บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลขามป้อม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ในด้านการวางแผน ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ ด้านการประสานงาน และด้านการประเมินผล ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางประกอบการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดและการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. แนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมไข้เลือดออก
4. ข้อมูลทั่วไปขององค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. แนวคิดและการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคำว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน" คือลักษณะของการบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งบุคคลและครอบครัวสามารถที่จะหาได้ในชุมชน โดยเป็นสิ่งที่บุคคลยอมรับและมีส่วนร่วมเต็มที่ในการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นบริการที่ชุมชนและประเทศสามารถจัดให้มีได้ การสาธารณสุขมูลฐาน จะเป็นส่วนที่ผสมผสานอยู่ในทั้งระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเป็นศูนย์กลางของระบบ และเป็นส่วนผสมอยู่ในกระบวนการ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งหมดของชุมชน (เอกมน โลหะญาณจารี 2547: 32 ; อ้างถึงใน อมรมิตร มงคลเดหา 2552 : 4) ซึ่งมีแนวคิดและการดำเนินงานดังนี้

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐาน

1.1.1 สาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบลและหมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

1.1.2 สาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ด้วยตนเอง

1.1.3 ต้องให้ชุมชนรับรู้ถึงปัญหาของชุมชน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขเจ้าหน้าที่ต้องรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง และของชุมชน ว่าจะต้องทำงานร่วมกันโดยให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำโดยประชาชนเพื่อชุมชน

หัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ "ความร่วมมือของชุมชน" อาจจะมีส่วนร่วมในรูปของแรงงาน แรงเงินและความร่วมมือ การปฏิบัติงานต้องทำด้วยความสมัครใจ และไม่หวังผลตอบแทนสุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต เพราะฉะนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่นๆด้วย เช่น การศึกษา การพัฒนาชุมชน การเกษตรและสหกรณ์ ฯลฯ

งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่ายๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ โดยมีเทคนิคที่เหมาะสม ประหยัด ราคาถูก เหมาะกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม และสามารถแก้ไขปัญหาได้

งานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของชุมชนนั้นๆงานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องมีความยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาในแต่ละพื้นที่

งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีความเชื่อมโยงกับบริการของรัฐ ในการสนับสนุนระบบส่งต่อ (Referral System) การให้การศึกษาต่อเนื่อง ข้อมูลข่าวสาร (กระทรวงสาธารณสุข : 2538 : 12) เห็นได้ว่าการสาธารณสุขมูลฐาน ก็คือ การที่ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทใหม่จากเดิมเป็นผู้บริการประชาชน มาเป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำและผู้สนับสนุนให้กับประชาชนแล้วให้ประชาชนเป็นผู้ริเริ่มบริการด้วยตัวเอง ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน และบุคลากรผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือบริการก็คือประชาชนในชุมชนเอง ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการพัฒนาเพิ่มขีดความสามารถ ในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐาน ซึ่งกลุ่มบุคลากรเหล่านี้ ถ้าได้รับการพัฒนาศักยภาพจากกระทรวงสาธารณสุข จะถูกเรียกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และถ้ารับการพัฒนาจากกรุงเทพมหานคร จะถูกเรียกว่า

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม MAHASARAKHAM UNIVERSITY

อาสามัครสาธารณสุข (อสส.) แต่ขณะนี้กรุงเทพมหานครได้ดำเนินการเปลี่ยนชื่อ อสส. ให้เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เหมือนกันทั้งประเทศเพื่อสิทธิและผลประโยชน์อันพึงได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร

สรุปได้ว่า งานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เป็นงานที่มีเจตนาให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน อีกทั้งต้องมีการผสมผสานระหว่างศาสตร์หลายแขนงนอกเหนือจากงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีการพัฒนาควบคู่กับงานด้านอื่น ๆ ด้วย

1.2 องค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element Primary Health Care)

กิจกรรมที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อช่วยเหลือบริการกันเอง เรียกว่า กิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐานหรือองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน ในปัจจุบันมี 14 ประการดังนี้ (เอกมน โลหะญาณจารี 2547 : 32 ; อ้างถึงใน อมรมิตร มงคลเคหา 2552 : 5 – 8)

1. การโภชนาการ (Nutrition)
2. การสุขศึกษา (Education)
3. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด (Water Supply and Sanitation)
4. การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น (Surveillance for Local Disease Control)
5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization)
6. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Simple Treatment)
7. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน (Essential Drugs)
8. การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว (Maternal and Child Health and Family Planning)
9. การดูแลสุขภาพจิต (Mental Health)
10. การทันตสาธารณสุข (Dental Health)
11. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย (Community Environmental Control)
12. การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection)
13. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ (Accident and Non – communicable Disease Control)
14. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (Community AIDS Control)

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ทุกกิจกรรมจะสำเร็จได้ต้องใช้กลวิธีของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (Strategic PHC) โดยที่เป็นการบริการสาธารณสุขที่ผสมผสานในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการทั้งกระบวนการ โดยภาครัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรที่จำเป็น มีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ และประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีหลักสำคัญของการสาธารณสุขที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1.2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation or People Participation. P.P, Community Involvement = CI) การมีส่วนร่วมของชุมชนนับเป็นรากฐานที่สำคัญ ของการพัฒนาความสำเร็จหรือความล้มเหลว ของการดำเนินงานสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญ ตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ การเตรียมชุมชน การคัดเลือกประชาชนเพื่อเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัคร การฝึกอบรม การจัดให้มีและการติดตามกิจกรรมต่างๆในชุมชน ทั้งนี้จะต้องให้ประชาชนได้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามาร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มิได้หมายถึงเพียงแต่การให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาเท่านั้น หากแต่จะต้องให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี เปิดโอกาสให้ประชาชนได้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนะทางเลือกและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับชุมชน และร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือก โดยใช้ทรัพยากรภายในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดอันจะเป็นการนำไปสู่การพัฒนาคนชุมชน ให้มีศักยภาพและขีดความสามารถในการพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง

แนวคิดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นอาจแตกต่างกันไปในรายละเอียด แต่แนวคิดหลักยังคงมีจุดร่วมกันอยู่ 3 ประการใหญ่ด้วยกัน คือ

1. ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรจะทำอะไรและทำอย่างไร
2. ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น
3. ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น นั่นคือจะสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชุมชนนั่นเอง

1.2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนนี้มีได้หลายรูปแบบตัวอย่างการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม MAHASARAKHAM UNIVERSITY

1) การสำรวจและใช้ผลการสำรวจ จปฐ. นั้นต้องเริ่มต้นที่กลุ่มบุคคลในชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นเป้าหมายการพัฒนาตามเกณฑ์ จปฐ. และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อมาเป็นรากฐานในการวางแผนแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยกลุ่มประชาชนในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ จปฐ. เป็นเครื่องมือสำคัญในการระดมความร่วมมือ และทั้งระดมทุนในชุมชน การสำรวจและใช้ผลการสำรวจ จปฐ. ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่จะเป็นประโยชน์ต่อการมีส่วนรวมของชุมชนอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะยาว หากสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

2) การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้านเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขเฉพาะเรื่อง นับเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมในชุมชน เพราะการจัดตั้งกองทุนจะต้องมีการระดมความร่วมมือจากทุกครัวเรือนในชุมชน และจะต้องมีการจัดตั้งกลุ่มคนขึ้นดูแลการบริหารจัดการ เพื่อให้กองทุนนั้นสามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขตามที่ต้องการ แต่ทั้งนี้ต้องเลือกใช้ให้เหมาะกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไขสภาพเศรษฐกิจของชุมชนและตลอดจนพื้นฐานความร่วมมือ และการรวมตัวของประชาชนในชุมชน

3) การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมกันเพื่อดำเนินงานแก้ปัญหา โดยการจัดศูนย์กลางในการแก้ปัญหาสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นศูนย์กลางที่จะพัฒนาบุคลากรของชุมชนให้มีความรู้ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันประชาชนก็สามารถ รวมกลุ่มบริหารจัดการและดูแลให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นไปได้เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

4) การจัดตั้งกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกลุ่มชน และระดับบุคคล กล่าวคือ การคัดเลือกและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเป็นการสร้างกลุ่มประชาชนในชุมชน ให้มีความรู้ความสามารถด้านสาธารณสุข ที่จะเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขชุมชน แต่ในขณะเดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก็มีภารกิจที่จะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถที่ถูกต้องให้แก่เพื่อนบ้านของตนในชุมชนด้วย

1.2.3 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology = A.T) เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพของแต่ละชุมชน ในการรักษาพยาบาล การดูแลส่งเสริมและป้องกันโรค ตลอดจนฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยใช้วิธีการง่ายๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก ปลอดภัยสามารถปฏิบัติได้ทั้งอาสาสมัครประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับความต้องการ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

เหมาะสมตามสภาพท้องถิ่นและวิถีของชาวบ้าน ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมจะช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์ ทั้งในแง่การผลิตและการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างชุมชน เพื่อส่งเสริมความเป็นปึกแผ่นของชุมชน ความสามารถของชุมชน และกระตุ้นให้ชุมชนสนใจในการระดมทรัพยากรมาใช้พัฒนาให้มากที่สุด

เทคโนโลยีที่เหมาะสมนี้รวมตั้งแต่ วิธีการค้นหา กระบวนการแก้ไขปัญหา จนกระทั่งถึงเทคนิคในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง รูปแบบของเทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่น ระบบประปาที่ทำด้วยปล้องไม้ไผ่ การใช้สมุนไพรในชุมชน การใช้ระบบการนวดแผนไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในชุมชนเป็นต้น ซึ่งเทคนิคเหล่านี้อาจเป็นภูมิความรู้เดิมในชุมชน ที่ชุมชนมีการถ่ายทอดในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลาช้านานแล้ว เช่น การใช้ยาหรือแพทย์แผนไทยในการรักษาพยาบาลโรคง่ายๆบางอย่าง การนวดไทยเพื่อบรรเทาการปวดเมื่อย หรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหา เช่นการใช้อาหารเสริมในการแก้ไขปัญหาโภชนาการ การจัดทำโอ่งน้ำเพื่อเก็บน้ำสะอาด เป็นต้น หากการเรียนรู้ไปอีกชุมชนหนึ่ง ในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนกันเองอาจจะเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ หรือโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยวิธีการที่เรียกว่า การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน หรือ TCDV (Technology Cooperation among Developing Villages) จะทำให้กระบวนการเรียนรู้เหล่านี้เป็นไปโดยกว้างขวาง รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหาของเขาเอง

1.2.4 การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service = BSH หรือ Health Infrastructure) ระบบบริการของรัฐ (BSH) และระบบการบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยกำหนดความมุ่งหมาย และการดำเนินงานดังต่อไปนี้

การปรับบริการพื้นฐานของรัฐ มีความมุ่งหมายดังนี้คือ

1. ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วไป (Coverage)
2. การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization)
3. การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System)
4. การดำเนินงานเพื่อปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ ในช่วงเวลาที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการเพื่อปรับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐให้เอื้อต่องานสาธารณสุขมูลฐาน เช่น โครงการบัตรสุขภาพ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคหรือบัตรทอง

1.2.5 การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น หรือการประสานงานระหว่างสาขา (Intersectoral Collaboration = IC) การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการพัฒนาชุมชน จะสัมฤทธิผลได้ก็ต่อเมื่อ มีการผสมผสานระหว่างหน่วยงานของรัฐ ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และกระทรวงอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยงานของเอกชนและชุมชน การผสมผสานทำงานร่วมกันได้นั้น ต้องมีเป้าหมายร่วมกันและความเข้าใจกันเป็นพื้นฐาน อีกทั้งต้องมีการถ่ายทอดข่าวสารให้แก่กันอย่างสม่ำเสมอ ทั้งภายในหน่วยงาน ต่างหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานกับชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นศึกษาแนวทางที่เป็นการพัฒนาจะไม่ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาเบื้องต้น

แนวคิดที่สำคัญของการดำเนินงานในด้านนี้คือ การประสานเพื่อให้หน่วยงานอื่นปฏิบัติงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้นๆ ในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้า มิใช่ขอให้บุคลากรหน่วยงานอื่นมาร่วมปฏิบัติงานสาธารณสุข และปัจจัยที่จะช่วยให้การประสานงานระหว่างสาขาเป็นไปอย่างได้ผล คือ ความสามารถในการวิเคราะห์ว่า การดำเนินงาน

กิจกรรมใดของหน่วยงานใด ที่จะมีส่วนในการส่งเสริมการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เช่น การศึกษา การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมบทบาทขององค์กรชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้การประสานความร่วมมือต้องดำเนินการในหลายระดับ แต่ที่สำคัญนั้นหากสามารถสร้างให้เกิดการร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาในชุมชนเป็นหลัก โดยใช้ชุมชนเป็นผู้กำหนดหรือตัดสินใจ ก็จะช่วยให้ความร่วมมือกันในระดับสูงขึ้น เป็นไปได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้สอดรับกับทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาแบบองค์รวม ที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา รวมทั้งได้อัญเชิญแนวปรัชญาของเศรษฐกิจแบบพอเพียงตามพระราชดำรัสของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ คือปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาให้สังคมไทยสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง และนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุล การพัฒนาที่มีคุณภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืน ให้สังคมไทยเป็นสังคมที่เข้มแข็งและมีดุลยภาพ ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆได้ ดังนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2546 : 51 - 59)

วิสัยทัศน์ คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มี

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ความพอเพียงทางสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน

พันธกิจหลัก : การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (All for Health) ระดมพลังทั้งสังคมเพื่อร่วมสร้างสุขภาพ โดยจะต้องให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมทุกส่วนอย่างทั่วถึง และเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ ในสังคมมีบทบาทและได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาวะ โดยมีแนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพคือ

สุขภาพ คือสุขภาวะ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยนิยาม "สุขภาพ" คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นบูรณาการ

พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพื่อให้เชื่อมโยงถึงเหตุและปัจจัย ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วน

แนวทางการดำเนินงานของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 9 แผนยุทธศาสตร์มีเป้าหมายการดำเนินงานคือระบบ สุขภาพภาคประชาชน ให้ชุมชนมีระบบบริการสุขภาพโดยประชาชน ที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพตลอดจนการบริหารจัดการอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพของประชาชนและการดำรงชีวิตของชุมชน ซึ่งยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน นอกจากการสร้างเงื่อนไขและปัจจัยเอื้อ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน การสื่อสารเพื่อประชาชน พัฒนากระบวนการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสารแล้ว ที่สำคัญก็คือการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขและของชุมชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึงกระบวนการที่สมาชิกของสังคมหรือชุมชนนั้นมีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแล และบริหารจัดการให้เกิดสุขภาวะที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2546 : 22) เนื่องจากระบบสุขภาพของประเทศมีจุดมุ่งหมาย เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมุ่งสู่เป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศที่มีความเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพภาครัฐ จึงมีเป้าหมายเดียวกัน คือการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคม ในการคิดริเริ่ม และตัดสินใจในการ

จัดระบบสุขภาพตามความคิด ความต้องการของชุมชนและสังคม ภายใต้แนวทางการพึ่งตนเอง คือการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน

สุขภาพภาคประชาชน จึงเป็นสุขภาพที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และอยู่ในภาวะแห่งการนำ มิใช่อยู่ในภาวะแห่งการตาม หากสุขภาพภาคประชาชนไม่เข้มแข็ง ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลทั้งภาคประชาชน และภาครัฐ จะสูงขึ้นตลอดเวลา จนประเทศไม่สามารถจะให้การสนับสนุนได้และถ้าสุขภาพภาคประชาชนมีความเข้มแข็ง ค่าใช้จ่ายทั้งของประชาชนและภาครัฐจะลดลง เพราะประชาชนดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง จนไม่เกิดการเจ็บป่วย

ในส่วนของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 จนถึงฉบับที่ 9 เน้นการพัฒนาที่ คน เป็นศูนย์กลางและให้ความสำคัญกับประชาชนในทุกระดับ ก็สอดคล้องกับแนวคิดของสุขภาพภาคประชาชน

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน รับผิดชอบการสุขภาพภาคประชาชน กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์ ของการบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งเป็นการเริ่มต้นของการพัฒนาศักยภาพคน ในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นทุนทางสังคม เป็นทรัพยากรที่มีค่าต่อการพัฒนาและคุณภาพชีวิตชีวิตของคนไทย

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 ประวัติความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาสุขภาพที่ได้ทำให้ทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขไทยในช่วงกลางทศวรรษที่ 2520 มีความชัดเจนอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน หลักการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญได้แก่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น ปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนเกือบ 800,000 คน ในทุกชุมชนของไทยมีบทบาทสำคัญได้ร่วมทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนจนปรากฏเป็นผลสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุขไทยที่ได้รับการยอมรับไปทั่วโลก ความสำเร็จดังกล่าวเป็นสิ่งที่ไม่อาจบรรลุได้ด้วยการดำเนินการ โดยอาศัยการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลไกลภาครัฐแต่เพียงลำพัง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยดำรงอยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมืองและการปรับเปลี่ยนทางนโยบายและกลยุทธศาสตร์การพัฒนาในระยะแรกของการดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน แรงผลผลักดันขององค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ รวมทั้งเงื่อนไขและสถานการณ์ทางสังคมและการเมืองมีส่วนสำคัญที่เร่งรัดให้การสาธารณสุขมูลฐานและงานอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ก้าวหน้าไปได้อย่างรวดเร็ว แต่ทว่าในช่วงเกือบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา กระแสความตื่นตัวในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานได้ชะลอตัวลง ทั้งในระดับสากล ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ ในขณะเดียวกันสถานการณ์สุขภาพและนโยบายสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลกได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ในระดับโลกล่มสลายของขั้วอุดมการณ์ที่แบ่งโลกเป็นเสรีนิยมกับคอมมิวนิสม์ ทำให้เส้นแบ่งเดิมที่เคยจัดจำแนกประเทศตามอุดมการณ์ทางการเมืองสลายลง ในขณะที่การค้าเสรีทุนนิยมโลกและโลกาภิวัฒน์แพร่หลายขยายตัวและได้ทำให้การสาธารณสุขมีสภาพที่ไร้พรมแดนอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน โรคแพร่ระบาดอย่างไร้ขอบเขตพรมแดนใด ๆ ไม่แตกต่างไปจากสินค้า ข้อมูลข่าวสารและผู้คน

ในระดับประเทศ การประกาศเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้าหลังสงครามเย็นสิ้นสุดลงเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงประเทศให้เป็นอุตสาหกรรม ระบบเศรษฐกิจไทยได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของทุนนิยมบริวารในระบบทุนนิยมโลกอย่างแนบแน่น การเปิดเสรีทางการค้าร่วมทั้งการไหลข้าวของเงินทุนจากต่างประเทศได้ทำให้ประเทศไทยพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศทุนนิยมอย่างก้าวกระโดด สิ่งเหล่านี้ส่งผลอย่างชัดเจนต่อโครงสร้างชนชั้นในสังคมไทยที่สัดส่วนของคนชั้นกลางขยายตัวอย่างรวดเร็ว ความเป็นเมืองและวิถีชีวิตทันสมัยแบบตะวันตกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทยในยุคหลังสงครามเย็น

ในขณะเดียวกัน นโยบายการพัฒนาประเทศด้านต่าง ๆ เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล การปฏิรูประบบราชการ การเกิดขึ้นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตลอดจนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่นำไปสู่การก่อตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมทั้งสถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นการอุบัติขึ้นของโรคระบาดใหม่ ๆ การเพิ่มมากขึ้นของโรคเรื้อรังต่าง ๆ กระแสตกต่ำของงานสาธารณสุขมูลฐานและกาการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพเหล่านี้ล้วนเป็นบริบทใหม่ของการ

คำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีการทบทวนให้เห็นถึงยุทธศาสตร์การทำงานที่ชัดเจนในสถานที่มีความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้

พื้นที่ชุมชน : อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มี อสม.

เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ 10-20 คนต่อหมู่บ้าน(สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540 : 15)

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

2.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม.มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินการงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก้ข่าวร้าย กระจ่ายข่าวดี ชี้บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

2.2.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุขรับ

ข่าวสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2.2.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชนและการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

2.2.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

2.2.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่

1) จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

2) ถ่ายถอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

3) ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

2.2.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

2.2.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

2.2.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

2.2.8 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขมีหน้าที่ดังนี้

1) สำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านหรือชุมชน

2) ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชุมตรวจสอบข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านหรือชุมชน

3) แจ้งข่าวการเกิดโรคให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบโดยเร็ว

4) ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านหรือชุมชน

กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Chage Agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

3. แนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก นับเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่พบ เมื่อ 45 ปีที่แล้วโดยพบระบาดเป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อ พ.ศ. 2497 และต่อมาพบในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ.2541 และหลังจากนั้นได้ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ที่อยู่ในเขตร้อนของทวีปเอเชีย โรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี และมีความรุนแรงมีภาวะช็อกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้โรคนี้มีความแตกต่างกับโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่รู้จักกันมานาน 200 ปี ว่าเป็นโรคที่ไม่รุนแรง โดยทั่วไปจะไม่ทำให้เสียชีวิตได้และผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดกระดูกอย่างรุนแรงนั้นส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ใหญ่

