

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ผู้เขียนได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดเบื้องต้นของการศึกษา โดยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วม
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
3. การสาธารณสุขมูลฐาน
4. ระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. สถานีอนามัย
6. โรคไข้เลือดออก
7. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก
8. ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอพุทธมณฑล
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมนั้น นับเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดเช่นซึ่งถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมนับเป็นหัวใจหลักที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินกิจกรรมอย่างมีอาบปฏิเศรได้

ความหมายของการมีส่วนร่วมและลักษณะการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมและการเมืองในอดีตมักหมายถึง กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในทางการเมืองแต่ปัจจุบันประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรงในกระบวนการตัดสินใจของรัฐบาลที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ดังจะเห็นได้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ที่ส่งผลให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของ

ประชาชนกว้างขวางขึ้น และไม่ได้มีความหมายเฉพาะการไปใช้สิทธิเลือกตั้งหรือร่วมรับประโยชน์ของรัฐ แต่ยังคงครอบคลุมถึงการร่วมรับรู้ ร่วมให้ความคิดเห็นในกระบวนการตัดสินใจของหน่วยงานของรัฐ และร่วมสนับสนุนติดตามการทำงานของภาครัฐ อย่างไรก็ตามเนื่องจากการมีส่วนร่วมมีหลายมิติ กิจกรรม เหตุการณ์ องค์ประกอบต่างๆ ซึ่งหลากหลาย ดังนั้นความหมายของการมีส่วนร่วมจึงขึ้นอยู่กับลักษณะทางบริบทของการมีส่วนร่วม และต้องพิจารณาเฉพาะกรณีนั้นๆ

ความหมายของการมีส่วนร่วม

ศิริกาญจน์ โกสุมภ์ (2542 : 14) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดประชาธิปไตย และหลักการเบื้องต้นของการมีส่วนร่วม คือ การตัดสินใจใดๆ ก็ตามที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลใด บุคคลเหล่านั้นควรเป็นผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้น โดยหลักการนี้การมีส่วนร่วมจะต้องอยู่บนพื้นฐานความคิดที่ว่า บุคคลแต่ละคนย่อมทราบดีว่า ตนต้องการอะไรต้องการหรือไม่ต้องการ และอะไรบ้างที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

วันพร จันทรเวโรจน์ (2543 : 19) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (Group Situation) ส่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้นกับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกันรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย ซึ่งสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การปฏิบัติกิจการใดๆ ที่ชุมชน ประชาชนบุคคลในกลุ่ม หรือหน่วยงาน ร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมกำลังกาย ร่วมกำลังคิดในการประกอบกิจการนั้นให้บรรลุความสำเร็จสูงสุด

เกรียง กัลป์ตินันท์ (2543 : 16) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคล ชุมชน หรือองค์กรในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง ร่วมกันร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา เพื่อให้การดำเนินการนั้นบรรลุเป้าหมาย เพื่อบุคคล ชุมชนหรือองค์กรในชุมชน โดยบุคคลชุมชน หรือองค์กรในชุมชน

ฐวิทย์ พิทักษ์พรพัฒน์ (2544 : 29) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยการทำงานดังกล่าวในห้วงเวลาและลำดับการที่ทรงประสิทธิภาพ คือ ถูกจังหวะและเหมาะสมกับทั้งกระทำการงานดังกล่าวด้วยความรู้สึกลึกซึ้งให้ประจักษ์ว่า เชื่อถือได้ไว้ใจ การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลังการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม (Teamwork) ที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา เพราะการมีส่วนร่วมทำให้ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนร่วมเข้าใจสถานการณ์ และอุทิศตนมากยิ่งขึ้นเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนา

ลัญญา พันธไชย (2545 : 16) ให้ความหมายการมีส่วนร่วม คือ กระบวนการทำงานขององค์กรที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานอย่างเหมาะสม ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กลุ่มต้องการ

สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมได้ว่า หมายถึง การที่บุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุน ทำประโยชน์ในเรื่องต่างๆ หรือกิจกรรมต่างๆ เป็นกระบวนการดำเนินการด้วยความตั้งใจ เต็มใจ เพื่อให้ภารกิจนั้นๆ บรรลุเป้าหมาย

ลักษณะการมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมมีประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา 10 ประการ

1. ระยะเวลาและสถานที่ในการมีส่วนร่วมกับโครงการ ควรต้องให้ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมให้ต่อเนื่องตามวงจรชีวิตของโครงการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนโครงการยุติ หรือหากคณะผู้บริหารเห็นว่าเหมาะสม ก็ให้มีส่วนร่วม ในกิจกรรมที่แต่ละคนเกี่ยวข้องด้วยจริงๆ เท่านั้นก็ได้

2. การมีส่วนร่วมนั้น มีมิติทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดย 1) มิติด้านปริมาณ ถ้ามีคนมีส่วนร่วมมากก็ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกันดีขึ้นมาก จากนั้นทำให้องค์กรทางสังคมก่อตัวขึ้น ส่วน 2) มิติด้านคุณภาพพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยสนับสนุนความสัมพันธ์ที่เสมอภาคและเท่าเทียมกันซึ่งถือว่ามีความคุณภาพดี

3. จะให้การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายปลายทาง (an End) หรือจะให้เป็นแนวทาง (a Mean) คือจะให้เพียงบุคคลต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องก็พอใจคิดว่าบรรลุวัตถุประสงค์บางสิ่งแล้ว หรือจะพิจารณาว่าการมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่ต้องทำให้ดี โดยตอบให้ได้ว่า “หลังจากการมีส่วนร่วมแล้วจะมีอะไรดีขึ้น อะไรควรเกิดขึ้นอีกบ้าง” ซึ่งการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมที่เป็นวิธีการหรือกระบวนการที่ต้องดำเนินไปอย่างมีคุณภาพจะทำให้งานเกิดความสำเร็จยิ่งขึ้น

4. การมีส่วนร่วมนี้ ตามธรรมชาติอาจเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอหรือตลอดเวลาก็ได้เช่น เวลาเกิดภัยพิบัติคนก็มาช่วยกัน เมื่อหมดภัยแล้ว ก็แยกกันกลับไปเช่นเดิม แต่ถ้าตั้งองค์กรประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาในภัยพิบัติต่างๆ ในพื้นที่กว้างขวางขึ้นอาจต้องการตัวแทนประชาชนมีส่วนร่วมในเวลาที่ยาวนานขึ้น และอาจใช้วิธีการมีจดหมายข่าวแจ้งเรื่องไปยังประชาชนทั่วไปได้

5. การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมและทางการศึกษา ซึ่งหากเกิดขึ้นได้คือให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันไปด้วย จะเป็นเสมือนการให้การศึกษาแก่สังคม ซึ่งจะต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร

6. สถานการณ์การมีส่วนร่วมนั้น ต้องคำนึงว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริง มิใช่เกิดขึ้นจากการออกคำสั่ง แต่จะต้องสร้างขึ้นเอง การมีส่วนร่วมมักต้องใช้ความพยายามให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เกิดแนวคิดประชาสังคม มีจิตสำนึกสาธารณะ เคารพความหลากหลายทางความคิดเพราะทำให้มุมมองกว้างขึ้น และเกิดความรอบคอบขึ้น จนเป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน

7. มีคณะผู้บริหารการมีส่วนร่วมพิจารณา เพื่อวางแผนดำเนินการให้เหมาะสมว่าจะให้บุคคลใด กลุ่มใด เข้ามามีส่วนร่วมเมื่อใด และโดยวิธีใด ฯลฯ โดยคณะผู้บริหารการมีส่วนร่วมนี้ ควร มีตัวแทนผู้ได้รับผลกระทบในจำนวนมากพอควร และให้มีความหลากหลายมากพอ

8. การมีส่วนร่วมรับรู้สภาพปัญหาโดยมีส่วนร่วม จะทำให้คนในชุมชนได้รู้สภาพที่เป็นจริงมากขึ้น การมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาปัญหา ทำให้เมื่อเห็นปัญหาแล้วจะนำความมุ่งมั่นที่จะคิดหาทางแก้ไขด้วยกันและร่วมแก้ปัญหาต่างๆ ได้ จะทำให้เป็นบทเรียนที่จะแก้ปัญหาตนเองต่อไปได้

9. คนที่อยู่ร่วมกันในชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้สึกผูกพันเอื้ออาทรต่อกันและเกิดค่านิยมร่วมกันของกลุ่ม

10. ควรทำให้การมีส่วนร่วมมีบรรยากาศไม่เครียด เนื่องจากคนไทยไม่ชอบความเครียดและความกดดัน ดังนั้น ในการทำงานการมีส่วนร่วมควรมีการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายซึ่งควรใช้ดนตรี เกมส กีฬา เข้าช่วยสร้างบรรยากาศ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้เพิ่มขึ้นได้

กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง (2542 : 149) ได้สรุปลักษณะการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมต้องเกิดจากเจตนาสมัครใจ และความตั้งใจที่จะเข้าร่วม (Willingness to Participate) เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขปัญหา/การตัดสินใจในเรื่องนั้นๆ อันจะทำให้เกิดความสมานฉันท์และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

2. กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคและขีดความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้ามามีส่วนร่วม (Ability to Participate)

3. การมีส่วนร่วมต้องอยู่บนพื้นฐานของเสรีภาพในการตัดสินใจว่าจะเลือกที่จะเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่ (Freedom to participate) ข้อสำคัญคือ การมีส่วนร่วมนั้นต้องไม่เกิดจากการบังคับขู่เข็ญจากผู้หนึ่งเหนือกว่า (One must not to be master of another)

กล่าวโดยสรุปลักษณะของการมีส่วนร่วม อาจแบ่งโดย

1. การสนับสนุนทรัพยากร คือการสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงานหรือการช่วยทำกิจกรรม คือ การเข้าร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินการ การติดตามและประเมินผล

2. อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือ เป็นผู้นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิก ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมนี้ แสดงถึงระดับอำนาจของผู้เข้าร่วม จึงมีการโต้แย้งว่าการมีส่วนร่วม โดยใช้วิธีการพัฒนาความสามารถของประชาชน เป็นเพียงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมเพียงบางส่วนเพราะหลายกรณีประชาชนไม่มีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจ ทางออกที่ควรเป็นคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ประชาชน

ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ทงนศักดิ์ คุ้มไข่น้ำ (2540 : 94) ได้กล่าวถึง ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิพื้นฐานอันชอบธรรมของทุกคนที่เราเคารพให้การยอมรับและยกย่อง โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการปรับปรุงชีวิตของเขา

2. การพัฒนาเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นจำนวนมากเราจำเป็นต้องให้คนในหมู่มากเหล่านี้ได้มีสิทธิมีเสียงในการแสดงออก

3. กลยุทธ์ทั้งหลายในการพัฒนาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถส่งผลถึงกลุ่มประชาชนผู้ด้อยโอกาสและยากจน และในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้กลุ่มคนที่ได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับปรุงในการพัฒนาใหม่ โดยประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น

4. ประสบการณ์ที่ผ่านมาได้พบว่า มีโครงการจำนวนไม่น้อยที่ประสบความสำเร็จโดยอาศัยวิธีการมีส่วนร่วมในรูปแบบการรวมกลุ่มและการจัดตั้งองค์กรประชาชน ในขณะเดียวกันมีตัวอย่างของโครงการที่ล้มเหลวเป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม

5. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่ม หรือของกลุ่ม อันเป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้ามาร่วม เพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของเขาและในขณะเดียวกันก็ให้ประโยชน์ต่อส่วนรวมด้วย การมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งจำเป็น

6. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นตัวชี้วัดของการพัฒนาชุมชน ยิ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใด ยิ่งแสดงว่าประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการพัฒนามากยิ่งขึ้น

7. ประชาชนย่อมรู้ดีว่าตนเองกำลังต้องการอะไร และอยากจะแก้ปัญหาวางไรถ้าให้โอกาสแก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาย่อมช่วยให้โครงการต่างๆ ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า

จากความสำคัญของการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา การพัฒนาใดๆ ก็ตามถ้าขาดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมแล้ว กิจกรรมหรือโครงการใดนั้นๆ ก็ไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและจะประสบกับความล้มเหลวในที่สุด

ประเภทของการมีส่วนร่วม

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2544 : 624-626) ได้กล่าวถึงการแบ่งประเภทของการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจกระทำได้ในหลายมิติด้วยกัน เช่น มิติช่องทางของการมีส่วนร่วม มิติความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มิติด้านกิจกรรมเป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยขอหยิบยกมากล่าวถึงดังนี้

1. การแบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมโดยใช้มิติช่องทางของการมีส่วนร่วมเมื่อพิจารณาโดยอาศัยมิตินี้ การมีส่วนร่วมอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทด้วยกัน ประกอบด้วย

1.1 การมีส่วนร่วมโดยผ่านช่องทางขนบธรรมเนียมประเพณีหรือแบบดั้งเดิม การมีส่วนร่วมประเภทนี้กระทำโดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ตามเป็นเครือข่าย หรือสนิทสนมคุ้นเคยกันมาก่อน

1.2 การมีส่วนร่วมโดยผ่านช่องทางกระบวนการเลือกตั้ง เช่น การมีส่วนร่วมทางการเมืองระหว่างผู้แทนราษฎรและผู้มีสิทธิออกเสียงเลือกตั้ง

1.3 การมีส่วนร่วมโดยผ่านช่องทางขององค์กรการ เช่น การมีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกสมาคม หรือสหภาพแรงงาน เป็นต้น

2. การแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมโดยอาศัยมิติความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยอาศัยมิตินี้ พิจารณาจากผลงาน ของอัลมอนต์ และโคลแมน (Almond and Coleman) การมีส่วนร่วมสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ กล่าวคือ

2.1 การมีส่วนร่วมโดยอาศัยเทือกเถาเหล่ากอ และชื่อสกุล (Ascription) ซึ่งเน้นที่นามสกุลเป็นหลัก มิได้เน้นที่ผลงาน

2.2 การมีส่วนร่วมแบบเลือกที่รักมักที่ชัง (Particularistic) การมีส่วนร่วมประเภทนี้ผู้ที่เข้ามีส่วนร่วมจะได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างกันโดยไม่เท่าเทียมหรือเสมอภาคกัน

2.3 การมีส่วนร่วมแบบสากล (Universalistic) การมีส่วนร่วมประเภทนี้ ทุกคนจะมีสิทธิเท่าเทียมกัน และได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรมเสมอหน้ากัน

3. การแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมโดยอาศัยมิติเชิงระดับในการแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมแบบนี้ เป็นไปตามทัศนะของ ไบรอัน และไวท์ (Brian and White) ซึ่งแบ่งการมีส่วนร่วมออกได้ 3 ประเภทกล่าวคือ

3.1 การมีส่วนร่วมในแนวนราบ (Horizontal) เป็นการมีส่วนร่วมที่มักไม่มีผลจริงจังอะไรนัก ทั้งนี้เพราะผู้ที่เข้ามีส่วนร่วมมักจะไม่มีสิทธิมีเสียงอย่างแท้จริง หรือมิได้อยู่ในวงในของศูนย์กลางอำนาจ เช่น การออกเสียง การวิ่งเต้น เป็นต้น

3.2 การมีส่วนร่วมในแนวตั้ง (Vertical) การมีส่วนร่วมประเภทนี้เกิดขึ้นจากการที่ผู้ตามหรือผู้น้อย เข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้นำหรือผู้ใหญ่ เนื่องจากการมีผลประโยชน์ร่วมกัน และทั้งสองฝ่ายจะต้องพึ่งพาอาศัยกันตราบเท่าที่ผลประโยชน์ร่วมกันนั้นยังมีอยู่

3.3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการบริหาร เป็นการมีส่วนร่วมในรูปแบบคาบเกี่ยวหรือแบบผสมผสานระหว่างการมีส่วนร่วมแบบแนวนราบและแนวตั้ง กล่าวคือ เป็นการมีส่วนร่วมที่ผู้ตามพยายามจะเข้าไปมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้นำ หรือมีการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกันในทุกขั้นตอนของกระบวนการบริหาร

4. การแบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมโดยอาศัยมิติเชิงกลยุทธ์หากพิจารณาจากแง่มุมเชิงกลยุทธ์แล้ว จะสามารถแบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมได้เป็น 5 ประเภท กล่าวคือ

