประมาณสำหรับพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง เงินงบประมาณเพื่อดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยประกอบด้วย

1. เงินงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนทั่วไป ซึ่งรัฐจัดสรรให้กับชุมชนในเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศตามจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมสำหรับการพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้าน/ชุมชน โดยหมู่บ้าน/ชุมชนจะต้องจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อให้การใช้งบประมาณเป็นไปตามความต้องการของประชาชนหมู่บ้านหรือชุมชน ซึ่งมีขอบเขตการใช้จ่ายเงินใน 3 กลุ่มกิจกรรม ได้แก่

- การพัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุขของคนในหมู่บ้าน/ชุมชน
- การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน/ชุมชน
- การจัดบริการสุขภาพเบื้องต้นในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

2. งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นงบประมาณซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งขึ้นตามแผนปฏิบัติการประจำปี

3. งบประมาณจากแหล่งอื่น เช่น กระทรวงต่างๆ แหล่งทุนอื่น หรือองค์กรพัฒนาเอกชน ฯลฯ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน ประชาคมหมู่บ้าน/ชุมชน หรือชุมชน สามารถจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานได้ (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น: 2549)

2.4.2 แนวทางการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชนมีบทบาทสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะ

เป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนและผ่านการฝึกอบรมเรื่องงานสาธารณสุข โดยทำหน้าที่เป็นผู้นำการพัฒนาสุขภาพของชุมชน รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทราบรายละเอียด แนวทางการปฏิบัติงานทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน โดยแนวทางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชนตามกรอบงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

1) **แนวทางการปฏิบัติงานทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน** อาสาสมัครสาธารณสุข คือผู้ที่มีคุณสมบัติตามกำหนดได้แก่ มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน/ชุมชน สามารถอ่านออกเขียนได้ สมัยใจ เสียสละ และสนใจเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขตลอดจนกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชนรับรองว่ามีความประพฤติดี และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน คัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในชุมชนให้ความยอมรับและเชื่อถือ
- (2) สมัยใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- (3) มีเวลาพอเพียงที่จะช่วยเหลือชุมชน และมีความคล่องตัวในการ

ประสานงาน

- (4) อ่านออกเขียนได้
- (5) เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพและพัฒนาชุมชน
- (6) ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภิภุ หรือ

แพทย์ประจำตำบล

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะจัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน ให้มีหน้าที่ดูแลสุขภาพครัวเรือน ดังนี้

- ก. เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุข
- ข. เขตชุมชนแออัด จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ต่อ 20-30

หลังคาเรือน

- ค. เขตชุมชนชานเมือง จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ต่อ 8-15

หลังคาเรือน

ดังนั้นจึงต้องแบ่งละแวกบ้านตามจำนวนหลังคาเรือนที่จะให้อาสาสมัครสาธารณสุขดูแล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทุกบ้านได้รับทราบ อาสาสมัครสาธารณสุขที่จะมีบทบาทเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมที่ส่งผลต่อ สุขภาพของประชาชน และมีหน้าที่แก้ไขวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุขนำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงคนเป็นตัวอย่างที่ดี

2) หน้าที่ความรับผิดชอบ

(1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข ระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในชุมชน เช่น แจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อที่สำคัญระบาดในพื้นที่ แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวของกิจกรรมสาธารณสุขต่างๆ รวมถึงการนัดหมายให้เพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ มีหน้าที่นำข่าวสารสาธารณสุขในชุมชนไปแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ เพื่อที่จะสามารถให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เช่น เกิดการระบาดของโรคในชุมชน เป็นต้น

(2) เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซึ่งสามารถครอบคลุมทั้ง 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพของประชาชน

(3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การปฐมพยาบาลและรักษาพยาบาลขั้นต้น ทั้งนี้ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น หรือสภาเทศบาลไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2539 ข้อ 15 ระบุให้อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งได้ผ่านการอบรมและได้รับหนังสือรับรองความรู้และความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข

(4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมและการดำเนินการ ได้แก่

ก. จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารในหมู่บ้าน/ชุมชน

ข. ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาสุขภาพของชุมชน

ค. ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรม ตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

(5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก กำหนดการติดตามให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้มาตรวจสุขภาพและได้รับวัคซีนตามกำหนด การเฝ้าระวังโรคติดต่อประจำถิ่น เช่น สำนวนและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

(6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการ วางแผน แก้ไขปัญหา และพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดเงินอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจากแหล่งอื่นๆ

(7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้าน ร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข

(8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน

3) วาระของการดำรงตำแหน่ง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาการต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชนหรือองค์กรชุมชน

4) การพัฒนาตนเองและพัฒนาองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข

เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ของตนเองตามหน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องมีการพัฒนาตนเองด้านความรู้ ความสามารถ ให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยวิธีการต่างๆ เช่น

1.3.2 การเข้ารับการฝึกอบรมฟื้นฟูเป็นระยะๆ การฝึกอบรมเพิ่มเติมในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนชุมชน เทคนิคการถ่ายทอดความรู้ การประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

1) การฝึกปฏิบัติ เพื่อให้มีประสบการณ์ เกิดทักษะและความชำนาญเพิ่มขึ้น เช่น การเป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพกับประชาชน หรือการฝึกปฏิบัติด้วยการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการฝึกการจัดทำแผนชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงหรือเป็นที่ปรึกษา เป็นต้น

2) การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการศึกษาจากแบบเรียนด้วยตนเอง การอ่านหนังสือหรือเอกสารต่างๆ การค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต การฟังรายการวิทยุ และชมรายการโทรทัศน์ที่มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น

3) ศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน/ชุมชน โดยการไปศึกษาดูงานในหมู่บ้านหรือชุมชนอื่นที่มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ก้าวหน้า สามารถเป็นแบบอย่างที่ดี รวมทั้งได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน เพื่อนำความรู้และประสบการณ์มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานในชุมชนของตน

4) การประชุมปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความรู้ความคิด ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ในวาระต่างๆ เช่น การประชุมประจำเดือน การนิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน การประชุมประเมินผลการดำเนินงานโครงการ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องดำเนินการอย่างใกล้ชิด กับองค์กรชุมชน ในการร่วมกันระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผน โครงการปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพชุมชน ลงมือดำเนินการ และประเมินผลโครงการ ในขณะเดียวกันต้องมีการบริหารจัดการโครงการโดยประสานงานอย่างใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน ระดมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงาน การประเมินผลโครงการ และการบริหารจัดการด้านงบประมาณ โดยมีเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ให้เป็นที่ปรึกษาคอยให้คำปรึกษาแนะนำในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะอาสาสมัครสาธารณสุขมีทักษะ ประสบการณ์และความชำนาญมากขึ้น ส่งผลให้สามารถดำเนินงานได้เองในที่สุด (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น: 2549)

2.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน

2.5.1 ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน หลักการสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานประการหนึ่ง คือการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ครอบคลุมตั้งแต่การเป็นผู้กำหนดปัญหาสุขภาพของชุมชนนั่นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางและลงมือดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน รวมทั้งได้ร่วมประเมินผลการแก้ไขปัญหานั้นๆ กำลังคนที่สำคัญ ในชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุข ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมให้มีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือ และจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนในเรื่องที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและพบได้บ่อยๆ นอกจากนี้ยังมีผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน เป็นต้น หรือแกนนำชุมชนอื่นๆ เช่น ผู้นำกลุ่มแม่บ้าน กรรมการกองทุนหมู่บ้าน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำเยาวชน เป็นต้น ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธาณสุขดังนี้ คือ

- 1) ช่วยให้การดำเนินงานสาธารณสุขมีความสอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการและปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน
- 2) การดำเนินงานสาธารณสุขที่ประชาชนมีส่วนร่วมจะมีโอกาสประสบความสำเร็จและครอบคลุมประชากรได้สูง เนื่องจากประชาชนเห็นความสำคัญ รู้สึกเป็นเจ้าของ และมีการระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนเอง
- 3) ช่วยให้เกิดการพึ่งพาตนเองและเกิดพลังของชุมชน กลายเป็นชุมชนที่เข้มแข็งที่สามารถพัฒนาสุขภาพและพัฒนาชุมชนในด้านอื่นๆ ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

จากการนำแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานและนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นของรัฐบาลมาใช้เป็นนโยบายในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศส่วนหนึ่งของกลวิธี ดังกล่าวคือการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางและลงมือดำเนินกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ซึ่งคืออาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งจะมียบทบาทสำคัญในการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนของตนเองตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้กำหนดไว้ การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานและดูแลชุมชนในความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น: 2549)

3. โรคไข้เลือดออก

3.1 ระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย (สำนักงานควบคุมโรค, 2545)

ประเทศไทยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 40 ปี โดยระยะก่อนปี พ.ศ. 2501 มีรายงานเป็น Influenza with haemorrhagic ปีละประมาณ 50 – 100 ราย และเริ่มมีการรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2501 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ตรวจพบในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่นั้นมา มีการรายงานการระบาดกระจายออกไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอดจาก 8.87 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2501 มาเป็น 161.28 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2545 แสดงว่าการสาธารณสุขของประเทศไทยได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นมาโดยลำดับ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องรวดเร็ว และได้รับการรักษาพยาบาลทันเวลาจึงสามารถลด หรือป้องกันการตายที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ประชาชนทั่วไปอาจเริ่มเอาใจใส่และมีความรู้ในเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วยมากขึ้น ทำให้สามารถนำผู้ป่วยมารับการรักษาได้ทันเวลา

ข้อมูลทางระบาดวิทยาการเกิดโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยมีบันทึกรายงานผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501 จนถึงปี พ.ศ. 2545 ดังนั้น เมื่อแบ่งช่วงเวลาการเกิดโรคออกเป็นทศวรรษ (ทุก 10 ปี) จะพบว่า

ทศวรรษที่ 1 (พ.ศ. 2501 – 2510) มีการระบาดแบบปีเว้นปี ผู้ป่วยเฉลี่ย 3,114 ราย ต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 10.77 ต่อประชากรแสนคน โดยปี พ.ศ. 2508 มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ 7,663 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 25.06 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดใหญ่ๆ ที่เป็นศูนย์กลางการคมนาคม

ทศวรรษที่ 2 (พ.ศ. 2511 – 2520) เป็นช่วงที่มีการรายงานผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ย 13,313 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 33.45 ต่อประชากรแสนคนในช่วงทศวรรษที่สองนี้ ปี พ.ศ. 2520 มีรายงานมากที่สุด คือ 38,768 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 89.24 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงพบตามเมืองใหญ่ ๆ ที่มีประชากรหนาแน่นหรือชุมชนเขตเมือง