ในระยะ 40 ปีที่ผ่านมา มีการระบาดของไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้นมีการระบาดขึ้นในบางพื้นที่และจำนวนผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่มีการระบาดก็เพิ่มมากขึ้นอีก ทั้งมีการขยายพื้นที่ที่มีการระบาดออกไปอย่างกว้างขวางใน พ.ศ.2524 เริ่มมีการระบาดของไข้เลือดออกเป็นครั้งแรกที่คิวบาภายหลังจากการระบาดของไข้เลือดออกในปี พ.ศ.2520 หลังจากนั้นก็มีรายงานของไข้เลือดออกเป็นในประเทศต่างๆในอเมริกากลางและอเมริกาใต้มากขึ้นในประเทศไทยเริ่มมีการระบาดครั้งแรกใน พ.ศ.2501 มีรายงานผู้ป่วย 2,158 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 8.8 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราการป่วยตายร้อยละ 13.90 โดยมีรายงานผู้ป่วยสูงสุดใน พ.ศ.2530 คือ 174,285 ราย และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ.2541 มีรายงานผู้ป่วย 127,189 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 209.14 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 0.34 จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มที่สูงมากขึ้นมาตลอด แต่อัตราป่วยตายน้อยลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5-9 ปี รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 10-14 ปี ในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคกว้างขวางโดยจะพบผู้ป่วยได้ทุกจังหวัดและทุกภาคของประเทศ

ในปัจจุบันจึงนับได้ว่าเป็นโรคติดเชื้อที่นำโดยยุงลายที่มีความสำคัญมากที่สุดโดยพิจารณาด้านสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยในแต่ละปี เป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และทางการแพทย์ทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลอย่างถูกต้อง โรคนี้นับเป็นสาเหตุที่สำคัญของการป่วยและการตายในเด็กอย่างน้อยใน 8 ประเทศของทวีปเอเชียที่มีโรคนี้ชุกชุม

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการระบาดและขยายพื้นที่เกิดโรคออกไปอย่างกว้างขวาง ได้แก่การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือมีชุมชนเมืองเพิ่มขึ้นมีการเคลื่อนไหวของประชากรและมียุงลายมากขึ้นตามการเพิ่มของภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น การ

มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

คมนาคมที่สะดวกขึ้นทางถนนและทางอากาศทำให้มีการเดินทางมากขึ้นทั้งภายในและระหว่างประเทศ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเป็นไปอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงในชนิดของเชื้อไวรัสซึ่งมีอยู่ในแต่ละพื้นที่ ก็มีความสำคัญต่อการเกิดโรคปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคแบบที่สำคัญคือการที่พื้นที่มีเชื้อไวรัสมีมากกว่าหนึ่งชนิดในเวลาเดียวกัน (Hyperendemicity with Multiple serotypes) หรือมีการระบาดทีละชนิดตามกันในเวลาที่เหมาะสม (Sequential Infection) เด็กมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่เคยติดเชื้อมาแล้วครั้งหนึ่งและเป็นเด็กที่มีภาวะโภชนาการดี

ไวรัสแดงกี อยู่ใน Family flaviviridae มี 4 Stereotypes (DEN1 DEN2 DEN3 DEN4) ซึ่งมี Antigen ของกลุ่มบางชนิดร่วมกันจึงทำให้มี Cross Reaction กล่าวคือ เมื่อมีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชนิดนั้นอย่างถาวรตลอดชีวิต แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสอีก 3 ชนิด ในช่วงระยะสั้นๆประมาณ 6-12 เดือน หรืออาจสั้นกว่านี้ ดังนั้นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีไวรัสอาจมีการติดเชื้อ 3-4 ครั้งสามารถทำให้เกิด DF ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆอีกหลายประการ ที่สำคัญ คือ อายุและภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยมีการศึกษาทางระบาดวิทยาที่แสดงว่าการติดเชื้อซ้ำ (Secondary Infections) ด้วยชนิดที่ต่างจากการติดเชื้อครั้งแรก (Primary Infection) เป็นปัจจัยสำคัญ เพราะส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยที่เป็น DHF เมื่อมีการติดเชื้อครั้งแรกมักเป็นในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ชนิดของไวรัสที่เป็นครั้งที่ 1-2 (Sequence of Infection) อาจมีความสำคัญเช่นเดียวกัน มีการศึกษาทางระบาดวิทยาในคิวบาและในประเทศไทยที่แสดงว่าการติดเชื้อครั้งที่ 2 ด้วย DEN2 มีโอกาสเสี่ยงสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นการตามหลังการติดเชื้อครั้งแรกด้วย DEN 1 ในระยะแรกๆ ในประเทศไทย จะแยกเชื้อ DBN2 จากผู้ป่วยDHF ได้ในอัตราที่สูงกว่าชนิดอื่น ตั้งแต่ พ.ศ.2526 เป็นต้นมาแยกเชื้อจากผู้ป่วยได้ DEN3 มากกว่าชนิดอื่นๆ การศึกษาทางด้าน Molecular Virology พบว่า มีความแตกต่างใน Genotype/strain ที่แยกได้จากที่ต่างๆโดยเฉพาะมีการศึกษาเกี่ยวกับ DEN2 ว่า DEN2 Genotype จากประเทศไทยและเวียดนาม มีศักยภาพสูงที่จะทำให้เกิดเป็น DHF เมื่อเป็นการติดเชื้อซ้ำ

3.1.1.การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสแดงกี เชื้อไวรัสจากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่งได้โดยยุงลายเป็นตัวนำที่สำคัญ ถึงแม้จะมียุงลายหลายชนิดที่สามารถแพร่เชื้อได้ แต่มีความสำคัญทางด้านวิทยาของโรค DF/DHF คือ Aedesaegpti ซึ่งเป็นยุงที่อยู่ใกล้ชิดคนมาก (Highly Anhropohilic) โดยยุงลายตัวเมียจะดูดเลือดคนที่มีเชื้อไวรัส อยู่ในกระแสเลือด (ในช่วงที่มีไข้สูง) โดยไวรัสจะเพิ่มจำนวนในตัวยุงสูง (External Incubation Period ประมาณ 8-10 วัน) หลังจากนั้นจะเข้าสู่ต่อมน้ำลาย เตรียมพร้อมที่จะปล่อยเชื้อไวรัสให้กับคนที่ถูกกัดครั้งต่อไปได้

วิทยานิพนธ์ งานวิจัย

สำนักวิทยบริการฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ตลอดอายุของยุงตัวเมียซึ่งจะอยู่ได้นาน 30-45 วัน คนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันนับว่าเป็น Amplifying Host ที่สำคัญของไวรัส การแพร่เชื้อจะต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ถ้ามียุงหรือคนที่มีเชื้อไวรัสอยู่ในชุมชนที่มีคนอยู่อย่างหนาแน่น