4.1 การมีส่วนร่วมโดยอาศัยกลยุทธิ์การศึกษา-การรักษา การมีส่วนร่วมประเภทนี้ในทางหนึ่งอาจจะไม่เรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมเลย ทั้งนี้เพราะผู้นำมักมองว่าผู้ตามที่เข้ามามีส่วนร่วมนั้นเป็นบุคคลที่โง่เขลา หรือไม่เช่นนั้นก็เป็นบุคคลที่ขาดสมรรถภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้นำจึงมักจึงมักหลอกล่อให้ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วม

4.2 การมีส่วนร่วมโดยอาศัยกลยุทธิ์การเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมประเภทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะให้ผู้เข้ามามีส่วนร่วมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่หลังจากที่ได้เข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ผู้นำยอมให้ผู้ตามได้เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อที่จะให้กลุ่มเป็นผู้ล้างสมองผู้เข้าร่วมนั้น

4.3 การมีส่วนร่วมโดยอาศัยกลยุทธิ์ของการเพิ่มเติมจำนวนปฏิบัติงาน ในกรณีนี้ผู้นำหรือองค์กรมักมีการข่าล่าคน จึงยอมให้ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้มีผู้ปฏิบัติงานแทนบุคลากรที่ขาดอยู่ การยอมให้มีส่วนร่วมในแง่ี้ จึงเท่ากับว่าผู้นำหรือองค์กรกำลังใช้ผู้ตามเป็นเครื่องช่วยในการปฏิบัติงานนั่นเอง

4.4 การมีส่วนร่วมโดยอาศัยกลยุทธิ์การดึงเพื่อนเข้ามาเป็นพรรคพวก (Cooptation) ซึ่งในกรณีนี้ผู้นำจะพยายามให้ผู้ตามที่หัวดีได้กลายมาเป็นพรรคพวกของตนเอง

4.5 การมีส่วนร่วมโดยอาศัยกลยุทธิ์อำนาจชุมชน โดยในกรณีนี้ ผู้นำจะพยายามดึงเอาผู้ที่มีอิทธิพลหรือจำนวนคนที่คิดว่าจะอยู่ฝ่ายตนให้มาเป็นพรรคพวกให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

รูปแบบของการมีส่วนร่วม

อำนาจ บุญทวี (2546 : 22-23) สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้ 5 ขั้นตอน คือ

1. มีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมตลอดจนความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดค้นและหาวิธีการเพื่อแก้ปัญหาของชุมชนหรือสร้างสรรค์ สิ่งใหม่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
4. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้
5. ร่วมควบคุมติดตามประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไปทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

ศิริกาญจน์ โกศลุม (2542 : 189) ได้แบ่งแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนออกเป็น 3 แบบคือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นลักษณะการร่วมมือหรือการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างโรงเรียนและชุมชนที่มีข้อจำกัด อันทำให้มีการมีส่วนร่วมไม่เต็มที่คือ มีน้อยนั่นเอง ข้อจำกัดนี้อาจเกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน

ระหว่าง 2 ฝ่าย ฝ่ายหนึ่งรู้สึกว่าเขาต้องอำนาจกว่าหรือมีทรัพยากรเชิงอำนาจ เช่น เป็นผู้มีความรู้มากกว่า จึงทำให้ไม่ปรารถนาเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ นั่นคือ ความเข้มข้นของการเข้ามามีส่วนร่วมน้อย

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนแบบบางส่วน (Partial Participation) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วนเป็นการเข้ามาเกี่ยวข้องกับประชาชนในชุมชนหรือกิจกรรมการศึกษาในระดับความเข้มข้นมากกว่าแบบชายขอบ กิจกรรมโดยคณะกรรมการโรงเรียน จึงมีความสำคัญที่รัฐถือว่าเป็นนโยบายสำคัญ ซึ่งสามารถสร้างความชอบธรรมในการจัดการศึกษาของไทย

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน โดยทั้งสองฝ่ายร่วมกันอย่างเข้มข้นและเท่าเทียมกันต่างฝ่ายต่างมีอิทธิพลต่อกิจกรรมร่วมกัน ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมได้เต็มที่

โคเฮน และอัฟโฮฟ (Cohen and Uphoff อ้างถึงใน ประภาพร สถิตยัษฐิธรรม, 2543 : 24-25) ได้สร้างกรอบพื้นฐานเพื่อการอธิบายและวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในแง่ของรูปแบบของการมีส่วนร่วม โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ การริเริ่มตัดสินใจ การดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจลงมือปฏิบัติ

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานความร่วมมือ

3. การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ผลประโยชน์ทางสังคม และผลประโยชน์ส่วนบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

ในส่วนขั้นตอนของการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประการแรกที่ต้องกระทำก็คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ซึ่งในการดำเนินงานโครงการนั้นจะได้มาจากคำถามที่ว่า ใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น ช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงาน และประสานงานและขอความช่วยเหลือเป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมรับในการรับผลประโยชน์ ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้จะรวมทั้งผลประโยชน์ทางบวก และผลที่

เกิดขึ้นในทางลบ ที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษได้ทั้งต่อบุคคลและสังคม

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกตคือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preference) และความหวัง (Expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพล สามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

จึงสรุปรูปแบบการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล

อุปสรรคของการมีส่วนร่วม

อุปสรรคของการมีส่วนร่วมสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ระดับ คือ (สุลิเดด วันนวงษ์, 2544 : 29)

1. อุปสรรคที่เกิดจากหน่วยงานของรัฐ เนื่องจากรัฐเป็นแหล่งรวมศูนย์อำนาจในด้านกฎหมายและนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง เพราะประชาชนไม่มีโอกาสได้รับรู้กระบวนการในการวางแผนและตัดสินใจเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนา เจ้าหน้าที่ของรัฐ ยังมีความเคยชินกับระบบราชการที่ใช้ภาษาทางวิทยาศาสตร์แล้วตีความว่า ประชาชนทุกคนต้องเข้าใจในการประเมินผลของเจ้าหน้าที่ ส่วนรัฐก็มีความคิดว่าโครงการหรือกิจกรรมต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยไม่คำนึงถึงการพัฒนาคนในชุมชนและเปิดโอกาสให้ประชาชนรับรู้ หรือเกี่ยวข้องแต่อย่างใด สำหรับการสับเปลี่ยนโยกย้ายตำแหน่ง และประสิทธิภาพความรับผิดชอบต่องานพัฒนาของเจ้าหน้าที่จะส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชุมชนโดยตรง

2. อุปสรรคที่เกิดจากชุมชน เนื่องจากการพัฒนาที่ผ่านมาชุมชนยังขาดความพร้อมและมีข้อบกพร่องในหลายประการ เช่น การขาดองค์กรท้องถิ่นที่เหมาะสมจึงขาดผู้ตัดสินใจ และเวลาแก่แกนชุมชนอย่างเต็มที่ จนขาดทักษะการทำงานและขาดการติดต่อสื่อสารที่ดี นับเป็นอุปสรรคประการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนได้รับความรู้ไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดความไม่เข้าใจกัน และทำให้กลุ่มแตกแยกในที่สุด หนึ่งความแตกต่างกันในการกำหนดความต้องการ การลำดับความสำคัญและการแบ่งสรรหาทรัพยากรในชุมชน ส่วนการทุจริตและความยากจนนับเป็นอุปสรรคทำให้ประชาชนขาดโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และการไม่ได้รับผลตอบแทนอย่างชัดเจนเช่นกัน

3. อุปสรรคที่เกิดจากสังคม จะเกิดขึ้นในระดับความสัมพันธ์ของสังคม ซึ่งพิจารณาได้ใน 3 ทาง คือ ด้านการเมือง ด้านกฎหมาย และระบบราชการซึ่งผลจากอุปสรรคทั้ง 3 ด้านจะก่อผลให้เกิดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ได้

สรุปได้ว่า อุปสรรคของการมีส่วนร่วม เกิดขึ้นได้ 3 ระดับ คือ อุปสรรคที่เกิดหน่วยงานของรัฐ อุปสรรคที่เกิดจากชุมชน และอุปสรรคที่เกิดจากสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ความหมายของความรู้

ความรู้ คือการแสดงออกของสมรรถภาพสมองด้านความจำโดยใช้วิธีให้ระลึกออกมาเป็นหลัก เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจโดยการนึกได้ การมองเห็น หรือได้ยิน โดยความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีแก้ปัญหาเหล่านั้น (กุลภรณ์ เทพพัตรา, 2548 : 29)

ความรู้จำเป็นต้องมีองค์ประกอบคือความเข้าใจ (Understanding) และการคงอยู่ (Retaining) เนื่องจากความรู้คือความสามารถด้านการจำได้ในบางสิ่งบางอย่างที่เข้าใจแล้ว บุคคลส่วนมากจะได้รับความรู้จากประสบการณ์โดยตรงโดยการเรียนรู้จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการจัดระเบียบโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำกับสภาพทางจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเองโดยเป็นกระบวนการภายในที่ผู้อื่นจะรับรู้ได้จากการอนุมานมากกว่าการสังเกตโดยตรง (Meredith as cited in Mitchell, 1997 : 48 อ้างถึงใน กุลภรณ์ เทพพัตรา, 2548 : 29)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (อ้างถึงใน อักษร สวัสดิ์, 2542 : 26) ได้ให้คำอธิบายว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้างและวิธีแก้ปัญหา ส่วนความเข้าใจอาจแสดงออกมาในรูปของทักษะด้าน “การแปล” ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเขียนบรรยายเกี่ยวกับข่าวสารนั้น ๆ โดยใช้คำพูดของตนเอง และ “การให้ความหมาย” ที่แสดงออกมาในรูปของความคิดเห็นและข้อสรุป รวมถึงความสามารถในการ “คาดคะเน” หรือการคาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น

ระดับของความรู้

กุลภรณ์ เทพพัตรา (2548 : 29) ได้กล่าวเกี่ยวกับระดับความรู้ไว้ดังนี้

1. ความรู้ระดับต่ำ คือความรู้ที่เกิดจากการเดาหรือภาพลวงตาทางประสาทสัมผัส
2. ความรู้ระดับธรรมดา คือความรู้ทางประสาทสัมผัสหรือความเชื่อถือที่สูงกว่าแต่ยังไม่แน่นอนเป็นเพียงขั้นอาจเป็นไปได้
3. ความรู้ระดับสมมติฐาน คือความรู้ที่เกิดจากความคิดหรือความเข้าใจซึ่งไม่ได้เกิดจากประสาทสัมผัสเช่น ความรู้ทางคณิตศาสตร์ ความรู้ขั้นนี้ถือว่าเป็นสมมติฐาน เพราะเกิดจากคำนิยามและสมมติฐานที่ไม่ได้พิสูจน์

4. ความรู้ระดับเหตุผล คือความรู้จากตรรกวิทยา เป็นความรู้ที่ทำให้มองเห็นรูปหรือมโนภาพว่าเป็นเอกภาพ

การวัดความรู้

การวัดความรู้ คือความสามารถทางพุทธิปัญญาซึ่งแบ่งได้หลายระดับ ดังนั้น การวัดความรู้ จึงควรวัดความสามารถในทุกระดับ เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้จะต้องอาศัยแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ (Achievement) ซึ่งจะเป็นการวัดความสามารถทางปัญญาและทักษะตลอดจนสมรรถภาพด้านต่างๆ ที่ได้รับการเรียนรู้ในอดีตยกเว้นการวัดทางด้านร่างกาย (กุลภรณ์ เทพพัตรา, 2548 : 30)

เครื่องมือในการวัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดก็เหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะ ซึ่งแตกต่างกันออกไปในที่นี้จะกล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมกันมาก คือแบบทดสอบ (Test) ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งเร้าเพื่อนำไปเร้าผู้ถูกสอบให้แสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพูด การเขียน ทำทาง ฯลฯ เพื่อให้สามารถสังเกตเห็นหรือสามารถนับจำนวนปริมาณได้ เพื่อนำไปแทนอันดับหรือคุณลักษณะของบุคคลนั้น รูปแบบของข้อสอบหรือแบบทดสอบมี 3 ลักษณะ

1. ข้อสอบปากเปล่า เป็นการสอบโดยการให้การตอบโต้ด้วยวาจาหรือคำพูดระหว่างผู้ทำการสอบกับผู้ทดสอบโดยตรง หรือบางครั้งเรียกว่า “การสัมภาษณ์” (Interview)

2. ข้อสอบข้อเขียน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ

2.1 แบบความเรียง เป็นแบบที่ต้องการให้ผู้ตอบอธิบายเรื่อง บรรยายเรื่องราว ประพันธ์หรือวิพากษ์วิจารณ์เรื่องราวเกี่ยวกับความรู้นั้น

2.2 แบบจำกัดความ เป็นข้อสอบที่ผู้ตอบพิจารณาเปรียบเทียบตัดสินข้อความหรือรายละเอียดต่างๆ มี 4 แบบ คือ แบบถูกผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่ และแบบเลือกตอบ

3. ข้อสอบภาคปฏิบัติเป็นข้อสอบที่ไม่ต้องการให้ผู้ถูกสอบตอบสนองออกมาด้วยคำพูดหรือการเขียนเครื่องหมายใด แต่มุ่งให้แสดงพฤติกรรมด้วยการกระทำจริง มักเป็นข้อสอบในเนื้อหาวิชาที่ต้องการให้ปฏิบัติจริง

การวัดความรู้โดยใช้เครื่องมือแตกต่างกันตามความสามารถทางสติปัญญา (Bloom, 1971 : 63-69 อ้างถึงใน กุลภรณ์ เทพพัตรา, 2548 : 30) กล่าวซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ความจำ (Knowledge) หมายถึงพฤติกรรมที่เป็นหลักเบื้องต้นของพฤติกรรมด้านอื่นๆ ซึ่งนอกจากความจำแล้วยังมีการระลึกได้อีกด้วย แบ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับกลวิธีและการดำเนินการเกี่ยวกับสิ่งใด สิ่งหนึ่ง และความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้าง

2. พฤติกรรมด้านความเข้าใจ (Comprehensive) หมายถึงพฤติกรรมที่สามารถ จับใจความสำคัญของเรื่องราวต่างๆ ได้ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม แบ่งเป็นการแปลความหมายซึ่งเป็นการแปลจาก

บทหนึ่งสู่อีกบทหนึ่ง โดยรักษาความหมายได้ถูกต้อง และการตีความหมายซึ่งเป็นการขยายออกนอกเนื้อหาเดิมด้วยการสร้างขึ้นในรูปแบบใหม่

3. พฤติกรรมการนำไปใช้ (Application) หมายถึงพฤติกรรมที่สามารถนำเอาสิ่งใดที่ได้ประสบมาไปใช้ให้เกิดประโยชน์หรือนำไปแก้ปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น

4. พฤติกรรมด้านการวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึงความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวต่างๆออกเป็นส่วนย่อยหรือเป็นการหาความสำคัญ ความสัมพันธ์และหลักการหรือทฤษฎีที่เป็นมูลเหตุของเรื่องราวต่างๆได้

5. พฤติกรรมด้านการสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึงความสามารถในการนำเอาเรื่องราวหรือส่วนประกอบย่อยๆมาผูกสัมพันธ์กันเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการดัดแปลง ริเริ่ม สร้างสรรค์ และทำการปรับปรุงให้ดีขึ้น

6. พฤติกรรมด้านการประเมินค่า (Evaluation) หมายถึงการวินิจฉัยหรือการตีราคาอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินใจว่าสิ่งใดดีหรือไม่ดีอย่างไร โดยใช้หลักเกณฑ์ ที่เชื่อถือได้

การสาธารณสุขมูลฐาน

ความเป็นมา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงอนามัยโลกและประเทศในเครือสมาชิกให้การยอมรับและยกย่องว่ามีประสิทธิภาพการริเริ่ม และส่งเสริมพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในลักษณะของประชาชนบริการประชาชนที่ไม่หวังสิ่งตอบแทนใดๆ (รูปแบบอาสาสมัคร) มาเป็นระยะเวลายาวนานในประวัติศาสตร์และนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และการสาธารณสุข คิดค้นพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการจัดระบบสาธารณสุขเบื้องต้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยมีผลการวิจัยที่เกิดจากการทดลองหลายพื้นที่ สรุปเป็นเอกสารสำคัญ โดยได้ระบุถึงรูปแบบของการพัฒนาศักยภาพประชาชนและชุมชน ให้สามารถจัดบริหารการสาธารณสุขเบื้องต้นของชุมชนได้ด้วยตนเองซึ่งเป็นที่มาของการสาธารณสุขมูลฐานที่มีแนวคิดและกลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดระบบสาธารณสุขเบื้องต้นนำเสนอในเวทีการประชุมร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกและองค์กรยูนิเซฟในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน ณ เมือง อัลมา-อตา สหภาพโซเวียตรัสเซีย เมื่อปี พ.ศ. 2521 เพื่อที่จะยังผลให้ประชาชนในชาติบรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าและตามคำประกาศแห่งอัลมา-อตานั่น ได้เรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ด้วยเป้าหมายของการมีสุขภาพ

ถือเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ในการมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2523 เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 “Health For All By the year 2000” และได้มีการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานภายใต้กรอบแนวคิดและหลักการไปกำหนดเป็นนโยบายและจัดให้มีระบบการสนับสนุนจากส่วนกลางลงไปสู่พื้นที่เพื่อกระทำทุกวิถีทางที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2523 (ปัจจุบันเปลี่ยนมาเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ขึ้นมาทำหน้าที่มารับผิดชอบต่อนโยบายดังกล่าวโดยตรง เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520–2524) โดยกำหนดกิจกรรมสำคัญ คือ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540)

1. อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ในการทำหน้าที่เป็นครูฝึกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน
2. อบรมอาสาสมัคร 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดเลือกโดยวิธีการทางสังคมมิติ
3. จัดทำแบบเรียนด้วยตนเองของ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมเนื้อหา ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรคการรักษาพยาบาล เบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ และได้มอบให้ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานในหมู่บ้าน
4. กำหนดกิจกรรมการบริการด้านการสาธารณสุขมูลฐาน 8 องค์ประกอบในเบื้องต้น (เพิ่มเติมเป็น 14 องค์ประกอบในปัจจุบัน) รวมทั้งการสนับสนุนยาที่จำเป็นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไว้บริการประชาชนภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

กล่าวได้ว่าในยุคต้นของการริเริ่มการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งอาสาสมัคร 2 ประเภท ดังกล่าว เพื่อเป็นกลไกอยู่ในโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานมุ่งกระทำบทบาท “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำคนเป็นตัวอย่างที่ดี” ในฐานะเป็นผู้นำด้านสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังคงเน้นความสำคัญของการบรรลุความ มีสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี พ.ศ. 2543 (HFA 2000) ดังนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) จึงได้เพิ่มและเร่งรัดการอบรม ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และประกาศให้ ปี พ.ศ. 2527 เป็นปีรณรงค์การสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครและประชาชนตื่นตัวและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคทั้ง 4 ภาค (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น

ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน) เพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับภูมิภาคและเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 สามารถจัดให้มีอาสาสมัครคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและทุกชุมชนในพื้นที่เขตชนบทและเขตเมือง

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุขยังยืนยันเป็นนโยบายสำคัญและมุ่งเน้นการพัฒนาในระบบอาสาสมัครเชิงคุณภาพ มีการสนับสนุนงบประมาณการจัดอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพิ่มเติมในส่วนที่พื้นสภาพ การจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล พร้อมทั้งขยายการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เฉพาะ เช่น ในเรือประมงโรงงานอุตสาหกรรม เรือธง โรงเรียน การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการสาธารณสุขมูลฐาน และก่อเกิดความร่วมมือจากองค์กร/หน่วยงานต่างๆ เพิ่มขึ้น

ดังนั้น ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ถือเป็นช่วงที่ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านกระบวนการอบรมและเรียนรู้ครบตามหลักสูตรอย่างสมบูรณ์ ดังคำกล่าวของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตำบลวังหิน อำเภอบางขัน ตำบลวังอ่าง อำเภอชะอวด และอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช กล่าวรำลึกถึงอดีตที่มีความปิติยินดีร่วมกัน เมื่อก้าวสู่การเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ว่า “พวกเราเดินทางไปรับการอบรมผ่านเส้นทางที่กันดาร บางพื้นที่ยังเป็นพื้นที่สีส้ม สีแดง อาศัยการเดินทางเท้า จ้ำอ้าวๆ เพื่อให้เข้ารับการอบรมได้ทันตามเวลาที่นัดหมาย อบรม 5 วัน เอกสารการอบรมน่าสนใจมาก มีหนังสือหลายเล่มต้องแบกหามกันได้นำกลับมาถึงบ้านอ่านกันอย่างจริงจัง เหมือนนักเรียน กว่าจะได้เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) /อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดเข้มข้นจริง พอถึงวันอบรมสุดท้ายก่อนเดินทางกลับ พวกเราก็อ่านกันด้วยความรู้สึกผูกพัน ใครเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รุ่นนี้นึกถึงวันนี้พวกเรายังคงรักกันและคิดถึงกัน ยึดมั่นในความตั้งใจร่วมกัน พวกเรามาทำงานในหมู่บ้านมีความพร้อมในด้านความรู้ และมีเครื่องมือเครื่องมือที่จำเป็น วิทยากรสอนกันจนพวกเราทำเป็นหลายเรื่อง เช่น ทำส้วม ทำโอ่งน้ำ ที่กรองน้ำ ทำถังขยะ ทำเตาเผา จนสามารถทำให้หมู่บ้านของเราเป็นหมู่บ้านครู นับเป็นความทรงจำที่ไม่ลืมเลือน”

ชื่อเสียงของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ในช่วงดังกล่าวได้รับการกล่าวขานยกย่องในสังคมและสู่สายตาชาวโลก สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่กลุ่มประเทศภาคพื้นเอเชียอาคเนย์

ซึ่งได้รับทุนจากองค์การอนามัยโลกมาศึกษาดูงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยมากมายหลายประเทศและชื่นชมกับความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไทยที่มีภาพลักษณ์ด้านคุณค่าของผู้มีจิตใจอาสา เสียสละ เพื่อประโยชน์สุขส่วนรวม สามารถรวมกลุ่มกันอย่างมีพลังและมีเอกลักษณ์ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเอื้อและปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในกระบวนการพัฒนาองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดความเข้มแข็งด้านความรู้ ความสามารถ ขึ้นมาได้นั้น สืบเนื่องมาจากนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะการฝึกอบรมกำลังคนในระดับพื้นที่ด้วยหลักสูตรที่ชัดเจนเหมาะสมและต่อเนื่อง และยึดมั่นในกลวิธีหลักเพื่อพัฒนาประชาชนในชาติให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า อันเป็นเป้าหมายหลักทางสังคม มีแผนงบประมาณสนับสนุนการพัฒนากำลังคนในพื้นที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้นและจำเป็นแก่ประชาชนด้วยตนเอง ซึ่งการจัดโอกาสให้มีการฝึกอบรมภายใต้การมีหลักสูตรที่เหมาะสมนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับหรือผู้เชี่ยวชาญจะต้องให้การสนับสนุนเต็มที่ เพื่อถ่ายทอดวิชาการที่เป็นความรู้ ความเข้าใจและทักษะพื้นฐานอย่างเหมาะสมสำหรับชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเองได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างโอกาสการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ขณะเดียวกันนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการศึกษาของประชาชนในชาติก็ต้องได้รับการส่งเสริม สนับสนุนควบคู่กันไป เพื่อเป็นรากฐานในการพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพดี

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 1 เมื่อเข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ภาวะความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของโลกมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยและวิถีชีวิตคนไทย โดยเฉพาะแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรค ไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศถูกทำลาย ก่อเกิดมลภาวะที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพมากมาย สังคมเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภคซึ่งไม่รู้เท่าทัน ตลอดจนการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานจากภาคสังคมชนบทสู่สังคมเมือง ทำให้เกิดปัญหาสังคมชนบท โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเด็กถูกทอดทิ้ง ขณะเดียวกันปัญหาสังคมในเขตเมืองก็ซับซ้อนและขยายตัวมากขึ้น

ผลจากการประเมินทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐาน พบปัญหาหลักที่บ่งบอกถึงสัญญาณเพื่อการปรับตัวด้านการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า

1. อาสาสมัครไม่ได้ปฏิบัติงานจริง เนื่องจากไม่มีแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และความรู้ของอาสาสมัครไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีเวลาไปเข้ารับการอบรมที่เป็นระยะเวลาการอบรมยาวนานติดต่อกัน

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีแผนปฏิบัติอย่างชัดเจนในการอบรมอาสาสมัครต่อเนื่อง ส่งผลให้อาสาสมัครขาดความรู้ ขาดความมั่นใจ และไม่รู้ว่าจะทำอะไรตามบทบาท โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ภายใต้การกำหนดเวลาที่แน่นอน และหลักสูตรที่ชัดเจนสอดคล้องกับภารกิจที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องปฏิบัติ

ดังนั้นแนวทางการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ได้มีการทบทวนคุณภาพของอาสาสมัครและปรับกลไกอาสาสมัครโดยยกระดับบทบาทผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้เกิดเอกภาพในการปฏิบัติงาน และสนับสนุนงบประมาณการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่เกิดจากภาวะความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในขณะเดียวกันกองวิชาการได้คิดค้นเทคโนโลยีสนับสนุนชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการจัดตั้ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเป็นศูนย์เฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม พร้อมทั้งสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการทำงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาเดิมและใหม่ แต่เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขขาดการถ่ายทอดให้อาสาสมัครได้เรียนรู้ในระบบและกลไกที่ชัดเจน หลายพื้นที่ไม่ได้เรียนรู้การจัดการเทคโนโลยีที่ดีพอเพื่อใช้ประโยชน์ได้อย่างยั่งยืน ขณะเดียวกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ได้เรียกร้องให้มีการฝึกอบรมเพิ่มเติมในเนื้อหาบางเรื่องที่เป็น ปัจจัยสำคัญ คือ ขาดความต่อเนื่องของระบบการนิเทศงานผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังการอบรมมีน้อยมากทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และผลการดำเนินงานอยู่ในรูปแบบการประสานงาน โดยให้อาสาสมัครช่วยเหลือในภารกิจ ของหน่วยงานภาครัฐ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในเรื่องดังกล่าว ว่าขาดแคลนงบประมาณสำหรับค่าน้ำมัน และค่าเบี้ยเลี้ยงจึงไม่สามารถออกนิเทศได้

กล่าวได้ว่าในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดการอบรมและฝึกปฏิบัติให้แก่อาสาสมัครให้สอดคล้องกับภารกิจที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งหลายจังหวัดได้ดำเนินการคิดรูปแบบการจัดการอบรมอาสาสมัครเป็นของตนเอง แต่จังหวัดส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพกำลังคนในระดับพื้นที่น้อย ขณะเดียวกัน กรม กอง และศูนย์วิชาการในสังกัดส่วนกลางเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย และกลวิธี หรือกิจกรรมการพัฒนา ขาดการมีส่วนร่วม ขาดความหลากหลาย และขาดความจำเพาะในแต่ละพื้นที่ เช่น การคิดนวัตกรรมที่เป็นลักษณะเบ็ดเสร็จ และส่งมอบพื้นที่ปฏิบัติในลักษณะบูรณาการ องค์การชาวบ้าน จึงกลายเป็นกลไกของภาครัฐ และรองรับนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยของผู้นำหรือผู้บริหารที่ขาดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการกับสิ่งที่พัฒนามาก่อนขาดความต่อเนื่อง ในที่สุดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่ควรจะนำไปสู่การทบทวนการใช้หลักสูตรที่มีการริเริ่มไว้ใน

แผนพัฒนาฉบับที่ 4-6 จึงถูกละเลย นโยบายด้านแผนงบประมาณมุ่งเน้นการให้อาสาสมัครปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขปัญหาเร่งด่วน เป็นเรื่องๆ ตามสภาวะวิกฤติของบ้านเมือง รูปแบบที่ใช้อยู่ทั่วไปในการสร้างเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกภาครัฐกับอาสาสมัครสาธารณสุขในวันนี้คือการจัดเวทีประชุมเพื่อส่งต่อนโยบายและแนวทางการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ถูกกำหนดมาจากนโยบาย ส่วนกลาง ขาดการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจร่วมกัน โดยอาศัยเงื่อนไขด้านเวลาที่จำกัดกำหนดการทำงานและการใช้งบประมาณที่เบ็ดเสร็จเป็นรายการกิจกรรมเพียงเพื่อผลักดันให้เกิดผลงานในระยะเวลาสั้นๆ กิจกรรมด้านการสาธารณสุข มูลฐานที่ถูกกำหนดจากภาครัฐ จึงไม่มีความยั่งยืน และหาเจ้าภาพที่แท้จริงในระดับพื้นที่ไม่ได้

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 2 แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ทิศทางการสาธารณสุขมูลฐานได้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว โดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขรวมตัวในรูปแบบของชมรมและสมาคมเพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน โดยเน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน ซึ่งในแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้สนับสนุนงบประมาณ 7,500 บาท/หมู่บ้าน/ปี ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้กลไกแกนนำหมู่บ้านนำไปจัดทำแผนภารกิจหลัก 3 เรื่องได้แก่

1. พัฒนาศักยภาพกำลังคนในพื้นที่
2. การจัดบริการของ ศสมช.
3. จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาตามส่วนขาดของ จปฐ.รายหมู่บ้าน ขณะเดียวกันมีการถ่ายโอน

ภารกิจด้านสาธารณสุขบางประการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการงบประมาณ 7,500 บาท/หมู่บ้าน/ปี พบว่า งบประมาณส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในแผนกิจกรรมการศึกษาดูแลสุขภาพของอาสาสมัครร่วมกับเจ้าหน้าที่ การนำไปจัดกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหาสาธารณสุขเชิงนโยบายและซื้อยาไว้ใน ศสมช. เกินความจำเป็น ซึ่งงบประมาณดังกล่าวมีบางพื้นที่เป็นส่วนน้อยที่ได้นำมาวางแผนใช้ในการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่ จากการสำรวจพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่ที่ก้าวเข้าสู่การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สมบูรณ์น้อยมากส่วนใหญ่ตอบว่าผ่านเพียงเวทีการจัดการประชุมของเจ้าหน้าที่เพื่อรับนโยบายไปปฏิบัติในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 งบประมาณด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่ส่วนกลางสนับสนุนไปให้จังหวัดมุ่งเน้นการจัดสรรสนับสนุนแผนการจัดอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้ครอบคลุมทั่วประเทศและแผนงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านสนองตอบ

ภารกิจหลักใน 3 เรื่องดังกล่าวเท่านั้นซึ่งผลจากการประเมินสองทศวรรษ ของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข มีดังนี้

1. การดำเนินงานของสถานีอนามัยเกือบทั้งหมดจัดให้มีการประชุมประจำเดือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประเด็นการประชุมเป็นเรื่องของการติดตามงานแจ้งข่าวสาร และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนภารกิจหรืองานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการทำตามกรอบหน้าที่เป็นครั้งคราว และส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำงานตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอและมีประมาณร้อยละ 60 ที่สามารถระบุหน้าที่หลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้

2. เจ้าหน้าที่เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่าครึ่งหนึ่ง ที่ยังไม่เข้าใจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรม

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ต่างคาดหวังการสนับสนุน และช่วยเหลือในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก เนื่องจากแนวคิดและกระบวนการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานผูกติดอยู่กับระบบราชการและใช้รูปแบบการดำเนินงานแบบเดียวกันทั่วประเทศ

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 3 แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยอัยเยฐยปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศโดยอาศัยคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสนับสนุนกลไกเครือข่ายหรือภาคีสุขภาพระดับพื้นที่ ดังนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับการจัดสรรงบประมาณประจำปี สำหรับอุดหนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานในด้านการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งในระยะเริ่มต้นของการจัดสรรงบประมาณสู่ท้องถิ่น พบว่า ล่าช้ากว่าระยะเวลาที่มีการเริ่มแผนปฏิบัติงานของหมู่บ้าน และเมื่อวิเคราะห์แผนงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการใช้งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามนโยบายซึ่งเป็นกระแสหลักที่สั่งการลงไป ประกอบกับช่วง 3 ปีที่ผ่านมาวิกฤติด้านการเมืองที่มีการแข่งขันในระบบพรรคการเมืองสูง องค์การอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถูกมองด้วยความหวงใยจากองค์กรอิสระเกรงจะตกเป็นเครื่องมือของนักการเมือง ทำให้การทบทวนและพัฒนาศักยภาพตนเองและเรียนรู้ความเป็นไปในพื้นที่ตนเองด้วยการได้รับด้านฝึกอบรมมาดความป็นระบบและองค์กรสนับสนุนรองรับที่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง และหน่วยงานสนับสนุนประจำขาดความตระหนักในประเด็นดังกล่าว