ทศวรรษที่ 3 (พ.ศ. 2521 – 2530) ในช่วงต้นทศวรรษมีรายงานผู้ป่วยใกล้เคียงกับทศวรรษที่ผ่านมา แต่ในปี พ.ศ. 2530 เกิดการระบาดครั้งใหญ่ที่สุดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย คือ มีผู้ป่วยถึง 174,285 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 325.13 ต่อประชากรแสนคน ทำให้ทศวรรษที่สามนี้มีรายงานผู้ป่วยเฉลี่ยแล้ว 49,665 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วย 97.39 ต่อประชากรแสนคน เป็นช่วงที่โรคนี้แพร่กระจายไปทั่วประเทศ จากชุมชนเขตเมืองสู่เขตชนบท

ทศวรรษที่ 4 (พ.ศ. 2531 – 2540) แม้ว่าในช่วงครึ่งแรกของทศวรรษ สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มว่าจะลดต่ำลง เนื่องจากเกิดความตื่นตัวในการร่วมกันแก้ไขปัญหา แต่มีผู้ป่วยมากกว่า 35,000 ราย เกือบทุกปี โดยในทศวรรษนี้เกิดการระบาดของโรคสูงมาก คือ ในปี พ.ศ. 2533 มีผู้ป่วย 92,005 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 163.43 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วย 101,689 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 167.21 ต่อประชากรแสนคน ทำให้ในภาพรวมของทศวรรษนี้มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยมากถึง 59,661 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 103.1 ต่อประชากรแสนคน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 – 2545 ได้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างรุนแรง 2 ครั้ง คือในปี พ.ศ. 2541 และ 2544 โดยในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนผู้ป่วย 129,954 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 211.42 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 424 ราย ในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนผู้ป่วย 139,732 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 225.28 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 244 ราย ในปี พ.ศ. 2545 พบผู้ป่วยมากถึง 100,361 ราย อัตราป่วย 161.28 ต่อประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 0.26

โรคไข้เลือดออกเป็นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีโอกาสป่วยเท่าๆ กัน จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2543 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5 – 9 ปี ร้อยละ 37.13 ของจำนวนผู้ป่วย รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 10 – 14 ปี ร้อยละ 28.05 กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.17 และกลุ่มอายุ 0 – 4 ปี ร้อยละ 15.65 แต่ในปี พ.ศ. 2544 พบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.02 ของจำนวนผู้ป่วย สาเหตุหนึ่งเชื่อว่าการเกิดจากการที่ภูมิคุ้มกัน (herd immunity) ของประชากรกลุ่มนี้ลดลง จากข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2539 – 2543) พบว่า ในแต่ละปีมีช่วงของการระบาดของโรคเพียง 1 ครั้ง (1 peak) จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่แปรผันตามฤดูกาล (seasonal variation) โดยจะเริ่ม

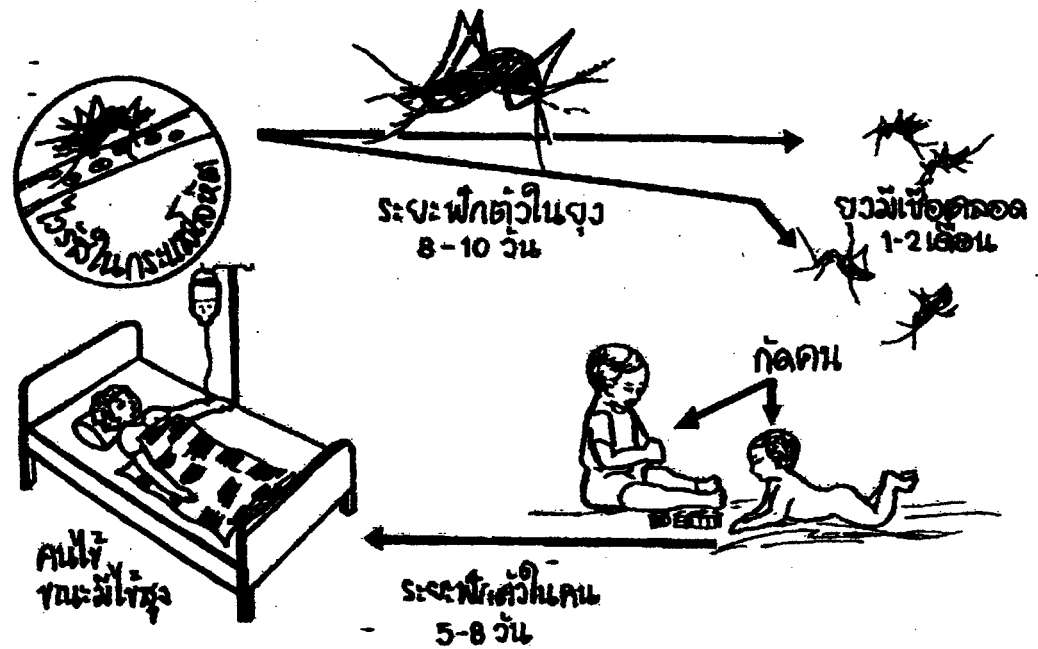
พบผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมของทุกปี และพบสูงสุดประมาณเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม หลังจากนั้นจะเริ่มลดลงเรื่อย ๆ การกระจายของโรคตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 – 2539 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 44 รองลงมาคือ ภาคกลาง ร้อยละ 22 ภาคเหนือ ร้อยละ 21 และภาคใต้ ร้อยละ 13 ในปี พ.ศ. 2545 มีรายงานผู้ป่วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 31.47 ภาคกลาง และภาคใต้ มีรายงานผู้ป่วยใกล้เคียงกัน ร้อยละ 27.49 และ 27.30 ตามลำดับ ส่วนภาคเหนือมีรายงานผู้ป่วยน้อยที่สุด ร้อยละ 13.74 ทุก ๆ ปีจะมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งจากเขตเมือง และเขตชนบท แต่บางปีพบว่าในเขตชนบทมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น อาจเป็นเพราะสังคมเมืองได้เริ่มขยายเข้าไปในเขตชนบท จนทำให้เกิดเป็นสังคมกึ่งเมืองขึ้นทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่าในเขตเมืองมักมีรายงานผู้ป่วยสม่ำเสมอเกือบเท่ากันทั้งปี ในขณะที่ในเขตชนบทจะมีรายงานการป่วยสูงเฉพาะช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน

3.2 สาเหตุและการติดต่อ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการระบาดและมีการขยายพื้นที่เกิดโรคออกไปอย่างกว้างขวางได้แก่ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือมีชุมชนเมืองเพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนไหวของประชากรและมีผู้พลายมากขึ้นตามการเพิ่มของภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น การคมนาคมที่สะดวกขึ้น ทำให้มีการเดินทางมากขึ้นทั้งภายในและระหว่างประเทศ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การแพร่ของเชื้อไวรัสเดงกีเป็นไปอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงในชนิดของเชื้อไวรัสเดงกีซึ่งมีอยู่ในแต่ละพื้นที่ก็มีความสำคัญต่อการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคที่สำคัญคือ การที่พื้นที่มีเชื้อไวรัสเดงกีชุกชุม มีมากกว่าหนึ่งชนิดในเวลาเดียวกัน หรือมีการระบาดที่ละชนิดตามกัน ในเวลาที่เหมาะสม เด็กมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่เคยติดเชื้อมาแล้วครั้งหนึ่ง และเป็นเด็กที่มีภาวะโภชนาการดี โดยทั่วไปโรคนี้จะพบชุกชุมในฤดูฝน ในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ ๆ อาจพบโรคนี้ได้ประปรายตลอดทั้งปี การที่มีโรคนี้ชุกชุมในฤดูฝน เพราะมีจำนวนยุงเพิ่มมากขึ้น และเพราะการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิและความชื้น จะมีผลต่อจำนวนครั้งของการกัด นอกจากนี้ในฤดูฝน เด็กอาจจะอยู่ในบ้านในเวลากลางวันมากขึ้น โอกาสที่เด็กจะถูกยุงกัดจะมากขึ้น

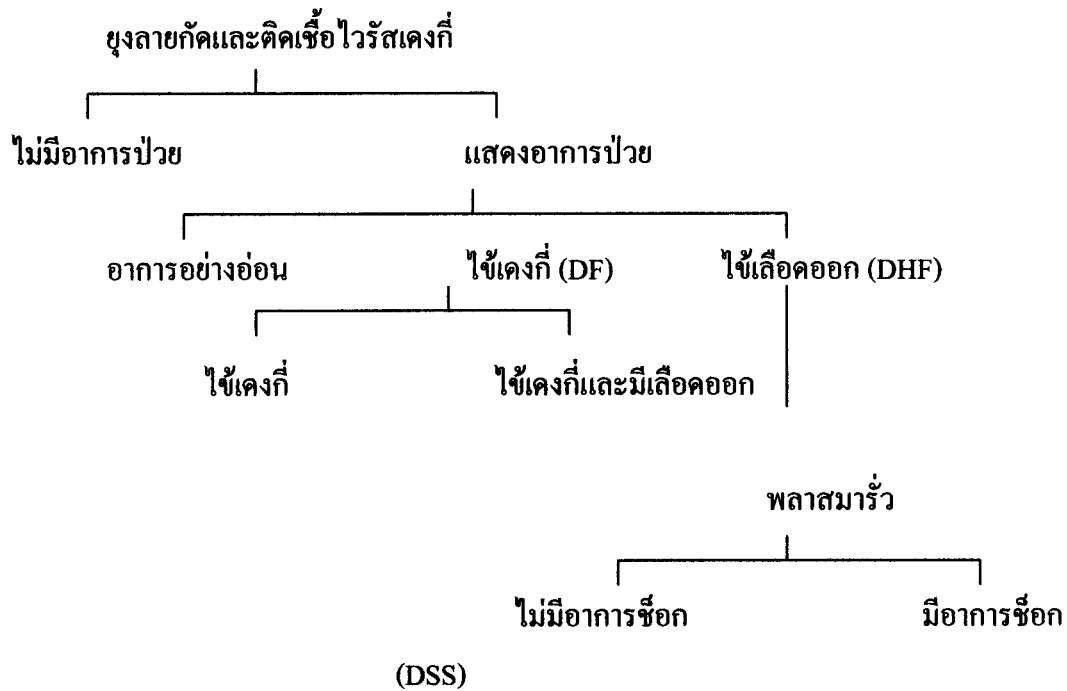
โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีผู้พลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรค สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) จึงเรียกชื่อว่า Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) เชื้อไวรัสเดงกีเป็น RNA Virus จัดอยู่ใน Family Flaviviridae มี 4 serotypes คือ DEN – 1, DEN – 2, DEN – 3 และ DEN – 4 ทั้ง 4 serotypes มี antigen ร่วมบางชนิดจึงทำให้มี cross reaction และมี cross protection ในระยะสั้น ๆ ถ้ามีการติดเชื้อชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันชนิดนั้นไปตลอดชีวิต (permanent immunity) แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีอีก 3 ชนิดได้ในช่วงสั้น ๆ