ยุงลายขนาดค่อนข้างเล็ก สีขาวสลับดำ พบอยู่ในเขตร้อน แหล่งเพาะพันธุ์คือภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้นและมีน้ำขังไว้เกิน 7 วัน โดยเป็นน้ำที่ใสและนิ่ง ยุงลายตัวเมียหลังดูดเลือดแล้วจะวางไข่ตามผิวในภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย อาศัยความชื้นจากน้ำที่ขังอยู่ และความมืด ไข่จะฟักตัวเป็นลูกน้ำภายใน 2 วัน จากลูกน้ำ (Larvae) เป็นตัวโม่ง 6-8 วัน จากตัวโม่ง (Pupa) กินเวลา 1-2 วัน ก็จะเป็นยุงตัวเต็มวัยพร้อมจะออกไปหาอาหารและผสมพันธุ์ โดยทั่วไปยุงลายจะออกหากินกัดคนในเวลากลางวัน ส่วนใหญ่จะพบในบ้านและรอบๆ บ้านมีระยะบินไม่เกิน 50 เมตร จะพบยุงลายชุกชุมมากในฤดูฝน ไข่ยุงลายที่ติดอยู่กับขอบผิวในภาชนะมีความทนต่อความแห้งแล้งเป็นเวลานานถึง 1 ปี เมื่อเข้าฤดูฝนมีความชื้นและอุณหภูมิที่เหมาะสมก็จะฟักตัวเป็นยุงได้ในระยะเวลา 9-12 วัน

3.1.2. การติดเชื้อไวรัส การติดเชื้อไวรัสในเด็ก ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กมีการติดเชื้อครั้งแรกมักจะไม่มีอาการหรืออาการไม่รุนแรง องค์การอนามัยโลกได้จำแนกกลุ่ม อาการโรคที่ติดเชื้อไวรัสตามลักษณะอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้

1) Undifferentiated Fever (UF) หรือกลุ่มอาการไวรัส มักพบในทางการเด็กเล็กจะปรากฏเพียงอาการไข้ 2-3 วัน บางครั้งอาจมีผื่นแบบ Macuipapuiar Rash มีอาการคล้ายคลึงกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสอื่นๆซึ่งไม่สามารถวินิจฉัยได้จากอาการทางคลินิก

2) ไข้ มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจจะมีอาการไม่รุนแรง คือมีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจเกิดอาการแบบ Classical DF คือ มีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก (Break bone Fever) และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง ตรวจพบ Tourniquet Test Positive ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางรายอาจมีเกล็ดเลือดต่ำได้ ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน โดยทั่วไปแล้วไม่สามารถวินิจฉัยจากอาการทางคลินิกได้แน่นอน ต้องอาศัยการตรวจทางน้ำเหลือง/แยกเชื้อไวรัส

3) ไข้เลือดออก มีอาการทางคลินิกเป็นรูปแบบที่ค่อนข้างชัดเจน คือมีไข้สูงลอยร่วมกับอาการเลือดออก ตับโต และ มีภาวะช็อกในระยะรุนแรง ในระยะมีไข้จะมีอาการต่างๆ คล้าย DF แต่จะมีลักษณะเฉพาะโรค คือมีเกล็ดเลือดต่ำและมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเกิดขึ้นที่เรียกว่า Dengue Shock Syndrome (DSS) การรั่ว

201309

ของพลาสมาซึ่งถือเป็นลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ของโรคไข้เลือดออก สามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับ Hct. สูงขึ้นมีน้ำในเยื่อหุ้มช่องปอดและช่องท้อง

3.1.3. อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออก หลังจากได้รับเชื้อยุงลายประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรคซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้ ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและถึงเสียชีวิตได้

โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลังดังนี้

1) ไข้สูงลอย 2-7 วัน

2) มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง

3) มีตับโต กดเจ็บ

4) มีภาวการณ์ไหลเวียนล้มเหลว/ภาวะช็อก

3.1.4. การดำเนินโรคของไข้เลือดออก แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤตไข้ และระยะฟื้นตัว

1) ระยะไข้ ทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (Flushed Face) อาจตรวจพบคอแดงได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากหัดในระยะแรกและโรคระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา

การเกิดภาวะช็อกเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือในระยะไข้นี้ อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียนบางรายอาจมีการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดโดยทั่วไปและอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโตส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้จะเป็นแบบ Biphasic ได้อาจพบมีผื่นแบบ Ertema หรือ Maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น Rubella ได้

อาการเลือดออกที่พบบ่อยที่สุด คือผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะแตกง่าย การทำ Tourniquet test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วัน วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆกระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรง อาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งมักเป็นสีดำ (Melina) อาการเลือดออกในทางเดินอาหาร

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกที่เป็นอยู่นาน ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ในระยะที่ยังมีไข้อยู่ ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

2) ระยะวิกฤต/ช็อก เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมา ซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยระยะรั่วจะมีประมาณ24-28 ชั่วโมง ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีรุนแรงมีภาวการณ์ไหลเวียนการล้มเหลวเกิดขึ้น เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอด/ช่องท้องมากเกิด Hypovolemic Shock ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมๆกับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ถึง 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ถึง 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่ายมือเท้าเย็นชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ตรวจพบ Diastolic เพิ่มขึ้นเล็กน้อยกว่า 20 มม.ปรอท (ค่าปกติ 30-40 มม.ปรอท) โดยมีความดัน Diastolic เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (BP 110/90,100/80 มม.ปรอท) ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่อยู่ในภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีภาวะสติดีพูดรู้เรื่องอาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกะทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งบางรายอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะทางศัลยกรรมภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่มีการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงรอบปากเขียว ผิวสีม่วง ตัวเย็นชืด จับชีพจร/หรือวัดความดันไม่ได้ ภาวะรู้สติเปลี่ยนไป และอาจจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังมีภาวะช็อก หากว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการช็อกอย่างทันท่วงทีและถูกวิธีก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ Profound Shock ส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วในรายที่มีรุนแรง เมื่อไข้ลดลง ผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันเลือดซึ่งเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไป แต่รั่วไม่มากจึงไม่ทำให้เกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงระยะสั้นๆก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

1. มีการรั่วของพลาสมาซึ่งนำไปสู่ภาวะ Hypovolemic Shock มีข้อบ่งชี้ดังนี้

2. ระดับ Hct เพิ่มขึ้นทันทีก่อนเกิดภาวะช็อก และยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา/ระยะช็อก

3. มีน้ำในช่องปอดและช่องท้อง การ Pleural Effusion Index พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค Central Venous Pressure ต่ำ

4. มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ IV Fluid (Crystalloid) และสาร Colloid Diastolic Pressure สูงขึ้น เช่น 100/90,110/100,100/100 มม.ปรอท ในระยะที่มีการช็อก นอกจากนี้ยังมีการ ศึกษาทาง Homodynamic ที่สนับสนุนว่ามี Peripheral Resistance เพิ่มขึ้น