ต่อมารัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีนโยบายมาตรการเร่งด่วนระยะ 1 ปี เน้นแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ เร่งฟื้นฟูความเชื่อมั่นประชาชนและเอกชน เพิ่มรายได้ พร้อมลดค่าครองชีพ โดย การส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทั่วประเทศ ให้ปฏิบัติงานเชิงรุก ในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่น/ชุมชน การดูแลเด็กผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัด

ให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้กับ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงได้มอบนโยบายให้ อสม. ดำเนินงานปี 2552 ใน 3 ภารกิจหลัก คือ 1) การค้นหาและจัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ให้ครบเริ่มตั้งแต่ 20 มีนาคม 2552 ซึ่งเป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นต้นไป และแบ่งกันรับผิดชอบดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ให้แข็งแรง ลดปัญหาคลอดก่อนกำหนด โดยให้รายงานผลก่อนรับค่าตอบแทนทุกเดือน 2) การเป็นพ่อแม่อาสา ติดตามเยี่ยมบ้านตั้งแต่วันแรกที่ทารกกลับถึงบ้าน เพื่อดูแลสุขภาพแม่และเด็ก โดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และเมื่อครบรอบ 1 ปี ในวันที่ 20 มีนาคม 2553 จะได้ข้อมูลรายชื่อและจำนวน อสม. ที่เป็นพ่อแม่อาสา ถือเป็นอีกหนึ่งความสำเร็จของ อสม.ไทย ซึ่งมั่นใจว่า อีก 15 ปีข้างหน้า จะได้เยาวชนไทยรุ่นใหม่ที่มีความสมบูรณ์ทั้งกายและใจ และ 3) การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังในหมู่บ้าน และปรับระบบการดูแลสุขภาพถึงที่บ้าน แทนการพาไปโรงพยาบาล รวมทั้งอำนวยความสะดวกเมื่อจำเป็นต้องไปโรงพยาบาล เช่น จัดหารถยนต์นำส่ง โดยประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจากการแสดงตนยืนยันสภาพความเป็น อสม. ที่สถานีอนามัยทั่วประเทศ พบว่ามีจำนวน อสม. 987,019 คน ซึ่งมากกว่าจำนวนที่แจ้งในการของบประมาณรัฐบาล คือ 834,000 คน รวมเป็นเงินที่จะต้องของบประมาณ 3,000 ล้านบาท โดยค่าตอบแทนที่ให้แก่อสม. นั้น เป็นการสร้างขวัญกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะหล่อเลี้ยงให้คนทำงานมีแรงกายแรงใจทุ่มเทในการทำงานต่อไป

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

งานสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้มี 14 ประการ คือ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543 : 18-23)

1. งานสุขศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารต่อชุมชน โดยการเล่าสู่กันฟัง บอกกล่าว แจ้งข่าวพูดให้คนเป็นกลุ่มฟัง จัดนิทรรศการ การประชาสัมพันธ์ และการถ่ายทอดความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยที่ตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นของตนเอง หรือ

2. งานควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่นในชุมชนจะมีโรคที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นเป็นประจำในชุมชนนั้นๆ เช่น ไข้เลือดออก ไข้มาลาเรีย โรคอุจจาระร่วง เป็นต้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เป็นผู้คอยให้คำแนะนำ ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน ทั้งนี้การป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ ก็ต้อง อาศัยความร่วมมือจากประชาชนในชุมชนเองเป็นสำคัญ

3. งานสุขาภิบาลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด ในเขตชนบทห่างไกล ความเจริญ การขาดแคลนน้ำสำหรับการอุปโภค บริโภค รวมถึงการสุขาภิบาล โดยเฉพาะการขาดแคลนน้ำเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโรค นับเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงส่งผลต่อคุณภาพ

การดำรงชีวิตของประชาชน ดังนั้นการแก้ไขโดยให้อาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วม การณรงค์จัดทำ
 ส่วน 100 % ให้ประชาชนมีส่วนร่วมถูกสุขลักษณะใช้ครบทุกครัวเรือน ทางราชการเองได้จัดทำถังสำหรับ
 เก็บน้ำไว้ใช้ในชุมชนเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเรื่องการขาดแคลนน้ำ และจัดอบรมให้อาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ในด้านการก่อสร้างงานสุขาภิบาล ซึ่งจะมีหน้าที่ช่วยเหลือใน
 ชุมชนต่อไป

4. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ รัฐได้ส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมใน
 การแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของตนเองให้ประชาชนตระหนักและรับรู้ถึงประโยชน์ และความจำเป็น
 ในการรับภูมิคุ้มกันโรค โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่ช่วยเหลือ ประชาสัมพันธ์ แนะนำคน
 ในหมู่บ้านให้รับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น เด็กแรกเกิด - 5 ปี
 เด็กวัยเรียน หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

5. การส่งเสริมโภชนาการ ในอดีตปัญหาภาวะทุพโภชนาการ เป็นปัญหารุนแรงของ
 ประเทศไทยโดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบท จึงให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้เข้ามามีบทบาทสำคัญใน
 การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของประชาชนในชุมชนนั้นๆ โดย
 ทำการสำรวจเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการในชุมชนตามกลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กอายุ 0-4 ปี
 เด็กนักเรียน อายุ 5-14 ปี หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ด้วยวิธีการสำรวจ ชั่งน้ำหนัก ติดตามเยี่ยมบ้าน
 ในรายที่มีปัญหา ให้สุศึกษาเรื่องโภชนาการ แนะนำอาหารหลัก 5 หมู่ อาหารเสริมไอโอดีน แก่
 กลุ่มเป้าหมาย

6. การรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
 ชุมชนครบทุกพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย รวมทั้งคัดกรองผู้ป่วย
 เพื่อให้การรักษาหรือส่งต่อไปรับการรักษาที่ถูกต้อง โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการใน
 การตรวจรักษาโรคต่างๆ ที่ไม่ซับซ้อนและให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่คนในชุมชน เช่น ใช้หวัด
 ท้องเดิน บาดแผลเล็กน้อย เป็นต้น รวมถึงการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลป้องกัน

7. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขได้ให้
 ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก โดยให้ความสำคัญตั้งแต่การดูแลสุขภาพมารดา
 ตั้งแต่ก่อนเริ่มตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ คลอด จนกระทั่งหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีการณรงค์ให้เห็น
 ความสำคัญของการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้าน ทำหน้าที่ช่วยประชาสัมพันธ์ ให้คำแนะนำ และจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัยให้กับ
 ประชาชน เป็นต้น

8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน ในเขตชนบทประชาชนมีส่วนร่วมใน
 การ ดำเนินการจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน ในรูปของการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำ
 หมู่บ้าน ซึ่งมีทั้งในรูปของยาสามัญประจำบ้านและยาสมุนไพรที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น ดังนั้น

เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในท้องถิ่นต้องร่วมมือกันนำสมุนไพรมาใช้ให้เกิดประโยชน์และต้องใช้เวลา และความไว้วางใจ เชื่อถือในบุคคล ผู้แนะนำและบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจได้ ลองใช้สมุนไพรหรือใช้สมุนไพรแล้วเห็นผลก็จะแนะนำบอกกล่าวต่อให้นำไปใช้

9. การส่งเสริมสุขภาพจิต จากสภาพสังคม เศรษฐกิจ ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิต นับวันยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น ทั้งในเขตเมืองและชนบท กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นความสำคัญของปัญหาจึงให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยสอดส่องดูแล ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยการสำรวจค้นหา ติดตามผู้ป่วย ใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคจิต โรคลมชัก และปัญญาอ่อน และสำรวจผู้พิการในชุมชน นอกจากนั้น ยังสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในชุมชน

10. การทันตสาธารณสุข ปัญหาสุขภาพฟันเป็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับเด็กในวัย เรียน เป็นส่วนใหญ่ ในชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเป็นผู้คอยช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแล คัดกรองผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงการบรรเทาอาการโรคฟันผุ โดยการใส่ยา แก้วปวด แนะนำวิธีการแปรงฟันแก่ผู้ป่วยโรคเหงือกอักเสบในระยะแรก และส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในสถานพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โรคเอดส์เป็นโรคที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์มากขึ้นทุกปี และแพร่กระจายไปยังทุกภูมิภาคของประเทศ กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สำหรับในชุมชนนั้น มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าของพื้นที่ที่จะมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่คนในชุมชน รวมถึงแนะนำผู้นำสงสัยไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ ครอบครัว ชุมชน

12. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุนั้นส่วนใหญ่เกิดจากความประมาทและการกระทำของมนุษย์ทั้งสิ้น ดังนั้นประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ป้องกัน ตนเอง และครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคและอุบัติเหตุ อุบัติภัย เช่น การรณรงค์ใส่หมวกกันน็อก คาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น

13. การป้องกันแก้ไขมลภาวะ ประชาชนในชุมชนต้องตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตนเองในการรักษาทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีหน้าที่ชักชวนให้ประชาชนในชุมชน เห็นความสำคัญ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมพิทักษ์และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม คอยเฝ้าระวังสภาพแวดล้อม เช่น การตรวจคุณภาพน้ำจากแหล่งน้ำในชุมชน เผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนในชุมชนของตนเอง แนะนำส่งต่อผู้ที่สงสัยว่าได้รับสารพิษ สารเคมี เช่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

14. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ผู้บริโภคต้องสามารถพิจารณาเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ บริโภคได้อย่างถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นอาหาร เครื่องสำอาง ยา วัตถุอันตราย ซึ่งผู้บริโภคเอง

ต้องมีความรู้ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ ตลอดจนสอดคล้องดูแล และให้คำแนะนำแก่คนในหมู่บ้าน รวมถึง การรักษาผลประโยชน์ไม่ให้มีการเอาเปรียบผู้บริโภค

แนวปฏิบัติที่ทำให้การทำงานสาธารณสุขมูลฐานประสบความสำเร็จ

1. การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดได้ต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมพิจารณาถึงแนวทางการแก้ปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้
2. หน้าที่และบทบาทเจ้าหน้าที่ของรัฐ จะต้องเข้าใจว่าเราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อชีวิตที่ดีของชุมชน
3. งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการอย่างง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้เกิดประโยชน์ได้
4. ความร่วมมือของชุมชน คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจเป็นรูปของแรงงาน เงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหาไม่ใช่เพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน
5. สุขภาพอนามัยที่ดี มีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริหารการสาธารณสุข จึงต้องผสมผสานกับงานด้านอื่นๆ เช่น การวิจัยเกษตร ฯลฯ
6. การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน
7. การสาธารณสุขมูลฐานควรมีการยืดหยุ่นในการที่จะนำมาแก้ปัญหาตามความเหมาะสมสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่
8. งานสาธารณสุขมูลฐานต้องเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการสนับสนุน การส่งต่อ การวินิจฉัยต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

ระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประเภทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานได้แบ่งประเภทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537 : 1-6)

1. ประเภทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในหมู่บ้านหรือชุมชนหนึ่งๆ กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละคุ้มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สุขภาพอนามัย ได้แก่ การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านและชุมชน

2. จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละหมู่บ้านแต่ละชุมชนมีจำนวนโดยกำหนดเป็นสัดส่วน ดังนี้

- 2.1 พื้นที่ชนบทมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน
- 2.2 พื้นที่เขตเมืองที่มีชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มี อาสาสมัครสาธารณสุข
- 2.3 เขตชุมชนแออัด มีอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือน
- 2.4 เขตชุมชนชานเมือง มี อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สำหรับบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536 : 3-5)

1. ด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ได้แก่

1.1 เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

1.2 เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเพื่อนบ้าน ได้แก่ รับข่าวสารแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ และจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.3 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุข ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการและการใช้ยา การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด การโภชนาการ การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

2. ด้านรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่

2.1 การให้บริการช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่อง ไข้ตัวร้อน ปวดท้อง ไข้มาลาเรีย ปวดหัว ปวดเมื่อย ปวดหลัง ท้องผูก ท้องเดิน เจ็บหู เหน็บชา ไข้มีผื่นดุ่มและไธ ปวดเอว ฝี พยาธิสำไส้ ผื่นคันบนผิวหนัง โลหิตจาง เจ็บตา

2.2 ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด เป็นลม น้ำร้อนลวก ยาพิษ สุนัขกัด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ไฟไหม้ จมน้ำ งูกัด

2.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

3. การโภชนาการ ได้แก่ การชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวและขาดธาตุไอโอดีน

4. ด้านอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว ได้แก่

4.1 ติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์/ตรวจครรภ์ตามกำหนด และชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน

4.2 ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มาตรวจสุขภาพตามกำหนด

4.3 จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว (รายเก่า) และจ่ายถุงยางอนามัย

5. ด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด การให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนต่างๆ

6. ด้านการควบคุมโรคประจำถิ่น ได้แก่ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

7. ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด ได้แก่ การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภคด้วยการใช้น้ำยาตรวจหาแบคทีเรีย การเติมคลอรีนในน้ำบริโภค การจัดหาและแนะนำให้มีภาชนะใส่น้ำ การจัด/แนะนำให้มีที่รองรับขยะและกำจัดขยะ การแนะนำสร้างและใช้ส้วม

8. ด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่ การจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

9. ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การจัดกลุ่มป้องกันอุบัติภัยในชุมชน วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

10. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ได้แก่ การจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำรวจร้านขายของ

11. ด้านการป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ การจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรคในชุมชน การแจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์

12. ด้านการควบคุมป้องกัน แก๊สพิษและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย ได้แก่ การตรวจคุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน การตรวจสอบคุณภาพอากาศ และร่วมมือประสานงานกับองค์กรต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

13. ด้านการจัดหายาจำเป็นไว้ในหมู่บ้าน ได้แก่ การจัดกลุ่มฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย/สมุนไพรในหมู่บ้าน การจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน

14. ด้านสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย

นอกจากนั้น อาสาสมัครสาธารณสุข ควรเป็นผู้นำการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ตามกระบวนการ ความจำเป็นพื้นฐาน และเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขหมู่บ้าน โดยการกระตุ้นให้มีการประชุมวางแผนและร่วมดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้านและกลุ่มผู้นำอื่น ตลอดจนเป็นผู้ประสานการดำเนินงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้าน

การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบดูแลประชาชนทุกคนที่ครอบครัวย้ายในคุ้มหรือละแวกบ้านประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ตามบทบาทหน้าที่ความ รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่กำหนดไว้ในฐานะ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านประจำคุ้มหรือละแวกบ้านนั้นๆ โดยมีคุณสมบัติ

1. เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
2. สมัยใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละมีความเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน คือ ต้องอยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี และมีความคล่องตัวในการประสานงาน
3. อ่านออกเขียนได้
4. เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน

5. ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข

ให้ใช้วิธีการทางประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้าน ออกเป็นคุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนดคัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกรณีที่มีผู้สมัครใจเกินกว่า 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดประชุมหัวหน้าครอบครัว หรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้มนั้นๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำละแวกบ้านหรือคุ้ม

3. วาระการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตร โดยดูจากผลการพิจารณาของประชาชนและองค์กรหมู่บ้าน

การฟื้นฟูสภาพจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ฟื้นฟูสภาพตามวาระ
2. ดาย
3. ย้ายที่อยู่
4. ลาออก
5. ประชาชนลงมติให้ฟื้นฟูสภาพ

การฝึกอบรมและการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การฝึกอบรมและการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความจำเป็นต้องอบรม ซึ่งการฝึกอบรมในที่นี้ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เปลี่ยนแปลงเจตคติและมีความรู้ ความสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และความสามารถปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ การแจ้งข่าวการเกิดโรค หรือเหตุผิดปกติด้านสุขภาพอนามัยในเขตรับผิดชอบ แก่เพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การนัดหมายและประสานการจัดกิจกรรมสาธารณสุข แนะนำเผยแพร่ความรู้ด้านสาธารณสุข สามารถปฏิบัติงานด้านการให้บริการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลตามอาการ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

การใช้เครื่องวัดความดันโลหิต และการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ ตลอดจนการร่วมจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขตามเกณฑ์ ความจำเป็นพื้นฐานของหมู่บ้านได้

1. เนื้อหาหลักสูตร การจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีเนื้อหาความรู้ที่อบรม เป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงาน ในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน เนื้อหาหลักสูตรความรู้พื้นฐาน ประกอบด้วย