(partial immunity) ประมาณ 6–12 เดือน หลังจากนั้นจะมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดอื่น ๆ ที่ต่างจากครั้งแรกได้ เป็นการติดเชื้อซ้ำ (secondary dengue infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก จากการศึกษาที่โรงพยาบาลเด็กร่วมกับแผนกไวรัสของสถาบันวิจัยแพทยทหาร (AFRIMS) พบว่า ร้อยละ 85–95 ของผู้ป่วยที่เป็น DHF เมื่อมีการติดเชื้อครั้งแรก (primary dengue infection) นั้น มักเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และทุกรายจะมี passive dengue antibody ที่ผ่านจากแม่อยู่ในขณะที่เป็นไข้เลือดออก เชื้อที่แยกได้จากผู้ป่วยในกรุงเทพฯ มีทั้ง 4 ชนิด โดย DEN-2 พบได้ตลอดเวลา ส่วน DEN-1, DEN-3 และ DEN-4 อาจหายไปเป็นช่วง ๆ สักส่วนของเชื้อไวรัสเดงกีทั้ง 3 หรือ 4 ชนิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละปี โดยทั่วไปจะแยกเชื้อ DEN-2 ได้มากตลอดเวลา ในระยะหลัง ๆ มีบางช่วงที่พบ DEN-3 มากกว่า DEN-2 จากการศึกษาทางด้านไวรัสและระบาดวิทยาสรุปลได้ว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก คือ มีไวรัสเดงกีชุกชุมมากกว่า 1 ชนิด (simultaneously endemic of multiple serotype) หรือมีการระบาดของต่างชนิดเป็นระยะ ๆ (sequential epidemic) ซึ่งในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น ทำให้มีการติดเชื้อซ้ำได้บ่อย และการติดเชื้อซ้ำด้วย DEN-2 มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดเป็น DHF โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อครั้งที่ 2 ภายหลังการติดเชื้อครั้งแรกด้วย DEN-1 โรคไข้เลือดออกติดต่อกันโดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญโดยมียุงตัวเมียซึ่งกัดในเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วย ซึ่งในระยะไข้สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะเพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกจากผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกยุงกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8–12 วัน เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนอื่นอีก ก็จะปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5–8 วัน (สั้นสุด 3 วัน นานที่สุด 15 วัน) ก็ทำให้เกิดอาการของโรคได้



ภาพที่ 2.3 การแพร่เชื้อไวรัสเดงกี

การติดเชื้อไวรัสเดงกีส่วนมากจะไม่มีอาการ (ร้อยละ 80-90) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก เด็กเมื่อติดเชื้อครั้งแรกมักจะไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง องค์การอนามัยโลกได้จำแนกกลุ่มอาการโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีไว้ ดังนี้



ภาพที่ 2.4 การติดเชื้อไข้ไวรัสเดงกี

ในประเทศไทยมีโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever หรือ DHF) มักจะมีโรคไข้เดงกี (Dengue Fever หรือ DF) อยู่ด้วย แต่สัดส่วนของโรคไข้เลือดออก(DHF) และโรคไข้เดงกี (DF) จะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ ภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และชนิดไวรัสของเดงกีที่แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบตามความรุนแรงของโรค มีดังนี้

1. Undifferentiated Fever (UF) หรือ virus syndrome มักพบในทารกหรือในเด็กเล็กซึ่งจะปรากฏเพียงอาการไข้และบางครั้งมีผื่นแบบ maculopapular rash

2. ไข้เดงกี (DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง คือ มีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจเกิดอาการเฉพาะแบบไข้เดงกี (classical DF) คือ มีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกระดูก และมีผื่น บางรายอาจมีจะจุดเลือดออกที่ผิวหนัง มีผลการทดสอบบูร์นเกตต์เป็นบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางรายก็อาจมีเกร็ดเลือดต่ำได้ ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน

3. ไข้เลือดออก (DHF) มีอาการคล้ายกับ DF ในระยะมีไข้ แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือ มีเกร็ดเลือดต่ำและมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อก (Dengue shock syndrome) การรั่วของพลาสมาสามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับฮีมาโตคริตสูงขึ้น มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดและช่องท้อง

3.3 อาการและอาการแสดง

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5–8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เด็งกีไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและถึงเสียชีวิตได้ โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลัง ดังนี้

1. ไข้สูงลอย 2–7 วัน
2. มีอาการเลือดออกส่วนใหญ่พบที่ผิวหนัง
3. มีตับโตกดเจ็บ
4. มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลว/ภาวะช็อก

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันส่วนใหญ่ ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40–41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีการชักเกิดขึ้น โดยเฉพาะในเด็กที่มีประวัติเคยชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักมีหน้าแดง (flushed face) และตรวจดูคอก็อาจพบมี คอแดง (injected pharynx) ได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคหัดในระยะแรกและโรคระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะปวดรอบกระบอกตา ในระยะไข้มีอาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดทั่วๆ ไป และอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโต ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2–7 วัน ประมาณร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้จะเป็นแบบขึ้นๆ ลงๆ (biphasic) ได้ อาจมีผื่นแบบแดงเป็นจ้ำๆ (erythema) หรือตุ่ม (maculopapular) ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่นหัดเยอรมันได้ อาการเลือดออกพบบ่อยที่สุด คือ ที่ผิวหนังโดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะแตกง่าย โดยการทำทดสอบรัศมีสายยาง (tourniquet test) ให้ผลบวกตั้งแต่ 2–3 วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดา หรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งมักจะเป็นสีดำ (melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกในรายที่มีภาวะช็อกอยู่นาน ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3–4 นับแต่เริ่มป่วย ตับจะนุ่มและกดเจ็บประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น

เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอดและช่องท้องมาก เกิดภาวะช็อกจากการขาดน้ำ (hypovolemic shock) ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีการเลวลง รอบปากเขียว ผิวสีม่วง ๆ ตัวเย็นซึบ จับชีพจรและวัดความดันโลหิตไม่ได้ ความรู้สึกเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12–24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีการช็อก หากว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาช็อกอย่างทันท่วงทีและถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะช็อกรุนแรง (profound shock) ส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ในรายที่ไม่รุนแรงเมื่อไข้ลดลงผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของชีพจร และความดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปแต่ไม่มาก จนทำให้เกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงระยะต้น ๆ ก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

3.4 การดำเนินของโรคไข้เลือดออก

แบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ ระยะไข้ ระยะวิกฤต/ช็อก และระยะฟื้นตัว

3.4.1 ระยะไข้

ทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40–41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้น โดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีอาการหน้าแดง (flushed face) อาจตรวจพบคอแดงได้ (injected pharynx) แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากหัดในระยะแรกและโรกระบบทางเดินหายใจได้ ในเด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา

ในระยะไข้ อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยคือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดโดยทั่วๆ ไปก่อน และอาจมีอาการปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโต ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2–7 วัน ประมาณร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วันและบางรายอาจเป็นแบบขึ้นๆ ลงๆ (biphasic) อาจพบผื่นแดงเป็นจ้ำๆ (erytema) หรือตุ่ม (maculopapular) ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่นหัดเยอรมัน (rubella) ได้ อาการเลือดออกที่พบบ่อยสุดคือ ที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะ แตกง่าย การทำทดสอบรัดสายยาง (tourniquet test) ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2–3 วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายอยู่ตามแขนขา ลำตัว อาจมีเลือดกำเดาออก หรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระ เป็นเลือดซึ่งมักมีสีดำ (melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกที่เป็นอยู่นาน ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ในวันที่ 3–4 นับจากวันที่เริ่มป่วย ในระยะที่ยังมีไข้อยู่ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

3.4.2 ระยะวิกฤต/ช็อก

เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมาซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยระยะนี้จะมียู่ประมาณ 24-48 ชั่วโมง ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง และมีภาวะการฉีกขาดของหลอดเลือดเกิดขึ้น เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอด ช่องท้องมาก เกิด hypovolemic shock ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมกับที่ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้าไข้ 2 วัน) หรือ เกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้าไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ตรวจพบ pulse pressure แคบหรือน้อยกว่า 20 มม.ปรอท โดยมีความดัน diastolic เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่อยู่ในภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีภาวะรู้สึกตัว ผุดผก รู้เรื่อง อาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องขึ้นมากะทันหัน ก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง รอบปากเขียว ผิวสีม่วงๆ ตัวเย็นซิด จับชีพจรและวัดความดันโลหิตไม่ได้ (profound shock) ภาวะรู้สึกตัวเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการช็อก หากว่าผู้ป่วยได้นับการรักษาทันท่วงทีและถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ profound shock ส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว

ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลด ผู้ป่วยอาจมีมือเท้าเย็นร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไป แต่รั่วไม่มากจึงไม่ทำให้เกิดภาวะช็อก

3.4.3 ระยะฟื้นตัว

ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อยข้างเร็ว ในผู้ป่วยที่ไม่ช็อกเมื่อไข้ลด ส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยช็อกถึงแม้ว่าจะมีความรุนแรงแบบ profound shock ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ irreversible จะฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว เมื่อการรั่วของพลาสมาหยุด ค่าความเข้มข้นของเลือดจะคงที่และชีพจรจะช้าลงและแรงขึ้น ความดันโลหิตปกติ มี pulse pressure กว้าง จำนวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น ระยะฟื้นตัวมีช่วงเวลาประมาณ 2-3 วัน ระยะทั้งหมดของโรคไข้เลือดออกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนประมาณ 7-10 วัน

3.5 การรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นแบบรักษาตามอาการและประคับประคอง ถ้าอาการไม่รุนแรง เพียงแต่มีไข้ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร โดยไม่มีอาการเลือดออกเองหรือมีภาวะช็อก ควรให้การดูแลรักษาตามอาการ ดังนี้

- 1) ให้ผู้ป่วยพักผ่อนมาก ๆ

- 2) หากมีไข้สูงให้เช็ดตัวบ่อย ๆ และให้ยาลดไข้พาราเซตามอล ห้ามให้แอสไพริน เพราะจะทำให้เลือดออกง่าย
- 3) ให้รับประทานอาหารอ่อน ๆ เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก นม น้ำหวาน
- 4) ให้ดื่มน้ำมาก ๆ จนปัสสาวะออกมากและใส อาจเป็นน้ำเปล่า น้ำผลไม้ หรือน้ำเกลือแร่

ไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส จึงไม่มียาที่ใช้รักษาโรคโดยเฉพาะ ประมาณ 70 – 80 % ของคนที่ป่วยไข้เลือดออกจะมีอาการเพียงเล็กน้อย และหายได้เองภายใน 1 สัปดาห์ เพียงแต่ให้การรักษาดูแลอาการและให้ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันภาวะช็อกก็เพียงพอ ไม่ต้องฉีดยาให้น้ำเกลือหรือยาพิเศษแต่อย่างไร

3.6 ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก

ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก ที่สำคัญมีอยู่ 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะหลัก และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะรอง ในวงจรชีวิตของยุงลายประกอบด้วยระยะต่าง ๆ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่ ระยะตัวอ่อน (ลูกน้ำ) ระยะดักแด้หรือกลางวัย (ตัวโม่) และระยะตัวเต็มวัย (ตัวยุง) ทั้ง 4 ระยะมีความแตกต่างกันทั้งรูปร่างลักษณะและการดำรงชีวิต ยุงลายมักวางไข่ตามภาชนะที่มีระดับน้ำเล็กน้อย โดยวางไข่ฟองเดี่ยว ๆ อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ตัวเมียวางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง ยุงลายจะวางไข่มากน้อยเป็นจังหวะใน 24 ชั่วโมง โดยอาศัยจังหวะที่แสงลดน้อยลงในเวลาเย็น จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการพบว่า ยุงลายจะวางไข่มากที่สุดก่อนพระอาทิตย์จะตกดิน โดยทั่วไปยุงลายจะออกหากินในเวลากลางวัน แต่ถ้าเวลาในช่วงกลางวันนั้นยุงลายไม่ได้กินเลือดหรือกินเลือดไม่อิ่มยุงลายก็จะออกหากินในเวลาพลบค่ำด้วย หากในห้องนั้นหรือบริเวณนั้นมีแสงสว่างพอเพียง ช่วงเวลาที่พบยุงลายได้มากที่สุดมี 2 ช่วง ในเวลาเช้า และในเวลาบ่าย ถึงเย็น ยุงลายเป็นยุงที่ไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ จะพบยุงลายชุกชุมในฤดูฝน ช่วงหลังฝนตกชุก เพราะอุณหภูมิและความชื้นเหมาะสมแก่การแพร่พันธุ์ ส่วนในฤดูอื่น ๆ จะพบว่าความชุกชุมของยุงลายลดลงเล็กน้อย แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้าน ในบ้านเรือนพบว่า ยุงตัวเมียร้อยละ 90 ชอบเกาะพักตามสิ่งห้อยแขวนต่าง ๆ ในบ้านมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่พบเกาะอยู่ตามฝาบ้าน จากการศึกษาแหล่งเกาะพักของยุงลายภายในบ้านเรือน พบว่า ยุงลายเกาะพักตามเสื้อผ้าห้อยแขวน ร้อยละ 66.5 เกาะตามมุ้งและเชือกมุ้ง ร้อยละ 15.7 สิ่งห้อยแขวนอื่น ร้อยละ 15.3 และพบเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้น ที่เกาะพักตามฝาบ้าน ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำ ที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำนั้นอาจจะสะอาดหรือไม่ก็ได้ น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด โดย ลูกน้ำยุงลายบ้านจะอยู่ในภาชนะน้ำขังชนิดต่าง ๆ ที่มนุษย์สร้างขึ้น (Man made container) ทั้งที่อยู่ในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน เช่น โอ่ง

น้ำ น้ำใช้ บ่อซีเมนต์เก็บน้ำในห้องน้ำ ด้วยหล่อขาตู้กับข้างกันมด แจกัน ภาชนะเลี้ยงปลูด่าง จานรองกระถางต้นไม้ ขางรถยนต์เก่า และเศษวัสดุต่าง ๆ ที่มีน้ำขัง เป็นต้น ส่วนลูกน้ำยุงลายสวน มักเพาะพันธุ์อยู่ในแหล่งเพาะพันธุ์ธรรมชาติ (natural container) เช่น โพล่งไม้ โพล่งหิน กระบอกลไม้ ไม้ กาบใบพืชจำพวก กล้วย พลับพลึง หมาก ทุ่น ฯลฯ ตลอดจนแหล่งเพาะพันธุ์ที่มนุษย์สร้างขึ้น และอยู่บริเวณรอบ ๆ บ้าน หรือในสวน เช่น ขางรถยนต์เก่า รางน้ำฝนที่อุดตัน ด้วยรองน้ำ ขางพาราที่ไม่ใช้แล้ว หรือแม้แต่แอ่งน้ำฝนดิน สำหรับระยะทางที่ยุงลายสามารถบินได้ไกล จากการศึกษพบว่า ยุงลายตัวเมียบินได้เฉลี่ย 57 เมตรต่อวัน สูงสุด 154 เมตรต่อวัน ขณะที่ยุงลายตัวผู้บินได้เฉลี่ย 44 เมตรต่อวันสูงสุด 113 เมตรต่อวัน จึงนำระยะทางบินของยุงลายมาใช้ในการกำหนดเทคนิคการพ่นเคมีเพื่อควบคุมการระบาดของไข้เลือดออก ดังนั้นชุมชนที่มีผู้ป่วย 1 ราย จึงควรพ่นเคมีที่บ้านผู้ป่วยและบ้านที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร โดยรอบบ้านผู้ป่วย เพื่อกำจัดยุงลายที่อาจมีเชื้อไวรัสเด็งกีที่อยู่บริเวณนั้นควบคู่ไปกับการกำจัดลูกน้ำยุงลาย

3.7 มาตรการในการควบคุมยุงลาย

เนื่องจากในวงจรชีวิตหนึ่ง ๆ ของยุงลายประกอบด้วย 4 ระยะ ที่มีความแตกต่างกันทางชีววิทยาและนิเวศวิทยา ทำให้วิธีการควบคุมกำจัดยุงลายในแต่ละระยะก็แตกต่างกันไปด้วย

3.7.1 ระยะไข่ ไข่ยุงลายมีขนาดเล็กมาก ทนต่อความแห้งแล้งและสารเคมี การกำจัดระยะไข่อย่างง่าย ๆ กระทำได้โดยการขจัดล้างตามผิวภาชนะต่าง ๆ แต่มักไม่สะดวกในทางปฏิบัติ

3.7.2 ระยะลูกน้ำและตัวโม่ง การควบคุมกำจัดระยะลูกน้ำและตัวโม่งกระทำได้ง่ายและสะดวกที่สุดเนื่องจากลูกน้ำยุงลายและตัวโม่งอยู่ในภาชนะขังน้ำต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกบ้าน จึงเป็นเป้าหมายให้ควบคุมกำจัดได้ผลดีกว่าระยะอื่น ๆ วิธีที่ง่ายและสะดวกในการควบคุมกำจัดลูกน้ำและตัวโม่ง คือ การลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ซึ่งมีอยู่หลายวิธี ได้แก่

- 1) ปิดฝาภาชนะเก็บน้ำให้มีมิดชิด ควรปิดปากภาชนะนั้นด้วยผ้ามุง ตาข่ายในลอน (ชนิดตาถี่) หรือพลาสติกก่อนขึ้นหนึ่งแล้วจึงปิดฝาช้นนอก
- 2) ภาชนะที่ปิดฝาไม่ได้ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ ให้ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในอัตรา 10 กรัม ต่อน้ำ 100 ลิตร หรือใส่ปลาหางนกยูงตัวผู้ (เพื่อไม่ให้มีลูกปลาเกิดขึ้น) 2 – 10 ตัว แล้วแต่ขนาดของบ่อ
- 3) คว่ำภาชนะที่ไม่ใช้ประโยชน์หรือหาสิ่งปกคลุมให้มีมิดชิด
- 4) เก็บทำลายเศษวัสดุและเศษภาชนะ เช่น โหลแตก กระถางมะพร้าว ขางรถยนต์เก่า กระป๋อง ขวด ฯลฯ

5) ใส่เกลือครึ่งช้อนชา หรือน้ำส้มสายชู 2 ช้อนชา หรือผงซักฟอก ครึ่งช้อนชา ลงในถ้วยหล่อขาตู้กันมด จะทำให้มดตายไม่วางไข่ ต้องเปลี่ยนน้ำใหม่และใส่สารดังกล่าวใหม่ทุกเดือน มิฉะนั้นน้ำจะเกิดฝ้าทำให้มดเดินผ่านผิวน้ำนั้นได้) หรือเทน้ำเคือกลงไปในจานรองขาตู้กันมดทุก 7 วัน เพื่อฆ่าลูกน้ำที่อาจเกิดขึ้นหรือไล่ชั้นหรือจี้เถ้าโดยไม่ต้องใส่น้ำ เพราะชั้นหรือจี้เถ้าสามารถป้องกันไม่ให้มดขึ้นตู้กับข้าวได้

6) เทน้ำที่ขังอยู่ในจานรองกระถางต้นไม้ทิ้งทุก 7 วัน หรือใส่ทรายธรรมดาลงในจานประมาณ 3 ใน 4 ของความลึกของจานเพื่อให้ทรายดูดซับน้ำไว้

7) เปลี่ยนถ่ายน้ำในแจกันหรือภาชนะที่ปลูกพืชม่างทุก 7 วัน หรือใช้กระดำนุ่ม ๆ อุดปากแจกันไว้ การควบคุมและกำจัดลูกน้ำและตัวมดโดยไม่ใช้สารเคมีเป็นการรักษาสภาพแวดล้อม ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (เทียบกับการใช้สารเคมี) แต่ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือจากหน่วยงาน/องค์กรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

3.7.4 ระยะตัวเต็มวัย ควบคุมกำจัดโดยการใช้พ่นสารเคมี การใช้กับดัก และการป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด ดังนี้

1) การพ่นสารเคมี แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

(1) การพ่นฝอยละเอียด (ULV) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีจากเครื่องพ่นโดยใช้แรงอัดอากาศผ่านรูพ่นออกมาเป็นละอองที่มีขนาดเล็กมาก ละอองน้ำยาจะกระจายอยู่ในอากาศและสัมผัสกับตัวยุงที่บินอยู่ เครื่องพ่นน้ำยาเคมีประเภทนี้มีทั้งแบบสะพายหลังและแบบที่ติดตั้งบนรถยนต์

(2) การพ่นหมอกควัน (fogging) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีออกจากเครื่องพ่นโดยใช้อากาศร้อน พ่นเป็นหมอกควันให้น้ำยาฟุ้งกระจายในอากาศ เพื่อให้สัมผัสกับตัวยุง เครื่องพ่นหมอกควันมีทั้งแบบหิ้วและแบบติดตั้งบนรถยนต์