3) ระยะฟื้นตัว ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็ว ในผู้ป่วยที่ไม่ช็อกเมื่อไข้ลดลงส่วนใหญ่ก็จะดีขึ้นส่วนผู้ป่วยช็อกถึงแม้จะมีความรุนแรงแบบ Profound Shock ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก่อนจะเข้าสู่ระยะ Irreversible จะฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว เมื่อมีการรั่วของพลาสมาหยุด Hct จะลงมาคงที่และชีพจรจะช้าลงและแรงขึ้นความดันเลือดปกติมี Pulse Pressure ถ้าจำนวนปัสสาวะจะเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหาร ระยะฟื้นตัวมีช่วงเวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยอาจมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจนถึงจะยังตรวจพบน้ำในช่องปอด/ช่องท้อง ในระยะนี้อาจตรวจพบชีพจรช้า อาจมีลักษณะเฉพาะคือมีวงกลมเล็กๆ สีขาวของผิวหนังปกติท่ามกลางผื่นสีแดง ซึ่งพบใน DF ได้เช่นกัน ระยะร่วมทั้งหมดของไข้เลือดออกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนประมาณ 7-10 วัน

3.2. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.2.1. นโยบายและแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2541 กระทรวงสาธารณสุข ได้นำโครงการควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อเทิดพระเกียรติในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมีพระชนมายุครบ 6 รอบในปี 2542 เสนอเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเพื่อเห็นชอบให้ประกาศเป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติถวายเป็นพระราชกุศล ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นแนวทางการปฏิบัติในยุทธศาสตร์ต่างๆทั่วประเทศ มีเป้าหมายการดำเนินงานในเขตกรุงเทพมหานครและ 75 จังหวัด มีนโยบายที่จะลดอัตราป่วยไข้เลือดออกลงให้ต่ำสุดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้มีการรณรงค์เพื่อควบคุมโรคอย่างจริงจัง มีเป้าหมายว่าเมื่อสิ้นปี 2542 จะมีอัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.2 ทั้งนี้จะมีการติดตามการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่อย่างใกล้ชิดโดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข จะต้องปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างให้สถานบริการปลอดลูกน้ำยุงลายเช่นกัน ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร ด้านวิชาการโดยเร็ว ที่สำคัญคือการวิจัยการรักษาพยาบาล เพราะไข้เลือดออกเข้ามาในประเทศไทย 40 ปี การดำเนินงานยังไม่ประสบผลสำเร็จ ยังพบอัตราป่วยสูง ดังนั้นควรเร่งรัดอย่างจริงจัง และสร้างระบบการประสานงานระหว่างรัฐกับเอกชนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร มหาวิทยาลัยรามคำแหง RAMKHAMHAENG UNIVERSITY

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในปัจจุบัน

1) มุ่งเน้นที่จะลดความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคนี้โดยเร็วที่สุด ให้สมตามพระราชประสงค์ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ทรงเล็งเห็นถึงความทุกข์ทรมานของประชาชนที่ต้องประสบกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคนี้

2) เป้าหมายในการควบคุม คือ ทุกท้องที่ ทุกชุมชนทั่วประเทศ ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง โดยครอบคลุมทั่วทั้งชุมชนซึ่งประกอบด้วยบ้านเรือนที่อยู่อาศัย โรงเรียน วัด และสถานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขทุกระดับ

3) มาตรการหลักในการควบคุมโรคนี้ คือ การควบคุมลูกน้ำยุงลายมากกว่าการควบคุมยุงตัวแก่

4) ทุกหน่วย ทุกองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรระดับท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายจะทำให้การควบคุมป้องกันโรคนี้ประสบผลสำเร็จ และทุกคนก็จะได้ชื่อว่าได้ร่วมมือกันทำงานสนองพระเดชพระคุณของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

5) โรคไข้เลือดออกจะยังคงเป็นปัญหาของประเทศไทยไปอีกนาน ในการรณรงค์ให้ได้ผล ทุกฝ่ายจึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องในระยะยาว สำนักงานสาธารณสุขเขต 5, ผลสำเร็จของโครงการประชาร่วมใจป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ เขต 5 ปี 2542- 2543 และแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเด็งกี่ กระทรวงสาธารณสุข (2542)

3.2.2.การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

1) การป้องกันโรคไข้เลือดออก การป้องกัน คือมาตรการที่ทำให้โรคไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ส่วนการควบคุมคือ มาตรการที่ทำให้โรคซึ่งเกิดขึ้น แล้วไม่ระบาดกว้างขวางออกไป นั่นคือ การป้องกันมิให้เกิดการระบาดนั่นเอง สำหรับโรคไข้เลือดออก การป้องกันมิให้เกิดโรคสามารถพิจารณาได้ดังนี้

1.1) การป้องกันที่แหล่งโรค ได้แก่

1.1.1) ป้องกันการเกิดโรค คือ การป้องกันคนปกติไม่ให้ยุงมีเชื้อกัด

1.1.2) ป้องกันการถ่ายทอดโรคจากแหล่งโรค ได้แก่

(1) การป้องกันที่ผู้ป่วย หรือผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคนี้ถูกยุงลายกัด ทำให้ยุงมีเชื้อไวรัส พร้อมที่จะถ่ายทอดไปสู่ผู้ที่ไม่ป่วย

(2) การป้องกันที่แมลงนำโรค (ยุงลาย)

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

1.2) การป้องกันที่การถ่ายทอดโรค คือ มาตรการที่ทำให้ไม่มียุงลาย

1.2.1) การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์

1.2.2) การกำจัดลูกน้ำ

1.2.3) การกำจัดยุงลาย

1.3) การป้องกันที่คนที่มีความไวรัส

1.3.1) การป้องกันกลุ่มเสี่ยง ไม่ให้ถูกยุงลายที่มีเชื้อกัด

1.3.2) การให้วัคซีน

1.3.3) การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเร็วที่สุด เป็นการป้องกันการตาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เพื่อให้พบและรายงานผู้ป่วยโดยเร็ว

2) การควบคุมไข่เลือดออก มาตรการในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

องอาจ เจริญสุข (2545) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการวางไข่ของยุงลาย โดยสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายพบว่าภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายชุกชุมมากที่สุด เรียงลำดับดังต่อไปนี้

2.1) โอ่งน้ำใช้ภายในบ้าน โดยเฉพาะโอ่งน้ำขนาดเล็กที่เตี้ย จะเป็นภาชนะที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด

2.2) โอ่งน้ำสำหรับดื่มที่มีอยู่ในบ้าน

2.3) ถังน้ำซีเมนต์ในห้องน้ำที่มีอยู่ในบ้าน

2.4) ภาชนะอื่น ๆเช่น อ่างใส่น้ำรองขาตู้กันมด ไห ถังน้ำ 200 ลิตร ตลอดจนท่อระบายน้ำเสียที่ลาดเทด้วยคอนกรีต

3) การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

3.1) ทำลายทุกสิ่งทุกอย่าง ที่ไม่ต้องการ แต่สามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้

3.2) เก็บ ปรับปรุงแก้ไข คัดแปลงสิ่งของที่ต้องการใช้ อย่าให้มีน้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ โดยเฉพาะ ยางรถยนต์เก่า ไห กระป๋อง กะลา กระบอกไม้ไผ่

3.3) ภาชนะกักเก็บน้ำทุกชนิด จะต้องปิดด้วยมุ้งไนล่อน หรือมีฝาปิดมิดชิด ไม่ให้ยุงลายไปวางไข่ได้

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

4) การกำจัดลูกน้ำยุงลาย องค์การอนามัยโลกยอมรับว่า การพบลูกน้ำในภาชนะกักเก็บน้ำสะอาดที่อยู่ใน บริเวณบ้าน ถือว่าเป็นลูกน้ำยุงลายได้โดยไม่ต้องนำไปตรวจแยกชนิด โดยวิธีการดังนี้