- 1.1.1 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 1.1.2 สิทธิอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 1.1.3 การทำงานเป็นกลุ่ม
- 1.1.4 ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในหมู่บ้าน การค้นหาปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น และการแก้ไขปัญหา
- 1.1.5 สุขวิทยาส่วนบุคคล
- 1.1.6 การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- 1.1.7 การส่งเสริมสุขภาพ
- 1.1.8 การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค
- 1.1.9 การฟื้นฟูสภาพ
- 1.1.10 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ
- 1.1.11 ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เช่น โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และอุบัติเหตุ เบาหวาน ความดันโลหิต ฯลฯ

1.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ ความรู้เรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น โดยแต่ละจังหวัดอาจปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาแตกต่างกันออกไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ระยะเวลาการอบรม ใช้ระยะเวลา จำนวน 12 วัน แบ่งเป็น 2 ช่วง

- 2.1 ช่วงแรก กำหนดให้การอบรมความรู้พื้นฐาน (หลักสูตรภาคบังคับ) ระยะเวลา 3 วัน
- 2.2 ช่วงหลัง อบรมต่อเนื่องทุกเดือนๆ ละ 1 วัน โดยเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย ความรู้เฉพาะและความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานและการให้บริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สถานีนามัย

ในการศึกษาข้อมูลด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสถานีนามัยครั้งนี้ ผู้เขียนได้รวบรวมหัวข้อหลักสำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย โดยนำเนื้อหามาสรุปลงความและแบ่งเป็นหัวข้อย่อย ดังนี้ (ชมรมสถานีนามัยแห่งประเทศไทย, 2552)

ประวัติความเป็นมา

สถานีนามัยจัดเป็นสถานบริการด้านสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุขและเป็นหน่วยงานที่อยู่ได้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (เรียกโดยย่อว่า คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ประวัติความเป็นมาของสถานีนามัยเริ่มขึ้นตามวิวัฒนาการของการจัดตั้ง “โอสถสภา” (โอสถศาลา หรือโอสถสถาน) ขึ้นในบางจังหวัด เมื่อปีพุทธศักราช 2466 เพื่อให้เป็นทั้งสถานที่บำบัดโรคและสำนักงานของแพทย์สาธารณสุข ต่อมาในปีพุทธศักราช 2475 ได้เปลี่ยนแปลงชื่อเป็น “สุขศาลา” ระหว่างที่ยังเป็น “สุขศาลา” อยู่ นั้น ในท้องถิ่นที่เป็นประชาชนอาศัยอยู่หนาแน่นทางหน่วยงานราชการได้ส่งแพทย์ไปประจำ เพื่อให้บริการแก่ประชาชน “สุขศาลา” ประเภทนี้เรียกว่าเป็น “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ส่วน “สุขศาลาชั้นสอง” คือ สุขศาลาที่ไม่มีแพทย์ประจำ และเมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุขทางกรมการแพทย์ได้รับโอน “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดและอำเภอใหญ่ๆ บางแห่งไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลอำเภอบางส่วนไปดำเนินการ ส่วน “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ที่มีได้โอนไปอยู่กับเทศบาลและมิได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย ซึ่งต่อมา “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” เหล่านี้พัฒนามาเป็น “สถานีนามัยชั้นหนึ่ง” (ปีพุทธศักราช 2497) เป็น “ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท” (ปีพุทธศักราช 2515) เป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัย” (ปีพุทธศักราช 2517) เป็น “โรงพยาบาลอำเภอ” (พุทธศักราช 2518) จนถึงปัจจุบัน

สำหรับ “สุขศาลาชั้นสอง” ส่วนใหญ่อยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “สถานีนามัยชั้นสอง” (ปีพุทธศักราช 2495) และเป็น “สถานีนามัย” (ปีพุทธศักราช 2515) มาถึงปัจจุบัน

สถานีนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ เรียกว่า สถานีนามัยทั่วไป มีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ ทั้งสิ้น 4 งาน ได้แก่การบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน และพัฒนาชุมชน การบริหารงานวิชาการ งานสุขศึกษาและงานประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารบ้านพักตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด

สถานีนามัยขนาดใหญ่ หมายถึง สถานีนามัยทั่วไปจำนวนหนึ่ง ซึ่งถูกคัดเลือกให้พัฒนาขึ้นเป็นสถานีนามัยขนาดใหญ่ ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย ซึ่งมีเป้าหมายจะพิจารณาสถานีนามัยจำนวนประมาณ 1 ใน 5 ของสถานีนามัยทั่วประเทศ โดยคัดเลือกจากสถานีนามัยซึ่งมีที่ตั้งอยู่ศูนย์กลางของชุมชน ทั้งด้านการคมนาคมสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีความสามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงได้ กว้างขวางกว่าสถานีนามัยทั่วไป สถานีนามัยขนาดใหญ่ จะมีบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับสถานีนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางอย่างสูงกว่า เช่น งานทันตกรรมพื้นฐาน ซึ่งยังไม่มีในสถานีนามัยทั่วไป นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เสมือนพี่เลี้ยงสนับสนุนสถานีนามัยทั่วไปที่กำหนดเป็นสถานีนามัยลูกข่าย ทั้งในด้านการบริการรับส่งต่อผู้ป่วย

บทบาทและหน้าที่ของสถานีนามัย

การปฏิบัติงานของฝ่ายต่างๆ ในสถานีนามัย เป็นการปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ดังนี้

1. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทำหน้าที่ดูแลบริหาร จัดการด้านการเงิน แผน/นโยบาย พัสดุ ธุรการ บุคลากร
2. ฝ่ายบริการทางด้านคลินิก ทำหน้าที่บริหารจัดการด้านแพทย์ ทันตกรรม เภสัชกรรม พยาบาล การวางแผนครอบครัว
3. ฝ่ายการส่งเสริมสุขภาพ
4. ฝ่ายวิชาการและวิจัย ทำหน้าที่ดูแลงานด้านวิจัยและวิชาการ
5. ฝ่ายสารสนเทศ ทำหน้าที่ดูแลงานด้านฐานข้อมูล สารสนเทศ และประชาสัมพันธ์
6. ฝ่ายประกันสุขภาพ ทำหน้าที่ประกันคุณภาพและมาตรฐานของสถานีนามัย และควบคุมภายใน

การสาธารณสุขอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

อำเภอพุทธมณฑลเป็น 1 ใน 7 อำเภอของจังหวัดนครปฐม เดิมเป็นส่วนหนึ่งของอำเภอนครชัยศรี มีพื้นที่ 76,329 ตารางกิโลเมตร หรือ 47,706.25 ไร่ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัดนครปฐม ตามทางรถไฟสายใต้ ประมาณ 29 ตารางกิโลเมตร หรือทางรถยนต์ตามถนนบรมราชชนนี (ถนนปิ่นเกล้า-นครชัยศรี) เป็นระยะทางประมาณ 32 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร มาทางทิศตะวันตกตามทางรถไฟสายใต้จากสถานีธนบุรี ประมาณ 19 กิโลเมตร หรือทางรถยนต์ตามถนนบรมราชชนนี ระยะทางประมาณ 20 กิโลเมตร (สาธารณสุขอำเภอพุทธมณฑล, 2553)

ประวัติเดิม สมัยอาณาจักรทวารวดีซึ่งเจริญรุ่งเรืองอยู่ระหว่างพุทธศตวรรษที่ 12-17 โดยมีเมืองนครปฐมโบราณซึ่งเป็นเมืองท่าชายฝั่งทะเลเป็นศูนย์กลาง ปรากฏหลักฐานทางธรณีวิทยาว่าบริเวณอำเภอพุทธมณฑลเคยเป็นทะเลมาก่อน

ในรัชกาลสมเด็จพระมหาจักรพรรดิ สมัยกรุงศรีอยุธยาเป็นราชธานี เมื่อ พ.ศ.2092 ได้โปรดให้แบ่งเอาแขวงเมืองสุพรรณบุรี แขวงเมืองราชบุรี ตั้งเป็นเมืองนครชัยศรี ตั้งเมืองอยู่ริมแม่น้ำนครชัย ห่างจากที่ว่าการอำเภอ นครชัยศรีในปัจจุบันไปทางทิศใต้ ประมาณ 2 กิโลเมตร และมีฐานะเป็นเมืองมาตลอดจนถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์

ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ให้บูรณะองค์พระปฐมเจดีย์ ซึ่งพระองค์ได้เสด็จมาพบที่เมืองนครชัยศรีในระหว่างที่ทรงผนวช โปรดให้ขุดคลองมหาสวัสดิ์และคลองเจดีย์บูชาเพื่อเป็นทางคมนาคมระหว่างกรุงเทพฯ กับองค์พระปฐมเจดีย์ และโปรดให้จับจองที่ดินสองฝั่งคลองมหาสวัสดิ์ในเขตอำเภอพุทธมณฑล พระราชทานให้กับพระราชโอรสและพระราชธิดาของพระองค์ และได้พระราชทานเมืองนครชัยศรีซึ่งขึ้นกับกรมมหาดไทยมาขึ้นกับกรมท่า

ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงปรับปรุงการปกครองโดยทรงตั้งกระทรวงมหาดไทย และได้โปรดเกล้าฯ ให้ตั้งมณฑลขึ้นเมื่อ พ.ศ.2437 โดยรวมเมืองนครชัยศรี สมุทรสาครและสุพรรณบุรี เข้าในมณฑลเดียวกัน เรียกว่า มณฑลนครชัยศรี ตั้งที่ว่าการมณฑลที่เมืองนครชัยศรี ต่อมาปี พ.ศ. 2439 ได้ย้ายที่ว่าการมณฑลไปตั้งที่พระปฐมเจดีย์

ในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดให้เปลี่ยนเมืองนครชัยศรีเป็นเมืองนครปฐม เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ.2456 และทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ใช้จังหวัดแทนเมือง ฉะนั้น เมืองนครปฐมจึงเปลี่ยนเป็นจังหวัดนครปฐม และยุบอำเภอเมืองเดิมเป็นอำเภอ นครชัยศรี ขึ้นกับจังหวัดนครปฐม

เนื่องในโอกาสที่พุทธศาสนาเวียนมาบรรจบครบรอบ 2,500 ในปี พ.ศ. 2500 รัฐบาลสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม และประชาชนได้จัดงานเฉลิมฉลอง 25 พุทธศตวรรษ และมีมติให้สร้างพุทธมณฑลขึ้นเป็นศูนย์กลางทางศาสนา ในเนื้อที่ 2,500 ไร่ ตำบลศาลายา อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชมหาราช ได้เสด็จพระราชดำเนินมาทรงประกอบพิธีพุทธบูชาพุทธมณฑล เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2498 และได้เริ่มก่อสร้างมาตั้งแต่ปี 2500 มีการก่อสร้างถนนหลายสายเข้าพุทธมณฑล มีการก่อสร้างมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา และสถานศึกษาตลอดจนสถานที่ราชการอื่นอีกหลายแห่งทำให้บริเวณนี้เจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว

เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2534 กระทรวงมหาดไทย ได้ตั้งกิ่งอำเภอพุทธมณฑล โดยแบ่งเขตอำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวน 3 ตำบล คือตำบลศาลายา ตำบลคลองโยง และตำบลมหาสวัสดิ์ ตั้งที่ว่าการอำเภอที่ตำบลศาลายา และในวันที่ 5 ธันวาคม 2539 ได้รับยกฐานะเป็นอำเภอพุทธมณฑล มีนายสมคิด คุชชังยี เป็นนายอำเภอพุทธมณฑล นายแพทย์วัฒนา เทียมปฐม เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธมณฑล และนายสุทิน พริงคำกู เป็นสาธารณสุขอำเภอพุทธมณฑล

อำเภอพุทธมณฑลเป็นอำเภอที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นศูนย์กลางทางศาสนา การศึกษา การคมนาคมขนส่ง ศิลปะและการท่องเที่ยว นอกจากนี้ยังเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันน้ำท่วมกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันตก

วิสัยทัศน์ เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีคุณภาพโดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม นำไปสู่การมีสุขภาพดี ก่อนปี พ.ศ.2552

พันธกิจ

1. ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างมีคุณภาพ

2. สนับสนุนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดูแลคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

3. เสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพ โดยประสานขอความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

4. บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ การดำเนินงาน

ข้อปฏิบัติและป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของอำเภอพุทธมณฑล

การป้องกันโรคใช้เลือดออก

จนกระทั่งทุกวันนี้ยังไม่ยาที่ใช้รักษาใช้เลือดออก หรือวัคซีนป้องกันใช้เลือดออก ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดโดยป้องกันการแพร่ของยุง เเท่าที่ผ่านมาการควบคุมยังได้ผลไม่ดีเนื่องจากเน้นเรื่องการทำลายยุงซึ่งสิ้นเปลืองงบประมาณ และการควบคุมยุงต้องทำเป็นบริเวณกว้าง การควบคุมที่จะให้ผลยั่งยืนควรจะเน้นที่การควบคุมลูกน้ำ การควบคุมสามารถร่วมหน่วยงานราชการอื่น องค์กรเอกชน ท้องถิ่น ดังนั้นการควบคุมที่ดีต้องบูรณาการเอาหน่วยงานที่มีอยู่ และวิธีการต่างๆ (การควบคุมสิ่งแวดล้อม การใช้ทางชีวภาพ การใช้สารเคมี)

การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environmental Management)

การควบคุมสิ่งแวดล้อมเป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้ยุงมีการขยายพันธุ์

1. แทงค์ บ่อ กะละมัง ที่เก็บกักน้ำจะเป็นแหล่งที่ยุงออกไข่และกลายเป็นยุง ต้องมีฝาปิด และหมั่นตรวจสอบว่ามีลูกน้ำหรือไม่

2. ให้ตรวจรอยรั่วของท่อน้ำ แทงค์น้ำหรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับน้ำว่ารั่วหรือไม่ โดยเฉพาะฤดูฝน

3. ตรวจสอบแจกัน ถ้วยรองขาโต๊ะ ต้องเปลี่ยนน้ำทุกสัปดาห์ สำหรับแจกันอาจจะใส่ทรายผสมลงไป ด้วยถ้วยรองขาโต๊ะให้ใส่เกลือเพื่อป้องกันลูกน้ำ

4. มั่นตรวจสอบถาดรองน้ำที่ตู้เย็นหรือเครื่องปรับอากาศเพราะเป็นที่แพร่พันธุ์ของยุง โดยเฉพาะถาดระบายน้ำของเครื่องปรับอากาศซึ่งออกแบบไม่ดี โดยระบายน้ำอยู่เหนือถาดหลายเซนติเมตร ทำให้มีน้ำขังซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

5. ตรวจสอบๆ บ้านว่ามีแหล่งน้ำขังหรือไม่ ท่อระบายน้ำบนหลังคามีแอ่งขังน้ำหรือไม่ หากมีต้องจัดการ

6. ขุดน้ำ ครอบป้องกัน หรือภาชนะอื่นที่อาจจะเก็บขังน้ำ หากไม่ใช่ให้ใส่ถุงหรือฝังดินเพื่อไม่ให้มีน้ำขัง

7. ยางเก่าที่ไม่ใช่ก็เป็นแหล่งขังน้ำได้เช่นกัน

8. หากใครมีรั้วไม้ หรือต้นไม้ที่มีรูกลวง ให้นำคอนกรีตเทใส่ปิดรู ต้นไม้ไม่ต้องตัดตรงข้อ และให้เทคอนกรีตปิดแอ่งน้ำ

การป้องกันส่วนบุคคล

1. ใส่เสื้อผ้าที่หนาพอสมควร ควรจะใส่เสื้อแขนยาว และกางเกงขายาว เด็กนักเรียนหญิงก็ควรใส่กางเกง

2. การใช้ยาฆ่ายุง เช่น Pyrethrum ก่อนสารเคมี

3. การใช้กลิ่นกันยุง เช่น ตะไคร้ หรือสารเคมีอื่นๆ นอนในมุ้งลวด หรือมุ้ง

การควบคุมยุงโดยทางชีวะ

1. เลี้ยงปลาในอ่างที่ปลูกต้นไม้ หรือแหล่งน้ำตามธรรมชาติ

2. ใช้แบคทีเรียที่ผลิตสาร Toxin ฆ่ายุงได้แก่เชื้อ Bacillus thuringiensis serotype H-14 (Bt.H-14) and Bacillus sphaericus (Bs)

3. การใช้เครื่องมือดักจับลูกน้ำซึ่งเคยใช้ได้ผลที่สนามบินของสิงคโปร์ แต่สำหรับกรณีประเทศไทยยังได้ผลไม่ดี เนื่องจากไม่สามารถควบคุมแหล่งน้ำธรรมชาติ จึงยังมีการแพร่พันธุ์ของยุง การใช้สารเคมีในการควบคุม