2) การใช้กับดัก เป็นการล่อให้ยุงบินเข้ามาติดกับดักเพื่อให้ตามต่อไป เช่น กับดักยุงโดยใช้แสงล่อ (แสงจากหลอดแบล็คไลท์) และกับดักยุงไฟฟ้าแบบใช้แสงล่อยุงเข้ามา เมื่อยุงบินเข้ามากระทบลูกขี้ผึ้งที่มีไฟฟ้าก็จะตายไป

3) การป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด

(1) นอนในมุ้ง จะใช้มุ้งธรรมดาหรือมุ้งชุบสารเคมีก็ได้ หรือจะนอนในห้องที่ปูด้วยมุ้งลวดก็ได้แต่ต้องแน่ใจว่าในห้องนั้นไม่มียุงลายอยู่

(2) จุกยุงกันยุง หรือทายากันยุงกัด ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติในการไล่ยุงไม่ให้เข้ามาใกล้ ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากอาจเป็นอันตรายต่อเด็กอ่อนและ

ทราบได้ และอาจก่อความระคายเคืองเมื่อสัมผัสถูกผิวหนัง รวมทั้งไอระเหยอาจทำให้เคืองตาด้วย จึงควรศึกษาวิธีใช้ให้เข้าใจก่อนการใช้งาน

3.5 แนวทางในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

วิธีที่จะป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือการควบคุมการแพร่กระจายของยุงลายวิธีป้องกันไข้เลือดออกที่ได้ผลดี และยั่งยืนต้องเป็นแบบบูรณาการโดยการร่วมมือของทุกฝ่ายเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งมีมาตรการหลักเน้นไปที่การควบคุมยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค จะไม่สามารถประสบผลสำเร็จได้ถ้าหากขาดการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ดังนั้น ความร่วมมือของประชาชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้หมดไปจากชุมชนนั้นบรรลุเป้าหมายได้ในที่สุด นอกจากนี้ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในภาครัฐก็มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆของภาครัฐ เป็นต้น เพื่อร่วมประสานนโยบายและแผนปฏิบัติงานกันอย่างใกล้ชิด อีกทั้งความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ไม่ว่าในระดับส่วนกลางหรือส่วนท้องถิ่นก็ตาม เพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในด้านทรัพยากร กำลังคน และเงินงบประมาณ ตลอดจนเพื่อสนับสนุน เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ให้มีการดำเนินการรณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่องตลอดไป จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาปรากฏว่าการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยหน่วยงาน สาธารณสุขทุกระดับเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ หรืออาจบังเกิดผลแต่เพียงชั่วระยะเวลาสั้น ๆ ดังนั้น ขณะนี้หลายจังหวัดได้พยายามหารูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยมีรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

1. การรณรงค์โดยการระดมความร่วมมือของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข นักเรียน กลุ่มกิจกรรม และประชาชน เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายในชุมชนเป็นครั้งคราว หรือในเทศกาลต่าง ๆ

2. การร่วมมือกับโรงเรียน ในการสอนนักเรียนให้มีความรู้เรื่องการควบคุมยุงลาย และมอบหมายกิจกรรมให้นักเรียนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน อาจดำเนินการอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งปี หรือเป็นครั้งคราวร่วมกับการรณรงค์

3. การจัดหาทรายกำจัดลูกน้ำมาจำหน่ายในกองทุนพัฒนาหมู่บ้านในราคาถูก บางแห่งอาจจัดอาสาสมัครไปสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามบ้านเรือน และใส่ทรายกำจัดลูกน้ำให้เป็นประจำโดยคิดค่าบริการราคาถูก

การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหา แก้ปัญหาด้วยตนเอง ควรจะได้รับการส่งเสริมและปฏิบัติให้แพร่หลายมากที่สุด โดยเน้นปัจจัยสำคัญ

คือ ความครอบคลุม ความสม่ำเสมอ และความต่อเนื่อง ความร่วมมือของชุมชนในการควบคุมโรค ไข้เลือดออกต้องเป็นแบบผสมผสาน ประกอบด้วยส่วนร่วมจากหลายๆด้าน เช่น

ด้านสาธารณสุข ให้ศึกษา สนับสนุนเคมีภัณฑ์และการควบคุมโรค

ด้านการศึกษา สอนการควบคุมโรคแก่นักเรียน และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ด้านการปกครอง ให้การสนับสนุนการควบคุมโรคผ่านทางขบวนการปกครองท้องถิ่น

ด้านประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค และการ กระตุ้นเตือนให้ประชาชนตื่นตัวในการควบคุมโรค

ด้านเอกชน ให้การสนับสนุนทรัพยากร เข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกใน ชุมชน

3.6 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเทศบาลเมืองชลบุรี

ในส่วนของจังหวัดชลบุรี โดยเฉพาะเทศบาลเมืองชลบุรีนั้น เป็นลักษณะชุมชน เมือง มีความหนาแน่นและแออัดของบ้านเรือนในชุมชน อีกทั้งมีประชากรหนาแน่นมีการขยายตัว ของชุมชนอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ไข้เลือดออกของจังหวัดชลบุรีพบผู้ป่วยไข้เลือดออกอยู่ ตลอดทั้งปี ตั้งแต่เดือนมกราคม จนถึง วันที่ 25 ธันวาคม 2549 มีรายงานผู้ป่วยด้วยไข้เลือดออก จำนวน 77 ราย อัตราป่วย 6.57 ต่อแสนประชากร เสียชีวิตจำนวน 3 ราย โรคไข้เลือดออก จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดชลบุรี ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้ เลือดออกนั้นจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในส่วนของเทศบาลเมืองชลบุรีนั้น มี แผนดำเนินงานตลอดทั้งปีดังต่อไปนี้

3.6.1 การดำเนินแผนงานของเทศบาลเมืองชลบุรี

ในด้านเทศบาลเมืองชลบุรี มีการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นหน้าที่และภารกิจของท้องถิ่น ดำเนินงานโดยกองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดยมีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนงาน ของกรมควบคุมโรค คือ

1) แผนงานป้องกันโรคไข้เลือดออก

(1) เน้นการมีบทบาทและการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานในชุมชน รวมถึงองค์กรเอกชนให้การสนับสนุนดูแลความเป็นอยู่ของประชากรในชุมชน

(2) เน้นการมีบทบาทการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุข

แม่บ้าน ภารโรงในการเฝ้าระวังกำจัดทำลายลูกน้ำ และยุงลายตัวแก่ในบ้าน ชุมชน โรงเรียน

(3) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กถูกยุงกัด

(4) จัดการประกวดโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการทำกิจกรรมการกำจัดลูกน้ำ

และยุงตัวแก่

(5) จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ น้ำยาเคมีภัณฑ์ เพื่อใช้ในการกำจัดยุง

(6) เน้นกิจกรรมด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่

ประชาชนเรื่องโรคไข้เลือดออกผ่านสื่อต่างๆ และส่งเสริมกิจกรรมการกำจัดลูกน้ำและยุงตัวแก่ ด้วยวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ และเคมี

(7) จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาล ปีละ

2 ครั้ง

(8) จัดให้มีระบบเฝ้าระวังโรคและพาหะนำโรคที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งมี

ระบบการรายงานที่ถูกต้องและรวดเร็วโดยมีการเฝ้าระวังทั้งทางระบาดวิทยาและกัญญาวิทยา

(9) จัดการสำรวจค่า BI/CI ในทุกชุมชนและโรงเรียนในเขตเทศบาล

เดือนละ 2 ครั้ง

2) แผนงานควบคุมโรคไข้เลือดออก

(1) วิเคราะห์ข้อมูลระบาดวิทยารายงานหมู่บ้านและค่า BI/CI แสดงพื้นที่เกิดโรค และพื้นที่เสี่ยงที่อยู่โดยรอบ การเกิดโรคซ้ำซาก หรือการเกิดโรคใหม่ เพื่อวางแผน ตัด วงจรการกระจายของโรค

(2) การสำรวจลูกน้ำยุงลาย เป็นการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย เพื่อตรวจสอบแหล่งที่อยู่ของลูกน้ำ และเพื่อพิจารณาว่าความชุกชุมของลูกน้ำ เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ หลังจากดำเนินการควบคุมแล้ว การสำรวจบริเวณที่ค่อนข้างมืด เช่น ในห้องน้ำ ให้ใช้แสงจาก กระบอกไฟฉาย (ชนิด 3 ท่อนจะดีที่สุด เพราะให้ ความสว่างพอเพียง) ลูกน้ำยุงลายมักไวต่อแสง เมื่อมีแสงไฟส่องกระทบผิวน้ำ ลูกน้ำยุงลายจะดำลงสู่ก้นภาชนะทันที ภาชนะเก็บน้ำ ที่อยู่นอกบ้าน อาจมีลูกน้ำยุงลายอยู่ปะปนกับลูกน้ำยุงชนิดอื่นๆ การสังเกตง่าย ๆ ว่าเป็นลูกน้ำยุงลายหรือไม่ ให้ดูที่ ท่อหายใจซึ่งมีขนาดสั้น การเกาะตัว ทำมุมกับผิวน้ำอยู่ในลักษณะที่ลำตัวเกือบอยู่ในแนวตั้งฉากกับ ผิวน้ำ มีลำตัวยาว ทำให้เวลาวัยน้ำจะมองคล้ายกับตัวเอส (S) ลูกน้ำยุงลายมีความไวต่อสิ่งเร้าอื่นๆ ด้วย เช่น การสั่นสะเทือน การเคาะที่ข้างภาชนะ จะทำให้ลูกน้ำรีบทิ้งตัวลงสู่ก้นภาชนะ (ในขณะที่ ลูกน้ำยุงชนิดอื่นๆยังคงเกาะตัวเป็นแพอยู่ที่ผิวน้ำ) นับจำนวนภาชนะทุกชิ้นที่มีน้ำขังอยู่ และ จำนวนภาชนะทุกชิ้นที่พบลูกน้ำยุง แม้เพียง 1 ตัว ก็ให้ถือว่าภาชนะนั้นมีลูกน้ำ สำรวจทั้งภายใน และภายนอกบ้าน/อาคารอย่างถี่ถ้วน

ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

House Index (HI) หมายถึงจำนวนบ้านเป็นร้อยละที่สำรวจพบลูกน้ำ

$$HI = \frac{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย} \times 100}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}}$$

House Index เป็นค่าที่ใช้วัดการแพร่กระจายของโรคที่หายากที่สุด เพราะค่านี้ไม่บอกจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย และจำนวนยุงที่วางไข่จริง ค่าดัชนีที่ควรจะเป็น HI > 10

Container Index (CI) หมายถึงจำนวนภาชนะเป็นร้อยละที่สำรวจพบลูกน้ำ

$$CI = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย} \times 100}{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด}}$$

Container Index ในแง่ระบาดวิทยาเป็นค่าที่ไม่นิยมใช้ เพราะค่านี้บอกเพียงร้อยละของจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายไม่สามารถบอกจำนวนลูกน้ำที่อยู่ในภาชนะเหล่านั้นได้