4.1) ทางกายภาพ มุ่งเน้นแนวคิดการอยู่ร่วมกันของยุงลายและคน โดยไม่เบียดเบียน นั่นคือการปรับปรุงสุขาภิบาลให้ไม่เหมาะสมกับการอาศัยอยู่ของยุงลาย ซึ่งได้แก่ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยการถ่ายเทน้ำในห้องน้ำ (ซึ่งภาชนะที่ใส่น้ำนั้นไม่มีฝาปิดหรือปิดฝาไม่ได้) ทุก 7 วัน และทำความสะอาดภาชนะกักเก็บน้ำอื่นๆ ทุก 7 วัน อย่างไรก็ตามหากภาชนะกักเก็บน้ำมีฝา หรือภาชนะปิดฝาได้ ให้ใช้วิธีเอาแผ่นพลาสติกขนาดใหญ่กว่าภาชนะประมาณ 5-10 เท่า แล้วใช้เชือกหรือยางรัดให้แน่นทิ้งไว้ประมาณ 1-2 สัปดาห์ ลูกน้ำ ยุงลาย หรือยุงอื่นๆในภาชนะนั้นจะถูกทำลายตายหมด (ประชิต สุขอนันต์, 2541 อ้างถึงในบรรเทิง สุพรรณ, 2550; 10) โดยการถ่ายและกรองน้ำ หรือเทน้ำทิ้ง จากภาชนะที่ไม่สามารถปิดฝาได้ทุก 7 วัน(เช่น แจกันหรือที่รองขาตู้กับข้าว) ถ้าภาชนะกักเก็บน้ำใบใหม่จะต้องล้างผิวภาชนะด้านในด้วยแปรงให้สะอาดก่อนนำไปบรรจุน้ำ (ประหยัด แดงสุภา, 2542)

4.2) ทางชีวภาพ โดยได้แนะนำให้ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน นั่นคือการศึกษาสำรวจ สอบถามว่าชาวบ้านมีวิธีป้องกันและควบคุมยุงลายหรือยุงอื่นๆอย่างไร ทางชีวภาพ เช่น การเลี้ยงปลาหางนกยูงเพื่อให้กินลูกน้ำ การไม่ทำลายตัวมวนกรรเชียง แมลงตับเต่า ซึ่งชอบลูกน้ำยุง นอกจากนี้หากไม่จำเป็นไม่ควรทำลายแมงมุมในห้องน้ำ หรือในที่ที่ยุงชอบซ่อนตัว เนื่องจากแมงมุมมีความสามารถมากในการดักจับยุง (ประชิต สุขอนันต์, 2541 อ้างถึงในบรรเทิง สุพรรณ, 255; 10)

4.3) ทางเคมี การใช้น้ำส้มสายชู 5 % หรือสารส้ม 1.2 ส่วนในล้านส่วน จะทำให้ลูกน้ำยุงลายตาย ร้อยละ 95 เหมาะสำหรับใช้ในที่รองขาตู้กับข้าวกันมด ในแง่ของการปฏิบัติ การใช้น้ำส้มสายชูดีกว่าเพราะหาง่าย ใช้ได้สะดวก และไม่ค่อยเป็นฝ้าที่ผิวน้ำ Abate (Temephose 1%) เป็นสารเคมีชุบเม็ดทรายสำหรับใส่ลงภาชนะบรรจุน้ำใช้ในขนาด 1 กรัม ต่อน้ำ 10 ลิตร สามารถทำลายลูกน้ำได้ประมาณ 3 เดือน ไม่สนับสนุนให้ใส่ในน้ำสำหรับบริโภค ควรจะใช้วิธีป้องกันการวางไข่ คือ หาฝาปิดให้มิดชิดดีกว่า ถึงแม้ว่ามีรายงานยืนยันว่า Abate ไม่มีอันตรายต่อสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม แต่ก็ไม่มีการรับรองว่า จะไม่เกิดอันตราย ถ้าบริโภคติดต่อกันนาน

ในการศึกษาค้นคว้าการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลขามป้อม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ผู้ศึกษาได้ประยุกต์กระบวนการมาจาก กระบวนการบริหารของ กูลิค และเออร์วิค (ประเสริฐ ลมจะโปะ , 2548 ; 10-11) มาประมวลเป็นกรอบในการศึกษาลักษณะการดำเนินงานป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลขามป้อม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดกิจกรรมรณรงค์ การประสานงาน และด้านการประเมินผล

4. ข้อมูลทั่วไปของตำบลขามป้อม

4.1 สภาพทางกายภาพ

4.1.1 ที่ตั้ง องค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม ตั้งอยู่ทิศเหนืออำเภอวาปีปทุม เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลที่ตั้งอยู่นอกเขตเทศบาล และเขตป่าสงวนแห่งชาติ อยู่ห่างจากจังหวัดมหาสารคาม ประมาณ 34 กิโลเมตร อยู่ห่างจากอำเภอวาปีปทุม 8 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อตำบลอื่น ๆ ดังนี้

1) ทิศเหนือ ติดกับตำบลเสือโก้ก อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

2) ทิศใต้ ติดกับตำบลหนองทุ่ม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

3) ทิศตะวันออก ติดกับตำบลหนองไฮ และตำบลเสือโก้ก อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

4) ทิศตะวันตก ติดกับตำบลงัวบา อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