4. การใช้ยาฆ่าลูกน้ำ วิธีการนี้จะสิ้นเปลืองและไม่เหมาะที่จะใช้อย่างต่อเนื่อง วิธีการนี้จะเหมาะสมสำหรับพื้นที่ที่มีการระบาดและได้มีการสำรวจพบว่า มีความชุกของยุงมากกว่าปกติ

5. Temephos 1% sand granules โดยการใส่ทรายที่มีสารเคมีนี้ตามอัตราส่วนที่กำหนด ซึ่งไม่อันตรายต่อคน

6. การใช้สารเคมีพ่นตามบ้านเพื่อฆ่ายุง วิธีการนี้ใช้ในประเทศเอเชียหลายประเทศมานานกว่า 20 ปี แต่จากสถิติของการระบาดไม่ได้ลดลงเลย การพ่นหมอกควันเป็นรูปธรรมที่มองเห็นว่ารัฐบาลได้ทำอะไรเกี่ยวกับการระบาด แต่การพ่นหมอกควันไม่ได้ลดจำนวนประชากรของยุง ข้อเสียคือทำให้คนละเลยความปลอดภัย การพ่นหมอกควันจะมีประโยชน์ในกรณีที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก

การปฏิบัติเมื่อมีคนในบ้าน/ข้างบ้านเป็นไข้เลือดออก

1. เนื่องจากไข้เลือดออกระบาดโดยมียุงเป็นตัวแพร่พันธุ์ ดังนั้นเมื่อมีคนในบ้านหรือข้างบ้านเป็นไข้เลือดออก ควรจะบอกคนในบ้านหรือข้างบ้านว่ามีไข้เลือดออก

2. แจ้งสาธารณสุขให้มาฉีดยาหมอกควันเพื่อฆ่ายุง
3. ให้สมาชิกในครอบครัวป้องกันการถูกยุงกัดโดยการป้องกันส่วนบุคคลดังกล่าวข้างต้น
4. สำรวจภายในบ้าน รอบบ้าน รวมทั้งเพื่อนบ้านว่ามีแหล่งแพร่พันธุ์ยุงหรือไม่ หากมีให้จัดการเสีย
5. ฝ้าดูอาการของสมาชิกในบ้านหรือข้างบ้านว่ามีไข้หรือไม่ หากมีไข้ให้ระวังว่าอาจจะเป็นไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Dengue Virus มียุงลาย *Aedes aegypti* เป็นพาหะนำโรค เป็นมากในช่วงฤดูฝน มีลักษณะที่สำคัญของโรคคือ มีไข้สูงร่วมกับอาการเลือดออกที่ผิวหนังและ/หรืออวัยวะภายใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบทางเดินอาหาร มีตับโต และมักจะมีภาวะช็อกซึ่งทำให้ถึงตายได้ (Morris, 1976 : 214)

สถานการณ์และการระบาดของโรคไข้เลือดออก

การระบาดของไข้เลือดออก มีมานานกว่า 300 ปี ในบริเวณเส้นศูนย์สูตรระบาดครั้งแรกถูกบันทึกไว้เมื่อปี 1635 ทางตอนใต้ของฝรั่งเศส และจีน ระบาดครั้งแรกเมื่อปี 1779 ในโบตาเวีย กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย และกรุงไคโร ประเทศอียิปต์ ในปี 1780 มีการระบาดครั้งใหญ่ที่ฟิลาเดเฟีย เพนซิลเวเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา (Duane, 1994) ในปี 1897 ประเทศออสเตรเลียมีการระบาดของไข้เดงกี (Dengue Fever) ร่วมกับไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever : DHF) เป็นครั้งแรก และมีการระบาดที่คล้ายกันในประเทศกรีซ และได้หวัน ในปี 1928 และ 1931 ตามลำดับ มีการยืนยันของการระบาดของไข้เลือดออก ครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ในปี 1953-1954 และนับตั้งแต่นั้นมา มีการระบาดของไข้เลือดออก ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้ง อินเดีย, มัลดีฟส์, ศรีลังกา, ไคลัมเบีย, จีน, เปรู ในปี 1903 เฮช การ์แฮม (H. Graham) ได้ศึกษาและมีหลักฐานยืนยันว่าไวรัสเดงกีติดต่อโดยมียุงเป็นพาหะ ปี 1906 ทีแอล แบงคอฟ (T.L. Bancroft) ได้พบว่า ยุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคไข้เดงกี ในปี 1944 อัลเบิร์ต ซาบิน (Albert Sabin) ได้แยกเชื้อเดงกีไวรัสได้เป็นครั้งแรกจากทหารที่ป่วยในกรุงกัลกัตตา ประเทศอินเดีย นิวจีเนีย และฮาวาย ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 *Aedes aegypti* ได้ขยายพันธุ์อย่างมากในแถบเอเชีย การมีแหล่งเสื่อมโทรมเพิ่มขึ้นหลังสงครามโลกทำให้เกิดมากขึ้นร่วมกับการอพยพลี้หนีฐานของผู้คนทำให้มีการระบาดของโรคเพิ่มขึ้น ทั้ง Dengue hemorrhagic fever/Dengue shock syndrom (DHF/DSS) ในหลายประเทศ

แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในช่วงปี 1960 - 1969 และในปี 1975 DHF/DSS เป็นสาเหตุหลักของการป่วยและการตาย

ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศฟิลิปปินส์เป็นประเทศแรกที่มีการระบาดของไข้เลือดออก ในปี 1953 มีประชากรที่ป่วยมากกว่า 10,000 คน และอัตราการตาย 0.7 ต่อประชากร 100,000 คน (Veronica, 1987) ประเทศอินโดนีเซียเริ่มมีการระบาดในปี 1968 ที่กรุงจาการ์ตา พบผู้ป่วย 58 ราย เสียชีวิต 24 ราย นับแต่นั้นเป็นต้นมา มีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น ในปี 1973 1983 และ 1985 มีจำนวน 10,189 13,668 และ 13,588 ราย ตามลำดับ การระบาดส่วนใหญ่จะระบาดในเมือง จะเริ่มระบาดในเดือนตุลาคม – เมษายน อัตราการตายในช่วงปี 1981 – 1985 เท่ากับ 3.39 ถึง 8.65 ต่อประชากร 100,000 คน (Sumarmo, 1987) ในมาเลเซียพบว่าการระบาดของไข้เลือดออกครั้งแรกในปี 1973 ชนิด Dengue type 3 (Rebecca, 1987) ในประเทศสิงคโปร์มีการรายงานการระบาดครั้งแรกปี 1960 นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศสิงคโปร์ ในปี 1968 อัตราตาย 42.2 ต่อ 100,000 ประชากร ในปี 1969 สิงคโปร์มีโปรแกรมการควบคุมยุงลาย ร่วมกับการให้ความรู้และออกเป็นกฎหมาย ในปี 1969 – 1972 พบว่า อัตราตายลดลงเหลือ 3 – 10 ต่อ 100,000 ประชากร (Goh, et al., 1987)

ในประเทศไทยเริ่มมีการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ.2501 รายงานผู้ป่วย 2,158 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 8.80 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราตาย ร้อยละ 13.90 มีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ.2530 คือ 174,285 ราย มีอัตราป่วยตายร้อยละ 0.05 ในปี พ.ศ.2540 และ 2541 มีรายงานผู้ป่วย 101,689 ราย และ 127,189 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 169.13 และ 209.14 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 0.25 และ 0.34 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มที่สูงมากขึ้นตลอด กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีโครงการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ปี 2542 – 2543 เนื่องในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมีพระชนมายุครบ 72 พรรษา ระหว่างดำเนินการอย่างจริงจังพบว่า จำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างมาก คือในปี 2542 และ 2543 มีรายงานผู้ป่วย 24,826 และ 18,617 ราย คิดอัตราป่วย 40.39 และ 30.19 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตเป็น 56 และ 32 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.23 และ 0.17 ตามลำดับ ภายหลังจบโครงการฯ ในปี พ.ศ. 2544 2545 2546 และ 2547 มีรายงานผู้ป่วยเป็น 118,308 108,905 62,226 และ 37,878 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 191.19 174.78 99.09 และ 60.05 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 222 172 และ 51 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.19 0.16 0.12 และ 0.13 ตามลำดับ สถานการณ์ปัจจุบัน ตั้งแต่ 1 ม.ค. - 7 พ.ค. 2548 พบผู้ป่วยทั้งหมด 7,215 ราย เสียชีวิต 12 ราย (กรมควบคุมโรค, 2548)

อายุ ในปีแรกที่มีการระบาดมีรายงานเฉพาะผู้ป่วยเด็ก ในทศวรรษที่ 2 เริ่มมีรายงานในผู้ป่วย ผู้ใหญ่ (> 15 ปี) น้อยกว่า 5 % ตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 3 ที่มีการระบาดใหญ่ รายงานในผู้ใหญ่เพิ่มมากขึ้นเป็น 10 – 15 % ปัจจุบันมีรายงานในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ๆ เช่น

กรุงเทพมหานครมีรายงานในผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก อายุที่มีการเจ็บป่วยสูงสุดเปลี่ยนจาก น้อยกว่า 5 ปี เป็น 5 – 10 ปีในทศวรรษที่ 3 และปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะพบมากในช่วงอายุ 10 – 15 ปี

สาเหตุ

เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคไข้เลือดออก คือ Dengue Virus ในประเทศไทยเป็น RNA Virus จัดอยู่ในตระกูล flaviviridae มี Serotype 1 2 3 4 ทั้ง 4 Serotype มี Antigen ร่วมบางชนิดจึง ทำให้มีการตอบสนองและการคุ้มกันร่วมกันได้แต่ไม่ถาวร ถ้าติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งจะมีภูมิคุ้มกันแบบถาวรต่อชนิดนั้น แต่จะมีภูมิคุ้มกันบางส่วน (Partial Immunity) ต่อชนิดอื่นๆ อีก 3 ชนิดอยู่ประมาณ 6 – 12 เดือน หลังจากระยะนี้แล้วจะมีการติดเชื้อชนิดอื่นที่ต่างจากครั้งแรกเป็น Secondary Dengue Infection การติดเชื้อซ้ำ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิด Dengue Hemorrhagic Fever ผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออก เดงกีประมาณร้อยละ 80 - 90 มักเป็นผู้ที่มีการติดเชื้อเดงกีซ้ำ (Secondary Virus Infection) ที่พบบ่อย คือ เชื้อเดงกีชนิดที่ 2 ซึ่งมักทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น พบมากในกลุ่มเด็กอายุ 5 - 9 ปี รองลงมาคือ อายุ 10 -14 ปี และ 1 - 4 ปีตามลำดับ สัดส่วนการป่วยระหว่างชายกับหญิงใกล้เคียงกัน แต่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตมักเป็นหญิงมากกว่าชาย ส่วนผู้ที่เป็นโรคนี้เมื่อมีการติดเชื้อครั้งแรก (Primary Dengue Infection) มักพบในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งทุกรายมี Passive Dengue Antibody จากแม่อยู่ (ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรุต และสุจิตรา นิมนานิตย์, 2546 : 35-36)

การติดต่อ

โรคไข้เลือดออกมียุงลายเป็นพาหะนำโรค ยุงลายที่เป็นตัวนำโรคในประเทศไทยมีอยู่ 2 ชนิดคือ *Aedes aegypti* และ *Aedes Albopictus* ยุงตัวเมียจะกัดและดูดเลือดที่มีเชื้อไวรัสจากผู้ป่วย เชื้อไวรัสจะเข้าสู่ทางเดินอาหารของยุงไปเพิ่มจำนวนอยู่ในไซโตพลาสซึม เมื่อมีปริมาณมากแล้วเชื้อจะเคลื่อนมาอยู่ที่ต่อมน้ำลาย ระยะเวลาตั้งแต่ยุงดูดเลือดเข้าไปจนสามารถปล่อยเชื้อออกจากรูน้ำลายได้ นี้เรียกว่า ระยะฟักเชื้อภายนอก (Extrinsic Incubation) ใช้เวลาประมาณ 8 - 10 วัน หลังจากนั้นยุงจะมีเชื้อไวรัสในตัวตลอดอายุของมัน ซึ่งยาวประมาณ 1 - 2 เดือนโดยไม่มีผลเกิดโรคกับยุงนั้น และจะถ่ายทอดเชื้อให้คนปกติได้ทุกครั้งที่ถูกกัด เมื่อคนได้รับเชื้อเข้าไปในร่างกายจนคนเริ่มมีอาการ ซึ่งเป็นระยะฟักตัวของโรคจะใช้เวลาไม่แน่นอนอาจเป็น 5 - 8 วัน ยุงลายเป็นยุงในบ้านและรอบบ้านบินได้ ไม่ไกลนัก มีรศมีการบินประมาณ 25 - 50 เมตร ชอบวางไข่ในน้ำนิ่งใสสะอาด และมีแหล่งเพาะพันธุ์ในบริเวณบ้าน เช่น คุ่มน้ำ แจกัน ขารองตู้กับข้าว รวมทั้งมีน้ำฝนที่ขังตามภาชนะแตก ตามบ่อ บึง เป็นต้น เวลาที่พบมากที่สุดคือเวลา 09.00 - 11.00 น. และ 13.00 - 14.30 น. จึงยากต่อการไม่ให้ยุงกัด เพราะเป็นช่วงเวลาที่คนนอนนอกมุ้ง

โดยทั่วไปจะพบโรคนี้ชุกในฤดูฝน เนื่องจากมีจำนวนยุงเพิ่มมากกว่าฤดูอื่นๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในอุณหภูมิและความชื้นมีผลต่อ Biting Rate และวัฏจักรของไวรัสในตัวยุง นอกจากนี้อาจเป็นเพราะว่าเด็กอยู่ในบ้านในเวลากลางวันของฤดูฝนมากขึ้น โอกาสที่จะถูกยุงกัดจึงมี

มากขึ้นด้วยและจะทำให้เกิดโรคในประมาณ 2 เดือนถัดมา ทั้งนี้เฉพาะกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ อาจพบโรคนี้ประปรายตลอดทั้งปี (ศิริแพทย์ กัลป์ยานรุต และสุจิตรา นิมมานนิตย์, 2546 : 51)

การแบ่งกลุ่มของไข้เลือดออก

องค์การอนามัยโลก แบ่งลักษณะทางคลินิกของโรคออกเป็น 3 ชนิด ตามลักษณะ ความรุนแรงของโรค

1. ไข้เดงกี (Dengue Fever) เป็นโรคที่มีความรุนแรงน้อยและอัตราตายต่ำ พบบ่อยในเด็กโต และผู้ใหญ่ อาการขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ในเด็กเล็กมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ในเด็กโตและ ผู้ใหญ่อาการจะรุนแรงกว่าในเด็กทารกและเด็กเล็ก มีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้ออาการ ปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อในผู้ใหญ่อาจรุนแรงมากจนได้ชื่อว่า break bone fever ต่อมาน้ำเหลืองโดทั่วๆ ไป มีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง อาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนังได้ โรคนี้จะหายเองภายใน 4 - 5 วัน โดยไม่มี ภาวะแทรกซ้อนหรือตาย

2. ไขคล้ายเดงกี (Dengue like fever, Undifferentiated febrile illness, Viral Syndrome) มีอาการคล้ายๆ ไข้เดงกีแต่มีอาการน้อยกว่า การดำเนินโรคสั้นกว่า การดำเนินโรคหรือไข้ไม่แตกต่าง จากการติดเชื้อไวรัสตัวอื่นๆ เช่น ไข้หวัดหรือไขคล้ายไข้หวัดใหญ่

3. ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Hemorrhagic fever) เป็นโรคที่รุนแรงกว่ากลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 มีไข้สูงทันทีมีอาการเลือดออกใต้ผิวหนังหรือออกจากอวัยวะอื่น มีลักษณะเฉพาะคือ มีการรั่ว ของพลาสมาชนิดที่รุนแรงที่สุด มีอาการช็อคร่วมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี จึงมี 2 พวกคือ พวกที่มีอาการช็อคและพวกที่ไม่มีอาการช็อค

อาการและอาการแสดง

ศิริแพทย์ กัลป์ยานรุต และสุจิตรา นิมมานนิตย์ (2546 : 41-42) ได้แบ่งอาการและอาการ แสดงเป็น 3 ระยะคือ