Breteau Index (BI) จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายใน 100 บ้าน

$$BI = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย} \times 100}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}}$$

ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายที่เป็นค่าที่ดีที่สุดคือค่า Breteau Index (BI) เพราะเป็นค่าที่ได้จากการคำนวณภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายต่อบ้านที่ทำการสำรวจ ถ้าทราบจำนวนลูกน้ำยุงลายที่เกิดจากภาชนะต่อวัน จะสามารถทำนายได้ว่ามีโรคระบาดในพื้นที่นั้นหรือไม่ตามเกณฑ์ชี้วัดโดยองค์การอนามัยโลก ดังต่อไปนี้

ค่า BI มากกว่า 50 แสดงว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดสูง

ค่า BI น้อยกว่า 5 แสดงว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดต่ำ

2) จัดทีมเคลื่อนที่เร็ว มีหน้าที่หลัก คือ

- (1) สอบสวนค้นหาแหล่งรังโรคการค้นหาผู้ป่วยไข้เลือดออก ค้นหากลุ่มเสี่ยง แหล่งโรค สาเหตุการระบาด และควบคุมโรคเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจาย
- (2) นำยุงตัวแก่ด้วยการการพ่นสารเคมีกำจัดยุง (หมอกควัน) ในบ้านผู้ป่วยและบ้านใกล้เคียงรัศมี 50 เมตร รวมทั้งเขตพื้นที่การดูแลในของแต่ละท้องถิ่น
- (3) การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ด้วยวิธีทางกายภาพ และเคมี
- (4) ให้ผู้ศึกษาประชาสัมพันธ์ในชุมชน / เฝ้าระวังในชุมชนอย่างต่อเนื่องอีก 10 วัน (เอื้อมพร รักจรรยาบรรณ 2546: 15-19)

3.6.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ในงานด้านสาธารณสุขมูลฐานนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขในหมู่บ้านและชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน 2540: 15 – 16)

ในส่วนบทบาทหน้าที่ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขจำเป็นต้องมีทักษะในการวางแผนการดำเนินงานในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ มีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกเพื่อสามารถทำหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์ หรือให้ความรู้แก่ประชาชน รวมทั้งสามารถประสานงานกับเจ้าหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากความสามารถดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขต้องนำไปใช้ในบทบาทหน้าที่ดังนี้

1) เฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกโดยทำการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายในครัวเรือนที่รับผิดชอบร่วมกับมีการให้สุศึกษาและกระตุ้นความร่วมมือของคนในชุมชนในการป้องกันตนเองให้ห่างไกลโรค

2) รณรงค์และให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ

3) หากพบว่ามีสมาชิกชุมชนรายใดมีอาการนำสงสัยว่าจะติดเชื้อ ต้องประสานงานส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างทันทั่วถึงก่อนที่จะเกิดความรุนแรงต่อชีวิตและเกิดการแพร่กระจายของโรค

4) ถ้าพบว่าชุมชนมีการระบาดของโรค อาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรค เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และพ่นหมอกควันกำจัดยุงเมื่อมีไข้เลือดออกระบาดในชุมชน เป็นต้น

โดยสรุป การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น แต่ละจังหวัดมีแหล่งทรัพยากร องค์กร บุคลากร และความคล่องตัวที่จะจัดหารูปแบบความร่วมมือภายในท้องถิ่นอย่างเหมาะสม จุดเริ่มต้นที่สำคัญคือ การจัดการให้ฝ่ายต่าง ๆ ได้มาร่วมกันมองปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยกัน หลักสำคัญคือการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนในการควบคุมยุงลาย ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่ง

อาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นตัวแทนของชุมชน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญ ในการดำเนินงานดังกล่าว และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งในด้านความรู้ การให้คำปรึกษาแนะนำ ทรัพยากรต่างๆที่จำเป็นในการดำเนินงาน และการพัฒนาศักยภาพ ในด้านอื่นๆที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจ

4.1 ความหมายของการเสริมพลังอำนาจ

การเสริมพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ ดังนั้นจึงมีการให้ความหมายของการเสริมพลังอำนาจแตกต่างกันออกไปตามการประยุกต์ใช้ มีผู้ให้ความหมายไว้หลายประการดังนี้ กิบสัน(Gibson 1995 อ้างถึงใน โสภิตา กริพันธ์ 2546 : 32) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆทั้งในส่วนบุคคลและสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มณี ลีศิริวัฒนกุล (2540:48) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่สามารถถ่ายทอดอำนาจจากบุคคลหรือกลุ่มคนไปสู่ผู้อื่น โดยการช่วยเหลือ สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และโอกาส อำนาจความสะดวกเพื่อให้บุคคลนั้นมีความสามารถเพิ่มพูน ศักยภาพของบุคคล และสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเองอย่างมีคุณภาพ และบรรลุเป้าหมายขององค์กรได้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2541: 17) ให้ความหมายว่า เป็นอำนาจ เป็นความพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นผูกพัน และมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง และหน่วยงาน เพื่อการปฏิบัติ หรือกระทำการกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน หรือมากกว่า โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ(Empowers) อีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowered) โดยต่างฝ่ายจะต้องร่วมกันเตรียมแหล่งความรู้ ทรัพยากรต่างๆ (Resources) วิธีการ (Tools) และสภาพแวดล้อม (Environment) รวมทั้งศึกษาภูมิหลัง (Background) ของแต่ละฝ่าย เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจจะได้นำมาพัฒนา เสริมสร้างและเพิ่มพูนความสามารถ และประสิทธิผล

ในการปฏิบัติงานให้กับฝ่ายผู้รับการเสริมสร้างอำนาจ และฝ่ายรับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะได้มีความพร้อมที่จะรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Hawks, 1992)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้มีขึ้นในตนเอง และสามารถสอนหรือฝึกให้บุคคลอื่นๆ ได้ เป็นการช่วยให้บุคคลสามารถใช้อำนาจส่วนบุคคลที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Legal rights) กระทำการต่างๆ เพื่อพัฒนาตนเอง และองค์กรให้ดีขึ้น

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยพัฒนาให้บุคคลอื่นๆ มีความรู้สึกมั่นใจในตนเองเป็นของตัวเอง รู้สึกชีวิตมีคุณค่า มีความสามารถในการตัดสินใจ และจัดการกับงานที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งใจ (Chandler, 1991; Clifford, 1992)

นอกจากนี้ ผู้รู้ในกลุ่มการบริหาร และการพัฒนาบุคลากร ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไว้ดังนี้

1) กระบวนการของการพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติงานในองค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยการพัฒนาและขยายสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคคลและทีมงาน ตลอดจนหน้าที่ ความรับผิดชอบ ซึ่งมีต่อองค์กรโดยรวม (Kinlaw, 1995)

2) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับอำนาจ (ซึ่งบางครั้งให้ผลทางลบ) ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานระดับวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพที่ปัจจุบันมีลักษณะที่ขยายเป็นใหญ่ (ส่วนใหญ่ คือ แพทย์) และมุ่งสร้างความเป็นอิสระในการตัดสินใจลดขั้นตอนที่เป็นอยู่ในระบบราชการ จึงมีการเสนอคำใหม่ให้พิจารณาแทน คือ การกระตุ้น ให้มีความกล้าแกร่ง (Encouragement) (Schwartz, 1994)

3) เป็นกระบวนการของการแบ่งปันอำนาจระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นการให้อำนาจในการตัดสินใจ สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาประสิทธิภาพของงานโดยการตัดสินใจส่วนบุคคลของบุคลากรเอง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็น การถ่ายโอนอำนาจ ซึ่งอดีตอยู่ที่ผู้บังคับบัญชาระดับสูง สู่มือบริหารระดับกลาง และระดับต้น ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานทุกคนในองค์กร ซึ่งจะช่วยให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ท้าทาย มีความคิด สร้างสรรค์ ทุกคนในองค์กรมีความเชื่อมั่นที่ จะเติบโตเจริญก้าวหน้าในงานของตน

จากคำนิยามการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้รวบรวมมาข้างต้น สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถสร้างให้มีในตนเอง และสามารถสอนหรือฝึก (Coach) ให้มีในตัวบุคคลอื่นๆ ได้ โดยมีการเพิ่มอำนาจ (Power) เพิ่มอำนาจหน้าที่ (Authority) ให้เหมาะสมกับขอบเขตงานที่รับผิดชอบ พัฒนาให้บุคคลมีศักยภาพสูงสุด มีความสามารถในการปฏิบัติงาน รู้สึกมั่นใจในตนเอง และรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) เพิ่มความแกร่งให้กับบุคคล

(People strength) เพื่อให้บุคคลมีสมรรถนะ (Competency) ในการปฏิบัติงาน มีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) และปฏิบัติงานได้บรรลุประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ Kanter (1979) กล่าวว่า อำนาจเป็นปัจจัยที่สำคัญของโครงสร้างซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม องค์การ ทักษะ และสิ่งที่เกิดตามมา คือ การมีประสิทธิภาพ เมื่อมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในงาน ให้กับบุคลากรแล้ว จะเกิดผลประโยชน์ต่อทุกคนในองค์การ (Smith, 1996) ได้แก่

- 1) ประโยชน์ต่อผู้บังคับบัญชา การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ให้แก่ผู้ได้บังคับบัญชาทำให้การทำงานในหน่วยงานบรรลุเป้าหมาย จึงเกิดความภูมิใจในความสำเร็จ
- 2) ประโยชน์ต่อผู้ได้บังคับบัญชา เมื่อได้รับการถ่ายโอนอำนาจ จากผู้บังคับบัญชา ทำให้ผู้ได้บังคับบัญชาเกิดความรู้สึกรับผิดชอบต่อความรับผิดชอบในการบรรลุความสำเร็จของงาน เพิ่มความเชื่อมั่นจากการได้กระทำบางสิ่งที่คิดว่าตนเองไม่สามารถทำได้ เป็นการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงาน
- 3) ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานส่งเสริมให้มีการตัดสินใจในระดับปฏิบัติการ ดังนั้นจะทำให้เกิดความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน เกิดคุณภาพในงาน และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ
- 4) ประโยชน์ต่อองค์การ เมื่อผู้บริหารเสริมสร้างพลังอำนาจให้ได้รับทรัพยากร และการให้รางวัล ผลที่ตามมาคือ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ (Wilson and Laschinger, 1994:46) เต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามที่จะปฏิบัติงานให้กับองค์การอย่างเต็มที่ ดังนั้นการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นในองค์การ

4.2 ทฤษฎีโครงสร้างอำนาจของ แคนเตอร์

แคนเตอร์ (Kanter, 1977) ได้ศึกษาลักษณะพฤติกรรมองค์กรหลาย ๆ องค์การ พบว่าปัญหาภายในองค์กรส่วนใหญ่ คือ การกีดกันเปลี่ยนแปลง กลัวการเสี่ยง แรงงูใจในการปฏิบัติงานต่ำ ผลสัมฤทธิ์ในงานต่ำ และขาดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ Kanter พยายามจะอธิบายถึงปัจจัยทำให้้องค์การประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน ซึ่งแนวคิดที่ Kanter ได้เสนอให้นำมาใช้ในองค์กร ได้แก่ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยนำแนวคิดนี้มาใช้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคลากรในองค์กร

แคนเตอร์ ให้ความหมาย “อำนาจ” ไว้ว่า เป็นข้อกำหนดเชิงโครงสร้างซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมขององค์กร และทัศนคติของบุคคล อำนาจเกิดขึ้นจากความสามารถ ที่จะทำได้มาซึ่งแหล่งสนับสนุน ข้อมูลข่าวสาร แหล่งประโยชน์ และโอกาส จากตำแหน่งของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในองค์กร การได้มาซึ่งปัจจัยของระบบอำนาจ (Systemic Power factors) มีแหล่งที่มาจาก

อำนาจอย่างเป็นทางการ (Formal Power) และอำนาจอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Power) ที่แต่ละบุคคลมีอยู่ในขณะดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ในองค์กร อำนาจอย่างเป็นทางการ เกิดจากการรับรู้ความหมายของงาน การทำงานที่มีความยืดหยุ่น มีความชัดเจน และมีความสอดคล้องกัน ส่วนอำนาจอย่างไม่เป็นทางการเกิดจากการติดต่อประสานงานจากภายในและภายนอกองค์กร

นอกจากนี้ แคนเตอร์ ยังได้กล่าวถึง การเข้าถึงโครงสร้างของอำนาจของบุคคลในองค์กรไว้ว่า การที่บุคคลได้รับโอกาสในการปฏิบัติงานสูง (High in organizational opportunity) จะทำให้บุคคลมีความสนใจในงาน มีศักยภาพในการเรียนรู้ รู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และมีความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีความคล่องตัว และงานมีความเจริญก้าวหน้า ส่วนการที่บุคคลได้รับอำนาจในการปฏิบัติงานสูง (High in organizational power) จะทำให้บุคคลมีความรอบคอบ และมีความสามารถในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น แต่ถ้าบุคคลในองค์กรไม่สามารถเข้าถึงโครงสร้างของอำนาจในองค์กรได้ บุคคลนั้นจะมีสภาพไร้อำนาจ (Powerlessness) ส่งผลให้องค์กรไม่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน

แคนเตอร์ เสนอทฤษฎีโครงสร้างอำนาจในองค์กร ซึ่งมีศักยภาพเพื่อเป็นตัวกำหนดให้เกิดความพยายามที่จะสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เสริมสร้างพลังอำนาจในงาน สำหรับทั้งบุคลากรและผู้บริหารในองค์กรสุขภาพ ซึ่งเขาคิดว่าอำนาจเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดโครงสร้าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมองค์กรและทัศนคติ และเกิดประสิทธิภาพในงานต่อมา และคิดว่าบุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน เป็นรูปแบบของอำนาจและโอกาสตามตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ อำนาจในที่นี้หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับทรัพยากร รวมถึงความสามารถในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร และโอกาสในที่นี้หมายถึง การได้รับความก้าวหน้าในการทำงาน การได้รับการส่งเสริมให้เพิ่มพูนความสามารถและทักษะ และการได้รับคำยกย่องชมเชย และรางวัลในการปฏิบัติงาน

ภาวะไร้อำนาจ (Powerlessness) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวคิดของ แคนเตอร์ นั้น เป็นสิ่งที่อยู่กันคนละขั้ว การที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานก้าวหน้าไปในทิศทางของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้น ก่อนอื่นต้องขจัดความรู้สึกไร้อำนาจ สร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ลดการควบคุมที่เข้มงวดเสียก่อน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องเริ่มจากผู้บริหารขององค์กร ต้องเป็นผู้ริเริ่มปรับเปลี่ยนโครงสร้างขององค์กรอย่างแท้จริง

4.2.1 องค์ประกอบของ โครงสร้างอำนาจในงานตามแนวคิดของ แคนเตอร์ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ การได้รับอำนาจ และการได้รับโอกาส ดังนี้

1) การได้รับอำนาจ (Power)

อำนาจ หมายถึง ความสามารถที่จะกระทำงานให้สำเร็จโดยใช้อำนาจเป็นพลัง เป็นความสามารถในการที่จะได้รับสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน โดยอำนาจที่ได้รับจากองค์การอย่างเป็นทางการ (Formal Power) และอำนาจอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Power) ที่แต่ละบุคคลมีอยู่ในขณะดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ในองค์การ อำนาจอย่างเป็นทางการ เกิดจากการรับรู้ความหมายของงาน การทำงานที่มีความยืดหยุ่นมีความชัดเจน และมีความสอดคล้องกัน มีการกำหนดหน้าที่ให้รับผิดชอบทำให้เกิดผลของอำนาจตามกฎหมายพระราชบัญญัติวิชาชีพ ส่วนอำนาจอย่างไม่เป็นทางการเกิดจากการติดต่อประสานงานจากภายในและภายนอกองค์การ เป็นอำนาจที่มาจากการที่บุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลสำคัญในองค์การ พันธมิตรทางการเมือง ผู้สนับสนุน ผู้ร่วมงาน และผู้อยู่ได้บังคับบัญชา (Laschinger and Havents, 1996:28) การได้รับอำนาจประกอบด้วย

(1) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (Access to information) เป็นการได้รับรู้เกี่ยวกับข้อมูลการตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงนโยบาย และทิศทางในอนาคตขององค์การ การแบ่งปันข้อมูล เป็นการสร้างความไว้วางใจ และมีผลในการเพิ่มความร่วมมือจากผู้บังคับบัญชา ในการทำงาน ให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ ซึ่งการเพิ่มความร่วมมือนี้มีผลทำให้เพิ่มผลผลิต และสิ่งที่ตามมาคือ ความน่าเชื่อถือ และอำนาจของผู้บริหารในองค์การเพิ่มขึ้น การได้รับข้อมูลข่าวสาร จะทำให้นุคลากรมีพลังอำนาจที่จะตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้บริหารควรแบ่งปันข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องให้แก่ผู้บังคับบัญชา

(2) ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (Access to support) เป็นการที่ผู้บริหารให้การยอมรับในสิ่งที่ผู้ปฏิบัติกระทำ ให้การสนับสนุนอยู่เบื้องหลัง รวมไปถึงพฤติกรรมของผู้บริหารที่ก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่การส่งเสริมสนับสนุนให้แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การให้โอกาสตัดสินใจในสิ่งที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน การให้จัดการเกี่ยวข้องกับการงาน การให้พัฒนางาน หรือปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน การแสดงความพึงพอใจในงานที่ทำสำเร็จ รับฟังและเข้าใจปัญหาทุกด้านของบุคลากร และผู้บริหารพยาบาลต้องคำนึงถึงสุขภาพอนามัย ความปลอดภัยขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้บริหารจะทำให้บุคลากรรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจในงาน และยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ

(3) การได้รับทรัพยากร (Access to resources) การได้รับทรัพยากร หมายถึงความสามารถในการจัดหาสิ่งจำเป็น ซึ่งสนับสนุนการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อสนับสนุนการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย เช่น บุคลากร เครื่องมือเครื่องใช้ เงิน เวลา รางวัล และค่าตอบแทน

(Sabiston and Laschinger, 1995) ซึ่งทรัพยากรถือเป็นสิ่งจำเป็นและสิ่งสำคัญซึ่งผู้บริหาร ควรตระหนักถึงและให้การสนับสนุน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกมั่นใจ มีความพึงพอใจในงาน มีความรัก และยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พร้อมทั้งจะทุ่มเทให้กับงาน การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเชื่อมโยงกับการได้รับทรัพยากร ที่ใดขาดแคลนทรัพยากร การเสริมสร้างอำนาจก็ค่อนข้างลำบาก

2) การได้รับโอกาส (Opportunity)

โอกาสในที่นี้เป็นความคาดหวังในการเติบโต และความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลที่สำคัญต่อความพึงพอใจ และผลผลิตของผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่

(1) การได้รับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) หมายถึงการที่ผู้ได้บังคับบัญชา ได้รับการส่งเสริมจากผู้บริหาร หรือผู้บังคับบัญชาในการเลื่อนตำแหน่งหน้าที่ การงาน ได้รับการพิจารณาความดีความชอบ เลื่อนขั้นเงินเดือนอย่างยุติธรรม ให้โอกาสก้าวหน้าแก่บุคลากรทุกคนในการปฏิบัติงานสูงขึ้น

(2) การได้รับการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทักษะ (Increase competence and skill) หมายถึง การได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมวิชาการ อบรม ศึกษา ดูงาน หรือการได้รับอนุญาตให้ลาศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น รวมถึงการมีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติและเรียนรู้งานที่ซับซ้อนยุ่งยากขึ้น เพื่อเพิ่มพูนความสามารถ และทักษะ ซึ่งถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการส่งเสริมให้เพิ่มพูนความรู้และทักษะแล้วจะทำให้เกิดความเชี่ยวชาญ และเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเอง

(3) การได้รับการยกย่องชมเชยและรางวัลในการปฏิบัติงาน (Reward and recognition) หมายถึง การที่ผู้บังคับบัญชาให้ความสำคัญกับบุคลากรที่มีความประพฤติดี หรือปฏิบัติงานดีเด่น โดยกล่าวคำยกย่องชมเชย ประกาศเกียรติคุณ หรือให้รางวัลเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ และเป็นตัวอย่างที่ดี อันเป็นการแสดงถึงการยอมรับในความสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นมากขึ้น

4.3 ความสำคัญของการเสริมพลังอำนาจ

การเสริมพลังอำนาจในอดีตได้มีผู้นำทางการบริหาร ใช้การเสริมพลังอำนาจในองค์กรธุรกิจ เพื่อพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพเพื่อผลผลิตขององค์กร สร้างความรักและยึดมั่นผูกพันต่อหน่วยงานของตนเอง ต่อมาได้มีการนำการเสริมพลังอำนาจมาใช้ในการพัฒนาในเรื่องต่างๆเช่น การพัฒนาความเข้มแข็งของบุคคลที่ได้รับเชื้อโรคเอดส์ให้มีพลังในการดำเนินชีวิต การเสริมสร้างพลังอำนาจในนิสิตนักศึกษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียน การเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเสริมสร้างพลังอำนาจในวัยรุ่น การเสริมสร้างพลังอำนาจในครู และการเสริมสร้างพลังอำนาจในพยาบาล