1. ระยะไข้ (Febrile Phase) จะมีไข้สูงเฉียบพลันโดยไม่มีอาการนำมาก่อน ไข้จะสูงลอยอยู่ ระหว่าง 39 - 40 องศาเซลเซียส นานประมาณ 2 - 7 วัน และประมาณร้อยละ 15 อาจนานเกิน 7 วัน ลักษณะไข้ในบางรายอาจจะขึ้นๆ ลงๆ ในเด็กเล็กถ้าไข้สูงมากอาจมีอาการชักได้ ส่วนใหญ่จะมีหน้าแดง เนื่องจากการขยายตัวของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย รวมทั้งบริเวณลำคอ หน้าอก ตามตัวจะมีผื่นแดง ตาอาจจะแดงและคอแดงเจ็บ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรือไอ ในเด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ และปวดเมื่อยตามตัวพร้อมๆ กับที่มีไข้สูง มีส่วนน้อยที่มีอาการไอแบบไม่มีเสมหะ อาการระบบ ทางเดินอาหารที่พบบ่อยคือ เบื่ออาหาร อาเจียน และปวดท้องบริเวณชายโครงขวา เนื่องจากตับโต อาการอาเจียนและปวดท้องอาจจะเป็นอาการนำร่วมกับไข้

ส่วนใหญ่เมื่อทดสอบ Tourniquet Test จะให้ผลบวกตั้งแต่วันที่วันแรกๆ อาการที่พบ ร่วมเสมอ คือ เลือดซึมบริเวณที่เจาะเลือดหรือที่ฉีดยา นอกจากนี้อาจพบอาการเลือดออกที่อื่นๆ ได้

เช่น มีเลือดกำเดาออก เลือดออกใต้เยื่อบุตา ออกจากเหงือกโดยเฉพาะที่ฟันผุ อาการที่รุนแรง คือ เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ จะเห็นอาเจียนเป็นเลือดเก่าๆ และถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ อาการตับโต ส่วนใหญ่จะคลำตับโตได้ประมาณวันที่ 3 - 4 ของระยะไข้

2. ระยะช็อกหรือระยะวิกฤติ (Toxic phase, Shock or Hemorrhage) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 ประเภทไม่ช็อก ผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง เมื่อไข้ลด อาการต่างๆ จะดีขึ้น ส่วนใหญ่ไข้จะลด อาจมีเหงื่อออกมาก มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว และความดันเลือดเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย แต่เป็นช่วงเวลาสั้นๆ แล้วจะกลับเป็นปกติได้เอง หรือเป็นปกติหลังจากได้รับการรักษาในช่วงระยะสั้นๆ ผู้ป่วยจะเริ่มอยากรับประทานอาหารซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยพ้นระยะอันตรายแล้ว

2.2 ประเภทช็อก ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระยะไข้ระหว่างวันที่ 3 - 7 ของโรค โดยอาการจะเลวลงเมื่อไข้ลดลงอย่างกระทันหัน บางรายอาจมีอาการรุนแรงก่อนไข้ลดหรือหลังไข้ลดแล้วภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายมากขึ้น อาเจียนบ่อยขึ้น มีเลือดเก่าๆ ปนออกมา หรือบางครั้งเป็นเลือดสดๆ จะมีอาการเลือดช้ำตามผิวหนัง อาการช็อกจะเริ่มด้วยชีพจรเบาและเร็วขึ้น มือเท้าเย็น กระสับกระส่าย รอบๆ ปากเขียว บางรายจะมีอาการปวดท้องมากก่อนจะมีอาการช็อก วัดความดันเลือดลดลง ต่อมาแรงดันเลือดต่ำลงจนวัดไม่ได้ รวมทั้งวัดชีพจรไม่ได้ ผิวหนังจะเขียวคล้ำเย็นขึ้น มีเหงื่อออกทั้งตัว ในรายที่ช็อกอยู่นานอาจมีเลือดออกอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในทางเดินอาหาร ระยะนี้จะกินเวลา 24 - 48 ชั่วโมง ถ้าช่วยเหลือไม่ทันผู้ป่วยจะตายได้จากภาวะการไหลเวียนเลือดล้มเหลว และเลือดออกอย่างแรง อาการทางสมองมักไม่ค่อยพบแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะช็อก ส่วนใหญ่จะรู้สึกตัวดี พุดรู้เรื่อง นอกจากรายที่รุนแรงหรือช็อกอยู่นาน โดยเฉพาะที่มีเลือดออกมากอาจจะมีอาการซึม ชักกระตุก และไม่รู้สึกรู้สึ

3. ระยะพักฟื้น (Convalescence Phase) ถ้าผู้ป่วยปลอดภัยจากระยะช็อก จะมีอาการเข้าสู่ระดับปกติภายใน 2 - 3 วัน คือ รู้สึกตัวดีรับประทานอาหารได้ ดับเริ่มลดขนาดลง อาการดังตามแขนขา และน้ำที่คั่งอยู่ในช่องว่างต่างๆ จะกลับคืนเข้าสู่ระบบไหลเวียนแล้วขับถ่ายออกทางปัสสาวะ นอกจากรายที่มีอาการช็อกอยู่นานอาจมีไตเสื่อมหน้าที่ได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีภาวะน้ำเกินในหลอดเลือด

การแบ่งความรุนแรงของโรค

ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรุต และสุจิตรา นิมนานนิตย์ (2546 : 11-12) เนื่องจากโรคไข้เลือดออกมีความรุนแรงแตกต่างกัน จึงอาจแบ่งได้เป็น 4 เกรด คือ

เกรดที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการไข้ มีอาการเลือดออกเพียงจุดเลือดออกเล็กๆ ตามผิวหนังเท่านั้น และความข้นของเลือดเพิ่มขึ้น

เกรดที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการเลือดออกมากกว่าจุดเลือดออกเล็กๆ ได้ผิวหนังและมีความข้นของเลือดเพิ่มชัดเจน คือ เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 ของระดับปกติแต่ความดันเลือดปกติ

เกรดที่ 3 เริ่มมีอาการและอาการแสดงของซ็อก เช่น กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น เหงื่อออกมากชีพจรเบาเร็ว หรือความดันเลือดต่ำลง และ/หรือมีเลือดออกร่วมด้วย

เกรดที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการซ็อกอย่างมาก คลำชีพจรไม่ได้ วัดความดันเลือดไม่ได้และ/หรือมีเลือดออกอย่างมากโดยเฉพาะอาเจียน หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

การรักษา

สุจิตรา นิมนานินิตย์ (2535 : 19) ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัส การรักษาเป็นแบบประคับประคอง ซึ่งปฏิบัติดังนี้

1. ให้ยาลดไข้, เช็ดตัวลดไข้ ยาลดไข้ที่ควรใช้คือ พาราเซตามอน ไม่ควรใช้ยาจำพวกแอสไพรินเนื่องจากจะทำให้เกร็ดเลือดผิดปกติและระคายกระเพาะอาหาร
2. ให้สารน้ำชดเชย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีภาวะขาดน้ำ เนื่องจากไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน ในรายที่พอกทานได้ให้ดื่มน้ำเกลือแร่บ่อยๆ ในรายที่ขาดน้ำมาก หรือ มีภาวะเลือดออก เช่น อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้สารน้ำทางเส้นเลือด
3. ติดตามดูอาการใกล้ชิด ถ้ามีอาการปวดท้อง ปัสสาวะน้อยลง กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น โดยเฉพาะในช่วงไข้ลดต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที
4. ตรวจนับจำนวนเกร็ดเลือดและความเข้มข้นของเลือดเป็นระยะเพื่อใช้พิจารณาปริมาณการให้สารน้ำชดเชย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2540) พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การแสดงออกของบุคคลไม่ว่าจะในลักษณะของการกระทำหรืองดเว้นไม่กระทำแล้วมีผลต่อบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและป้องกันไม่ให้เกิดโรค

เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 141) พฤติกรรมการป้องกันโรค แบ่งออก 3 ระดับ ดังนี้

1. การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดเจ็บป่วยเฉพาะ ได้แก่ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การปฏิบัติตามระเบียบและกฎจราจรอย่างเคร่งครัดในการขับขี่ยานพาหนะ เช่น ไม่ดื่มสุรา ไม่รับประทานยาบ้า ใช้ความเร็วตามกฎหมายกำหนดคาดเข็มขัดนิรภัย
2. การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการตรวจค้นโรคในระยะเริ่มแรกและปฏิบัติการเพื่อหยุดยั้งกระบวนการทางพยาธิสภาพอย่างทันทั่วทั้งที่มีผลให้ลดความรุนแรง

และระยะเวลาของโรคที่จะเกิดขึ้นกับบุคคล หรือเพื่อช่วยให้บุคคลกลับคืนสู่สภาพเดิมได้โดยเร็วที่สุด เช่น การตรวจค้นหาเซลล์มะเร็งเรื้อรังปากมดลูก การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจร่างกายประจำปี ฯลฯ

3. การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือพิการที่ไม่อาจแก้ไขได้ ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการป้องกันในระดับนี้ คือ การฟื้นฟูสภาพซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่เพียงแต่หยุดยั้งการดำเนินโรค แต่ยังช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่ให้ได้อย่างเต็มที่

สรุป พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค, การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ชนวรรณ อัมสมบุญ (2540) จำแนกตามสภาวะสุขภาพและพัฒนาสุขภาพได้ 4 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness or Sick-role Behavior) คือการกระทำหรือการแสดงออกเมื่อรับรู้ได้ว่าตนเองเกิดเจ็บป่วยหรือบุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย

2. พฤติกรรมการรักษา (Health Care Seeking Behavior) คือ การกระทำหรือการปฏิบัติเมื่อบุคคลตัดสินใจแล้วว่าอาการเจ็บป่วยนั้นๆ ต้องการการรักษาพยาบาล

3. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) คือ การกระทำหรือการปฏิบัติหรือการงดเว้นไม่กระทำ หรือไม่ปฏิบัติเพื่อให้ตนเอง หรือบุคคลอื่นไม่เจ็บป่วย

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) คือ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้ตนเอง หรือบุคคลอื่นมีสุขภาพที่ดีตามกระบวนการ

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ชนวรรณ อัมสมบุญ (2540) พฤติกรรมสุขภาพมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

1. ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจ การให้ความหมายของสิ่งต่างๆรวมทั้งความสามารถและทักษะด้านสติปัญญา เป็นต้น

2. ด้านเจตพิสัย (Affective Domain) ได้แก่ ท่าที ความรู้สึก ความคิดเห็น ความชอบหรือไม่ชอบ การให้คุณค่าต่อสิ่งที่มีกระทบเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล

3. ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายเป็นความตั้งใจหรือท่าทีที่แสดงออกว่าจะปฏิบัติในอนาคต

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 5 ด้านดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช, 2544)

1. องค์ประกอบทางจิตวิทยา หมายถึง องค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ ประกอบด้วย

วุฒิภาวะการรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ ความสนใจ เป้าหมาย การตั้งใจ ทักษะคิด อารมณ์ และความสามารถ

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคมและวัฒนธรรม

2.1 ครอบครัว เป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด และเป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมทางสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก เช่น บางครอบครัวปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหารบางอย่าง หรือไม่รับประทานอย่างให้กับลูก เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก นอกจากเรื่องของการอาหาร ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่นๆ เช่น การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของอวัยวะต่างๆของร่างกาย การรักษาความสะอาดของบ้านเป็นต้น ประเภทของครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นในครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก จะมีผลดีในด้านความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจ พ่อแม่ลูกมีความรักใคร่แน่นแฟ้น การปลูกฝังพฤติกรรมปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยจะช่วยให้เด็กเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งต่างจากครอบครัวขยายซึ่งมีญาติพี่น้องที่มีความคิดที่แตกต่างออกไปทำให้เกิดความขัดแย้ง

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพมาก เช่น ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้ายๆ กัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่น

2.3 สถานภาพทางสังคม ที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรมอนามัยของบุคคลแตกต่างกัน เช่นสตรีที่อยู่กับบ้านมีแนวโน้มจะมีลูกมากกว่าสตรีที่ทำงานนอกบ้าน

2.4 วัฒนธรรม เป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่าง แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง มนุษย์ได้เรียนรู้จากสังคม ได้แก่ วิธีการครองชีวิต ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี กฎข้อบังคับมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมาก

2.5 ศาสนา มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างมาก และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น คำสอนในพุทธศาสนาบางอย่างกลายเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีไทย เช่น มรรยาทในการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่พอควรไม่ให้น้อยหรืออิ่มเกินไป หลักธรรมทางพุทธศาสนาสอนให้คนรู้จักการปรับตัวทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องจะช่วยให้มีสุขภาพจิตดี

3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาณะเดียวกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มประชาชนที่ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ

4. องค์ประกอบด้านการศึกษา ประชากรที่ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีผลต่อ ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาดำรงมีความรู้

ทัศนคติและการปฏิบัติทางสุขภาพไม่ถูกต้อง ปัญหาทางการแพทย์ส่วนใหญ่และสาธารณสุขจะพบในกลุ่มประชาชนที่มีการศึกษาต่ำ

5. องค์ประกอบด้านการเมือง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งทางด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการรักษาพยาบาล กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ช่วยเหลือประชาชนที่มีรายได้น้อยให้มีโอกาสด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก ดังนี้

1. การบริหารจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ (Breeding Place Management) การจัดการกับภาชนะซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ต้องคำนึงถึงลักษณะการใช้งาน เช่น โอ่งใส่น้ำดื่ม น้ำใช้ บ่อคอนกรีตในห้องน้ำ แจกัน กลยุทธ์ในการจัดการต้องเป็นวิธีป้องกันไม่ให้ภาชนะดังกล่าวเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ เช่น

- 1.1 ปิดฝาภาชนะให้มิดชิดด้วยผ้า ตาข่าย หรืออลูมิเนียมหรือแผ่นโลหะ
- 1.2 ทำความสะอาดขจัดล้างโอ่ง แจกัน ระบายน้ำทิ้งเปลี่ยนน้ำทุก 4 - 5 วัน
- 1.3 การจัดการกับวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว เช่น ขวด กระป๋อง โอ่งแตก ไหแตก ถังพลาสติก

ชำรุด ขางรถยนต์ กะลามะพร้าว เปลือกทุเรียน ถ้วย ขางพาราเก่า ฯลฯ โดยการเผาทำลาย ผึ่ง คั่ว เพื่อมิให้รองรับน้ำ

2. การควบคุมโดยใช้สารเคมี (Chemical Control)

2.1 การใช้มาตรการควบคุมโดยใช้สารเคมีต้องมีการวางแผนอย่างรัดกุม โดยอาศัยความรู้ทางชีวนิสของยุงพาหะ ระบาดวิทยาของโรค ความเป็นพิษของสารเคมีต่อมนุษย์และราคาของสารเคมีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารเคมีที่นำมาพ่นชนิดมีฤทธิ์ตกค้างหรือนำมาใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานทาง การเกษตร อาจทำให้ยุงพาหะเกิดความต้านทานต่อสารเคมี

2.2 การพ่นเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (Residual Spraying) สำหรับยุงลายส่วนใหญ่จะเป็นผ้าม่าน ตะกร้าผ้าใช้แล้ว ผ้าม่านด้านในของบ้าน ใต้หลังคา ความคงทนของสารเคมีขึ้นกับชนิดของผลิตภัณฑ์และปริมาณของสารเคมีที่ใช้ เน้นยุงพาหะซึ่งชอบหากินในบ้าน ชอบกินเลือดมนุษย์ ข้อเสียคือเป็นปัจจัยเสริมให้แมลงสร้างความต้านทานต่อสารเคมี จะทำให้แมลงเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น หากินนอกบ้านแทน

2.3 การพ่นฟุ้งหรือพ่นลอย (Space Spray Application) สำหรับยุงพาหะบินเกาะพัก จะทำให้ยุงตายได้ กระป๋องพ่นส่วนใหญ่เป็นชนิดอัดแก๊ส ซึ่งมีใช้ในบ้านเรือนและได้รับความสนใจมากกว่าครั้งศตวรรษ

2.4 การใช้สารเคมีกำจัดลูกน้ำ (Larvicides) ส่วนใหญ่ไม่เป็นอันตรายต่อสัตว์เลื้อยลูกด้วยนมและปลา อายุการใช้งานสั้นเพราะสลายตัวภายในเวลาประมาณ 7 – 10 วัน

3. การควบคุมโดยใช้วิธีทางชีววิทยา การนำสิ่งมีชีวิตตามธรรมชาติมาควบคุมยุงพาหะให้ได้ผล ต้องมีปริมาณมากพอที่จะควบคุมประชากรยุงได้

3.1 การใช้ปลากินลูกน้ำ ที่นิยมใช้คือ ปลาหางนกยูง ส่วนใหญ่จะเป็นปลาที่ออกลูกมาเป็นตัวครั้งละ 30 – 100 หรือ 200 – 300 ตัวต่อแม่ปลา 1 ตัว อัตราการใช้ปลากินลูกน้ำที่ได้ผลดีคือ ปลากินลูกน้ำ 3 – 5 ตัวต่อผืนน้ำหนึ่งตารางเมตร

3.2 ตัวห้ำเป็นศัตรูตามธรรมชาติที่สามารถควบคุมประชากรยุงได้ เช่น แมลงเหนียง แมลงดับเต่า ไรน้ำจืด ตัวอ่อนของแมงปอ ลูกน้ำยุงยักษ์

3.3 หนอนพยาธิ *Romanomermis culicivora* สามารถลดจำนวนลูกน้ำยุงได้มาก และสามารถอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ สามารถเพิ่มปริมาณได้เองตามธรรมชาติ

3.4 เชื้อรา ในสกุล *Tolypocladium* *Penicillium* *Coelomomyces* *Culicinomyces*, *Lagnidium* *Beauveria* *Crypticola* *Metarhizium* ที่มีการศึกษาพบว่า สามารถใช้ควบคุมยุงได้ บางชนิดสามารถเพิ่มปริมาณในตัวลูกน้ำยุงทำให้ลูกน้ำตายได้

3.5 แบคทีเรีย สามารถกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ผลดีคือ *Bacillus thuringiensis* Serotype H-14 เรียกย่อว่า Bti เป็นแบคทีเรียที่สามารถสร้างสปอร์และขับสารพิษ เมื่อลูกน้ำกินแบคทีเรียเข้าไป สารพิษนี้จะไปทำปฏิกิริยาเกิดพิษในกระเพาะ ทำให้ลูกน้ำยุงตายภายในไม่ถึงชั่วโมง จนกระทั่งถึง 48 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นที่ใช้ สารพิษนี้สามารถย่อยสลายเองในธรรมชาติ แต่ไม่สามารถเพิ่มจำนวนในธรรมชาติได้

3.6 โปรโตซัว ในสกุล *Lambornella* *Edhazardia* *Tetrahymena* สามารถทำลายลูกน้ำยุงได้แต่ขบวนการช้ากว่าแบคทีเรีย

3.7 ไมโครพลาสมา สกุลที่สามารถใช้ควบคุมยุงลายได้คือ *Spiroplasma* แต่ประสิทธิภาพในการทำลายช้า ทำให้ลูกน้ำยุงตายระหว่างเจริญเติบโต

3.8 ไวรัส เช่น *Densovirus* ซึ่งพบว่าเป็นเชื้อที่มีอยู่แล้วในยุงลายบ้าน

4. การควบคุมโดยวิธีทางพันธุกรรม

การควบคุมโดยวิธีทางพันธุกรรม เช่น ทำให้โครโมโซมของยุงพาหะเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถนำเชื้อได้ หรือทำให้ยุงไม่สามารถสืบพันธุ์หรือเพิ่มปริมาณได้ วิธีนี้ไม่ทำให้ยุงตาย แต่ยุงจะถูกควบคุม เช่น ยุงตัวผู้ถูกทำให้เป็นหมัน โดยผ่านกัมมันตรังสีหรือใช้สารเคมี การใช้สารเคมีมักมีพิษกับสัตว์เลื้อยค่อน ทำให้เกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติเสียสมดุล ปัจจุบันมีนักวิทยาศาสตร์หลายท่านได้ศึกษาพบว่าสิ่งมีชีวิตบางชนิด เช่น *Wulbachia Pipientis* ซึ่งเป็นแบคทีเรียทำให้ยุงเป็นหมันได้ในธรรมชาติ

5. การลดการสัมผัสระหว่างคนและยุง

มีวัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้ยุงพาหะนำโรคต่างๆ มีโอกาสกัดคน ซึ่งจะทำให้เกิดเจ็บป่วยได้ เช่น

5.1 การใช้มุ้ง ปัจจุบันมุ้งชุบสารเคมีซึ่งป้องกันยุงได้ดี ช่วยลดประชากรยุงที่มาเกาะ

5.2 การสวมเสื้อผ้าป้องกันร่างกายให้มิดชิด เสื้อผ้าควรมีความหนาและควรจะไม่หลวมเล็กน้อยไม่กระชับติดร่างกาย ผ้าที่มีสีดำหรือสีเข้มมักดึงดูดความสนใจให้ยุงมากได้มากกว่าผ้าสีอ่อน เพื่อลดอัตราการกัดของยุง

5.3 การใช้สารทาป้องกันยุง สารทาป้องกันยุง หรือสารไล่ยุงนี้ทำมาจากสารเคมี หรือสมุนไพร มีคุณสมบัติในการป้องกันไม่ให้ยุงมากัด หรือลดการกัด ตัวอย่างสาร เช่น N N-diethyl-mtoluamide ethyl butylacetylaminopropionate picaridine สมุนไพรที่ใช้ไล่ยุงได้ดี เช่น ตะไคร้หอม ใพล แมงลัก โหระพา กระเทียม สะระแหน่ มะกรูด ยูคาลิปตัส ขมิ้นชัน ฯลฯ

5.4 การใช้ยาจุดกันยุง ผลิตภัณฑ์ซึ่งเมื่อใช้ไฟจุดแล้วสามารถระเหยออกฤทธิ์ขับไล่ยุงได้คุณสมบัติในการไล่ยุงหรือกำจัดยุงไม่ให้เข้ามาบริเวณดังกล่าว สารออกฤทธิ์ที่องค์การอนามัยโลกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีอันตรายน้อย เช่น สารกลุ่มไพรีทรอยด์ หรือสมุนไพร เพราะค่อนข้างปลอดภัยต่อมนุษย์

5.5 การใช้ตาข่ายป้องกันยุงกัด (Screening) ปัจจุบันมีการใช้มุ้งลวดป้องกันยุงกัดทั่วไปในเขตเมือง หรือตามชนบท มุ้งลวดทำด้วยไนลอน ซึ่งต้องมีการออกแบบอย่างดีเพื่อป้องกันช่องซึ่งยุงสามารถผ่านได้ ขนาดมุ้งลวดที่เหมาะสมคือ 16 – 18 ช่องต่อนิ้ว

6. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมยุงพาหะ หมายถึง การวางแผน การจัดการองค์การ และการกำกับกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้มีการปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมโดยวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน หรือลดปริมาณของยุงลดลง ตลอดจนลดการติดเชื้อไข้เลือดออก การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมนี้มีทั้งชนิดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ถาวร ได้แก่ การเผาขยะการระบายน้ำ การกลบถม การปรับระดับผิวดิน การติดตั้งระบบน้ำประปา ฯลฯ หรือการทำให้มีการเปลี่ยนแปลงชั่วคราว โดยทำให้ยุงพาหะไม่ชอบวางไข่ในแหล่งน้ำนั้น เช่น การเปลี่ยนแปลงความเป็นกรดด่างของน้ำ การระบายน้ำทิ้งเมื่อพบลูกน้ำ เป็นต้น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมอย่างถาวรจะต้องมีการลงทุนค่อนข้างสูง แต่ผลที่ได้มักยั่งยืนและควบคุมยุงพาหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอพุทธมณฑล

ประวัติความเป็นมา

อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม แบ่งการปกครองออกเป็น 27 ตำบล 121 หมู่บ้าน ทำให้มีอาณาเขตกว้างขวาง มีพลเมืองหนาแน่นเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนในการติดต่อกับทางราชการ จึงขออนุมัติกระทรวงมหาดไทย ตั้งเป็นกิ่งอำเภอพุทธมณฑล

อำเภอพุทธมณฑล เป็นอำเภอที่ตั้งขึ้นใหม่ที่สุดและมีพื้นที่น้อยที่สุดในจังหวัดนครปฐม
ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอพุทธมณฑลตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกสุดของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงเรียงตามเข็มนาฬิกา ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอบางเลน

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอไทรน้อย อำเภอบางใหญ่ อำเภอบางกรวย (จังหวัดนนทบุรี) และเขตทวีวัฒนา (กรุงเทพมหานคร)

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอสามปราน

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอนครชัยศรี

ประวัติศาสตร์

เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2534 กระทรวงมหาดไทยได้ตั้ง กิ่งอำเภอพุทธมณฑล โดยแบ่งพื้นที่จากอำเภอนครชัยศรีจำนวน 3 ตำบล คือ ตำบลศาลายา ตำบลคลองโยง และตำบลมหาสวัสดิ์ และในวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2539 จึงได้รับการยกฐานะเป็น อำเภอพุทธมณฑล

การปกครองส่วนภูมิภาค

อำเภอพุทธมณฑลแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 3 ตำบล 18 หมู่บ้าน ได้แก่

1. ศาลายา (Sala Ya) 6 หมู่บ้าน
2. คลองโยง (Khlong Yong) 8 หมู่บ้าน
3. มหาสวัสดิ์ (Maha Sawat) 4 หมู่บ้าน

การปกครองส่วนท้องถิ่น

ท้องที่อำเภอพุทธมณฑลประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง ได้แก่

1. เทศบาลเมืองศาลายา ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลศาลายา
2. เทศบาลตำบลคลองโยง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลคลองโยงทั้งตำบล
3. องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา ครอบคลุมพื้นที่ตำบลศาลายา (นอกเขตเทศบาลเมืองศาลายา)

ศาลายา)

4. องค์การบริหารส่วนตำบลมหาสวัสดิ์ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลมหาสวัสดิ์ทั้งตำบล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมบัติ คงรัตน์ (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง การศึกษาการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสถานีนามัย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า 1) สภาพการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสถานีนามัย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้วงจรเดมมิ่ง พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยสภาพการปฏิบัติเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือการควบคุมโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคไข้เลือดออก การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 2) มีปัญหาอยู่ในระดับน้อย โดยเรียงปัญหาจากมากไปหาน้อย คือ การป้องกันโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคไข้เลือดออก การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 3) สภาพการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำแนกตามขนาดของสถานีนามัยในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สภาพการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำแนกตามประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) ปัญหาการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำแนกตามขนาดของสถานีนามัย พบว่า ในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัญหาการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำแนกตามประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปวิรรณน์ แสงพิทักษ์ (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐม พบว่า การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงทุกด้านและมีคะแนนเฉลี่ยเรียงจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านการประเมินผลตามลำดับ และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและการดำรงตำแหน่งแตกต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน การรับรู้ข่าวสาร ตำแหน่งทางสังคม การเข้ารับการอบรม ระดับชั้นองค์การบริหารส่วนตำบลและบทบาทในฐานะสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เสาวคนธ์ อาสา (2545 : 79) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลหนองหมี อำเภอคูขุม จังหวัดยโสธร พบว่า ในครอบครัวมีประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง ด้านทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติ และในด้านการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง

สายสมร ยอดสะเท็น (2545 : 76-89) ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 75.4 และระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับระดับคะแนนเท่ากับ 1.21

สุพัฒน์ วิเศษวงษา (2545 : 43) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวบ้านตากแดด ตำบลหัวโพ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะดูแลความสะอาดภาชนะน้ำดื่ม น้ำใช้ มีการดูแลลูกหลานโดยให้นอนกางมุ้ง ความถี่ในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) รับรู้ว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของทุกครอบครัว

สายฝน อุ้นคำ (2545 : 76) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของตำบลหนองข่า อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า อสม. มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติระดับปานกลาง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แต่ความรู้กับทัศนคติและทัศนคติกับการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผาณิต มั่งสูงเนิน (2542) ศึกษาเรื่อง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ในเรื่องสารเคมีใช้กำจัดยุงที่จำเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกได้ผล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการพ่นสารเคมี แต่มีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องของลูกน้ำและยุงนำเชื้อไข้เลือดออกมีลักษณะอย่างไร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการอบรมเจ้าหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เน้นเรื่องวงจรชีวิตของเชื้อไข้เลือดออก แต่มักเน้นอาการของผู้ป่วยไข้เลือดออก และทราบแต่เพียงว่าถ้าผู้ป่วยแล้วให้ไปรักษาสถานพยาบาลใกล้บ้านดังนั้นก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนต้องได้รับการอบรมเรื่อง แหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออก

ปราณี ถาวรศิริ (2542) ศึกษาเรื่อง การศึกษาความรู้ ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลทุ่งควายกิน อำเภอกาญจนบุรี จังหวัดระยอง พบว่า ความรู้ ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลทุ่งควายกิน อำเภอกาญจนบุรี จังหวัดระยอง อยู่ในระดับสูง สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างสม่ำเสมอทั้งในด้านการดำเนินกิจกรรมในบ้านและชุมชนของตน แต่บางส่วนมีส่วนร่วมอย่างไม่สม่ำเสมอและไม่มีส่วนร่วมมีจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนทั้งหมด อาจจะเนื่องจากหลายเหตุปัจจัยที่ควรจะมีการดำเนินการในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน เพราะในการควบคุมป้องกันไข้เลือดออกที่จะให้ได้ผลครอบคลุมนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนทุกคน จึงจะเกิดผลอย่างแท้จริงรวมทั้ง จะต้องมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องด้วย

สาโรจน์ มะรุณดี และคนอื่น ๆ (2544) ได้ทำการวิจัยประเมินผลโดยใช้ CIPP Model ประเมินโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542 ปี 2542-2543 ของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยศึกษาในด้านความพร้อมของปัจจัยพื้นฐาน กระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพชุมชน การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลาย การส่งเสริมบริการด้านการแพทย์ การสร้างเครือข่ายเพื่อการควบคุมและป้องกันโรค การพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งผลการดำเนินงานในภาพรวม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน จำนวน 74 คน และประชาชน จำนวน 1,104 คน ผลการประเมินพบว่า จังหวัดสุพรรณบุรีมีความพร้อมในการดำเนินงานด้านงบประมาณ โดยได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ความพร้อมด้านสื่อสามารถกระจายสื่อต่าง ๆ ทำให้ประชาชนมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารไข้เลือดออกร้อยละ 90.1 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับไข้เลือดออก ตระหนักถึงอันตรายของโรคในระดับปานกลางร้อยละ 59.7 และ 79.1 ตามลำดับ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 99.4 โดยยังปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ทรายอะเบทควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การให้บริการในระดับโรงพยาบาลและสถานอนามัย ดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด การสร้างเครือข่ายดำเนินการได้ในระดับปานกลางร้อยละ 57.4 สามารถฝึกอบรมและจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยังมีผลงานวิจัยน้อย

ผลการดำเนินงานในภาพรวมพบว่า อัตราป่วยลดลงเหลือ 24.3 ต่อประชากรแสนคน แต่อัตราป่วยตายเหลือร้อยละ 0.32 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ค่าดัชนียุงลายในครัวเรือน (BI) และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน (CI) เท่ากับ 62.7 และ 14.7 ตามลำดับ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่วนใหญ่มีปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ และล่าช้า รวมทั้งสารเคมีกำจัด

ยุ่งลายไม่เพียงพอ ผลการวิจัยมีข้อเสนอต่อผู้บริหารในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน โดยควรพิจารณากำหนดเป็นนโยบายดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเฉพาะการใช้ทรายอะเบทแก่ประชาชนด้วยการประชาสัมพันธ์และการใช้สื่อที่เหมาะสม การจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในชุมชน ปรับปรุงกระบวนการบริหารโดยผู้บริหารควรดำเนินการอย่างจริงจัง ปรับปรุงการประสานงานให้มีความคล่องตัวเพื่อให้การสร้างเครือข่ายมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายอย่างสม่ำเสมอ พัฒนาวิชาการโดยดำเนินการวิจัยรวมทั้งนิเทศและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จและลดปัญหาไข้เลือดออกได้ในที่สุด

สรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงว่าโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ มีความรุนแรงโดยสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้และมีผลต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ในขณะที่การป้องกันและควบคุมโรคโดยการกำจัด และลดจำนวนยุงลายด้วยการทำลายลูกน้ำและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอาจไม่จำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีสูงใด ๆ แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมโรคนี้ให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ ทั้งยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายประการทั้งด้านมาตรการภาครัฐที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยเอื้อที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ทิศทางและวิถีปฏิบัติ นอกจากนี้วิธีสนับสนุนทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ ตามกระแสความต้องการของผู้กำหนดนโยบาย ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติหรือประชาชนก็ตามยังไม่สามารถประเมินความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพความต้องการอย่างแท้จริง

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาและความเป็นจริงในการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอสม. ซึ่งสามารถนำไปประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ และกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เร่งรัดการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกให้เกิดความยั่งยืนต่อไป