ปัจจุบันได้มีการนำการเสริมพลังอำนาจมาใช้ในหลายสถานการณ์ด้วยความเชื่อมั่นว่า การใช้เทคนิคการเสริมพลังอำนาจในบุคคล จะนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกมีประโยชน์ และนำไปสู่พฤติกรรมในทางบวก ซึ่งถือเป็นการเสริมพลังอำนาจในตัวบุคคลช่วยให้บุคคลมีความแข็งแกร่ง เข้าใจชีวิต เข้าใจเศรษฐกิจและสังคมได้ดี อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ดีได้สำเร็จ

ในงานวิจัยนี้ได้นำแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ แคนเตอร์ มาใช้โดยเลือกประเด็นที่มีความเป็นไปได้และเหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุขของเทศบาลเมืองในจังหวัดชลบุรี โดยในด้านการได้รับอำนาจ จะหมายถึงการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการที่เทศบาลได้ให้พลังผลักดันแก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทของตนได้เต็มที่และบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย พลังผลักดันดังกล่าว ประกอบด้วย เรื่องของการได้รับทรัพยากร คือสิ่งสนับสนุน และสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจะเป็นประเด็นของการได้รับการสนับสนุนในด้านวิชาการและการปฏิบัติงาน การนิเทศงาน ช่วยแก้ปัญหา การได้ข้อมูลข่าวสาร จะหมายถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ควรรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก นโยบายและแผนการปฏิบัติงานของเทศบาล ในด้านการได้รับโอกาสเลือกศึกษาในประเด็นของการได้รับการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและทักษะด้านต่างๆ การศึกษาดูงาน ประเด็นของ การได้รับการยกย่องชมเชย และรางวัลในการปฏิบัติงาน ในเรื่องของการได้รับคำยกย่องชมเชยจาก ผู้บังคับบัญชา การได้รับการเสนอชื่อประกวดอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น การได้รับการประกาศเกียรติคุณ ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข และนำไปสู่พฤติกรรมในทางบวกและนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงาน

ความสามารถในการปฏิบัติงาน มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากสำหรับการบริหารงานในองค์กรต่างๆ เพราะการที่องค์กรจะประสบความสำเร็จในการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายและมีประสิทธิผล ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรเป็นสำคัญ

5.1 ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติงาน

5.1.1 ความหมายของความสามารถ

ราชบัณฑิตยสถาน (2525:814) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความสามารถ หมายถึงการมีคุณสมบัติที่เหมาะสมแก่การจะทำสิ่งใดได้

5.1.2 ความหมายของการปฏิบัติงาน

สำหรับความหมายของการปฏิบัติงานในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัย หมายถึง การปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

ทอร์นไคค์ และ ฮาเกน (Thorndike & Hagen, 1961 อ้างถึงในคาวัลย์ รุจเสรี 2546) ให้ความหมายของความสามารถว่า ความพร้อมที่จะเรียน ศักยภาพ ประวัติในการเรียนของบุคคลซึ่งแตกต่างกันไป ในด้านการเรียนรู้จะเกี่ยวข้องกับ 1) ระดับพัฒนาการหรือวุฒิภาวะ 2) ความสามารถและสมรรถภาพของร่างกาย 3) ลักษณะเฉพาะบุคคล และ 4) การเรียนรู้ที่ผ่านมา รวมทั้งหลักการที่มีอยู่

ไฮเดอร์ (Scheider, 1979) ให้ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติงานว่า สมรรถภาพของการปฏิบัติกิจกรรมด้วยความตั้งใจ ปรารถนา ต่อผลลัพธ์ด้วยการกระทำอย่างคล่องแคล่ว

เมอร์เรียม-เวบสเตอร์ (Merriam – Webster's college dictionary 1996) ให้ความหมายความสามารถในการปฏิบัติงานว่า หมายถึง ผลของความพยายามของบุคคลในการกระทำกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ธงชัย สันติวงษ์ และ ชัยยศ สันติวงษ์ (2540) กล่าวถึงความสามารถว่าเป็นสิ่งที่ติดตัวบุคคล หรือเรียกง่าย ๆ ว่า พรสวรรค์ ซึ่งแต่ละบุคคลมีความสามารถแตกต่างกันไป

สรุปได้ว่า ความสามารถเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้เห็นว่าทำสิ่งใดได้บ้าง ความสามารถจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล มีการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ โดยมีจุดมุ่งหมายและใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเต็มที่

ดังนั้น ความสามารถในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจึงหมายถึง ผลของความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมาย ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้ หรือเหมาะสมตามสถานการณ์ โดยการผสมผสานความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ และความรับผิดชอบตามขอบเขตการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

5.2 องค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติงาน

ความสามารถในการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้

ออร์แกน และ เบทแมน (Organ & Bateman, 1986 อ้างถึงในคาวัลย์ รุจเสรี 2546) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน มี ดังนี้

- 1) งาน (Task) ประกอบด้วย วิธีการ วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
- 2) แรงจูงใจ (Motivation) เปรียบเสมือนจุดขึ้น และความตั้งใจของบุคคลที่จะ

ปฏิบัติงานให้ได้คุณภาพในระดับหนึ่งตามลักษณะงานนั้นๆ

3) ความพยายาม (Effort) เป็นผลของแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อให้การปฏิบัติงานได้ประสบผลสำเร็จ

4) ความสามารถ (Ability) เกิดขึ้นจากการฝึกหัด หรือประสบการณ์จากการปฏิบัติร่วมกับความถนัดส่วนบุคคลที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานนั้นๆ

5) สภาพแวดล้อม (Environment) เป็นลักษณะทางกายภาพในองค์การ ได้แก่ แสง เสียง เพื่อนร่วมงาน ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติงาน

6) การรับรู้ต่อบทบาท (Role Perception) เป็นความรู้สึกรับผิดชอบของบุคคลที่จะรับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองต่อการปฏิบัติงาน

แมคคอร์มิก และ ไลเกน (McCormick & Ligen, 1985) ได้กำหนดแนวคิดในการจัดหมวดหมู่องค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคลไว้ 2 ปัจจัย ดังนี้ คือปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ ดังนี้

1) ปัจจัยด้านบุคคล (Individual variable) หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ปัจจัยด้านนี้จะมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล และจะส่งผลให้พฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ความถนัด ลักษณะบุคลิกภาพ ลักษณะทางกายภาพ ความสนใจ และแรงจูงใจ อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์ ความเชื่อ และค่านิยม เป็นต้น

2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational variables) หมายถึง เงื่อนไข เหตุการณ์ หรือลักษณะของสิ่งแวดล้อมนอกตัวบุคคล ที่มีผลต่อการแสดงความสามารถในการปฏิบัติงาน ปัจจัยเหล่านี้แยกพิจารณาเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยทางกายภาพ (Physical variables) ได้แก่ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน และปัจจัยทางองค์การและสังคม (Organization and Social variables) เช่น ลักษณะ โครงสร้าง และ นโยบายขององค์การ ชนิดของการฝึกอบรม และการบังคับบัญชา ชนิดของสิ่งที่ล่อใจ และสภาพแวดล้อมในสังคม

เชอร์เมอร์ธอน และ คณะ (Schermerhron et al, 1961 อ้างถึงในลดาวัลย์ รุจเศรษฐี 2546) กล่าวว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคล ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ ที่สามารถจำแนกได้ ดังนี้

1) คุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล (Individual Attributes) หมายถึง ความรู้ และทักษะประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลต้องเหมาะสมกับงานนั้น จึงจะส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติงานที่ดีได้

2) ความพยายามในการทำงานของบุคคล (Work effort) หมายถึง ความตั้งใจ เต็มใจของบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความยินดีในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ขึ้นกับแรงจูงใจในการทำงาน หากบุคคลใดมีแรงจูงใจในการทำงานก็พยายามทำงานนั้นให้ประสบผลสำเร็จ

3) การสนับสนุนจากองค์กร (Organization support) หมายถึง การได้รับค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน การได้รับการนิเทศ การประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างยุติธรรม และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลด้วย

ในงานวิจัยนี้ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยในเรื่องความสามารถในการปฏิบัติงาน ศึกษาในประเด็นของคุณลักษณะส่วนบุคคลในด้านความรู้และทักษะ ความพยายามในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จตามที่ได้รับมอบหมาย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

พรังพราว ไวยาวังมัย (2545) ศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เทศบาลตำบลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทราพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เทศบาลตำบลบางคล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิรภา สุขสวัสดิ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีพบว่าปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .001 ระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .001

เฉลิมศรี สะมะโน (2546) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางช้าง จังหวัดอยุธยา พบว่าอาชีพ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุข

6.2 งานวิจัยด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ในการเสริมพลังอำนาจนั้นไม่พบการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการศึกษาในพยาบาลและเจ้าหน้าที่

โสภิตา กริพัฒน์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับน้อยกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ในทางลบในระดับน้อยกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานด้าน ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ได้ร้อยละ 61.50

วรภา จันทรโชติ (2540) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองในนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล กลุ่มควบคุมไม่มีการจัดการกระทำแต่อย่างใด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

มณี ลีศิริวัฒนกุล (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และความทนทานของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และภาวะผู้นำของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล กับสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในงานในการได้รับทรัพยากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นงพงา ปิ่นทองพันธุ์ (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ของพยาบาลประจำการ ภาวะผู้นำ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 291 คน ตัวแปรด้านการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน การได้รับอำนาจ และการได้รับโอกาสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กุลวดี นุทมุล (2542) ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครเชียงใหม่ พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะในการปฏิบัติการของพยาบาลประจำการ

จันทร์เพ็ญ สิทธีวงศ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 197 คน ผลการวิจัยพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานโดยรวมของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับสูง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความพึงพอใจในงาน

สัญญา เขียวรอบ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสุรินทร์พบว่า การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า ในกลุ่มการได้รับอำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 โดยมีเพียง 1 ด้าน ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ในกลุ่มการได้รับโอกาส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ด้าน คือ การได้รับการเพิ่มพูนความสามารถและทักษะ การได้รับการยกย่องชมเชย และรางวัลในการปฏิบัติงาน

จากการทบทวน เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่หลายปัจจัย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลผู้วิจัยได้เลือกศึกษา เฉพาะ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ซึ่งจากการศึกษาในหลายงานวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ส่วนในการศึกษาเรื่องของการเสริมพลังอำนาจนั้น ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดในการเสริมพลังอำนาจของ Kanter มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน โดยเลือกใช้ในส่วนที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุข คือในด้านการได้โอกาส จะเลือกใช้ในเรื่อง การได้รับการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและทักษะ และ การได้รับการยกย่องชมเชย และรางวัลในการปฏิบัติงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขของเทศบาลต่อไป