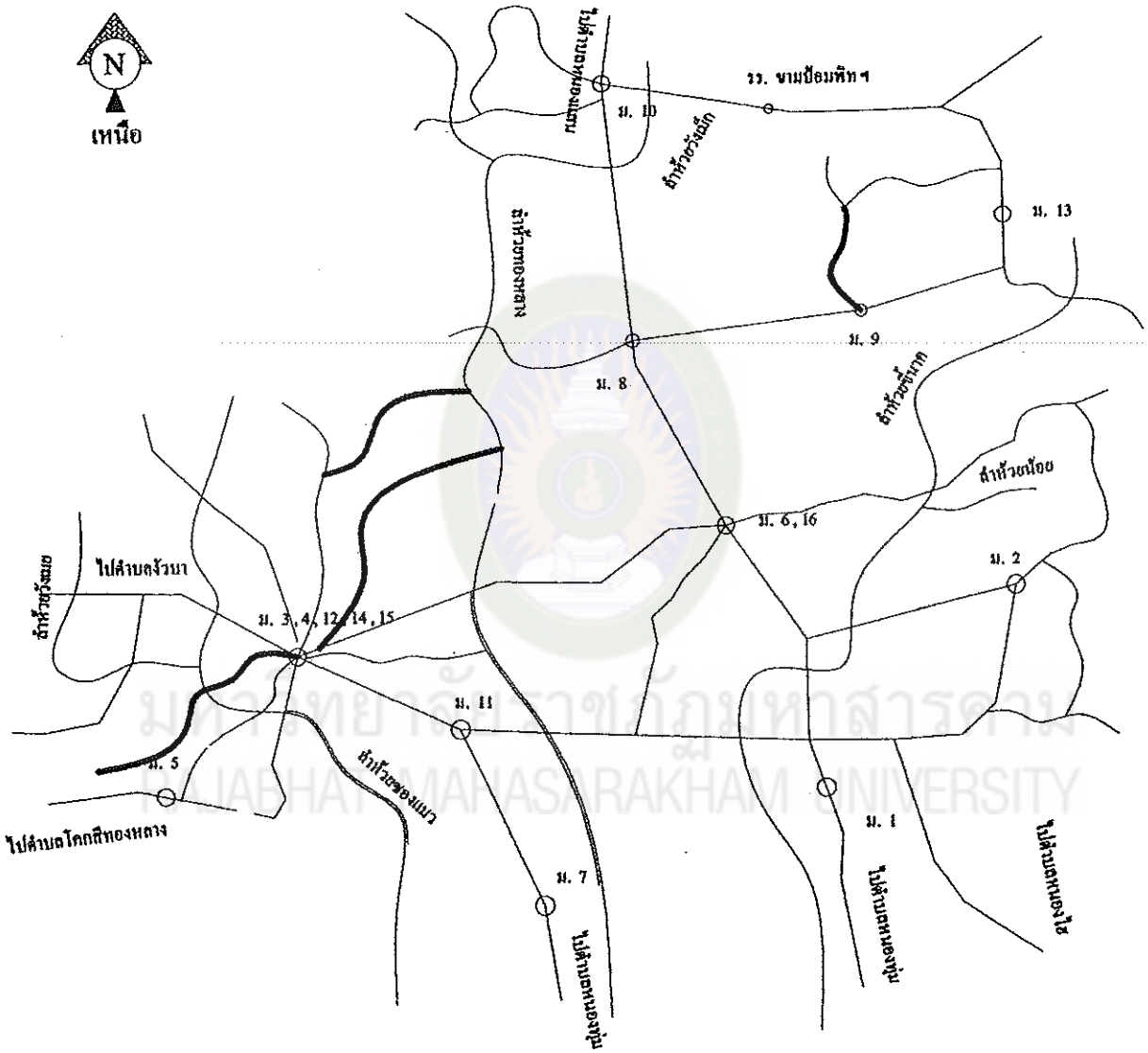
4.12 เนื้อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อมมีพื้นที่ทั้งหมด 40.95 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 25,593 ไร่

4.1.3 ภูมิประเทศ องค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม ตั้งอยู่นอกเขตเทศบาล และเขตป่าสงวนแห่งชาติมีสภาพทางกายภาพเป็นที่ราบสูง พื้นที่ทั้งหมดเป็นดินทรายมีลำห้วยเล็ก ๆ ไหลผ่าน 5 สาย ไม่มีแม่น้ำ มีป่าไม้เป็นป่าละเมาะ ประมาณ 5 % ของพื้นที่

4.1.4 จำนวนหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม มีหมู่บ้านทั้งหมด 16 หมู่บ้าน ดังนี้

หมู่ที่ 1 บ้านขามป้อม หมู่ที่ 2 บ้านโนนงิ้ว

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



ภาพที่ 1 แผนที่ตำบลขามป้อม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิชัย สติมัย และคณะ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการดำเนินงานควบคุมลูกน้ำยุงลายแบบต่อเนื่องของแกนนำ สุขภาพประจำครอบครัวที่ได้รับค่าตอบแทน ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า แนวโน้มความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายจากการดำเนินการต่อเนื่อง 2 ปี หมู่บ้านที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้รับค่าตอบแทน ความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายลดลงทั้ง 2 ปี โดยลดลงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (BI < 100) แต่จะลดลงเฉพาะในช่วงเดือนที่ได้รับค่าตอบแทนเท่านั้น ดังนั้น การให้ค่าตอบแทนแก่ อสม.จึงเป็นมาตรการทางเลือกหนึ่ง กรณีหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือองค์กรอื่น ๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ถ้าหากมีงบประมาณเพียงพอสำหรับดำเนินงาน

ประจักษ์ นาครินทร์ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชน ตำบลบ้านเล่า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ในกลุ่มผู้นำและผู้นำตามธรรมชาติ พบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทดสอบหาความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการอบรมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยใช้วิธีการผสมผสาน คือ ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน วัดและโรงเรียน จัดรณรงค์ทำความสะอาด มีการตรวจและกำจัดลูกน้ำทุก 7 วัน ใส่ทรายอะเบท ปล่อยปลากินลูกน้ำยุงลาย พ่นหมอกควันในบ้าน วัด โรงเรียน ภายใน 3 ชั่วโมง หลังได้รับรายงานการเกิดโรค จัดนิทรรศการประกวดการมีห้องน้ำสะอาด ปราศจากลูกน้ำยุง เมื่อดำเนินการกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคแล้ว ค่า BI ของหมู่บ้านมีแนวโน้มลดลง

กิติชัย ศิริบุตร และคณะ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ทำการประเมินการดำเนินงานด้านการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารโดยตรงทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวหรือทางหอกระจายข่าวเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จะทำส่งผลให้ประชาชนมีความร่วมมือในการป้องกันโรคและพฤติกรรมในการควบคุมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของประชาชนอยู่ในระดับที่พอใช้ แต่การทำลายวัสดุหรือขยะที่ไม่มีส่วนให้น้ำขังอยู่ในระดับที่ดีมาก

อุรีย์ อุสาหะ และคณะ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อต่อความรุนแรงของการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

เอมอร สุทธิสา และคณะ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุมลูกน้ำยุงลายของสมาชิกในครัวเรือน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายของสมาชิกในครัวเรือนและค่าความชุกลูกน้ำยุงลายต่อภาชนะ (CI)

ปรีชา สิริจิตราภรณ์ และคณะ (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษา "การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ" พบว่า การกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของกระบวนการตั้งแต่การระดมความคิด การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา ตลอดจนการบริหารจัดการชุมชน จึงจะทำให้เกิดความร่วมมือของชุมชนในการแก้ปัญหา ซึ่งก่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการแก้ปัญหาชุมชน

สวรรยา สิริภคมงคล สำราญ สิริภคมงคล และทรงวุฒิ กิ่งสุข (2546 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มเป้าหมายทั้งพื้นที่ทดลองและพื้นที่เปรียบเทียบส่วนใหญ่มีความรู้ เจตคติ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบ้านตนเองและที่สาธารณ ชุมชน วัด โรงเรียน ภายหลังดำเนินการกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เกิดความตะหนักเห็นความสำคัญในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตลอดจนเกิดความเสียสละในการช่วยเหลือชุมชนมากขึ้น

สิทธิพงษ์ ยอดสิงห์ (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า การจัดการ สภาพแวดล้อมและการได้รับขอมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงควรให้การส่งเสริมและมีการอบรมเพิ่มพูนความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูความรู้และกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องในการควบคุมป้องกันโรคต่อไป

ดวงเดือน สมสมัย (2548 : บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านอาจารย์ตำรา ตำบลท่าหลวง อำเภอ พิมาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนด้านการวางแผน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.8 ด้านการดำเนินงานตามแผน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 49.4 ด้านการประเมินผล ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.2 และด้านการรับผลประโยชน์ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.8

มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
PIBULSONGKRAM RAJABHAT UNIVERSITY

ประเสริฐ ลมจะโปะ (2548 : บทคัดย่อ) ศึกษาการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ลักษณะทางประชากร ความรู้ ทัศนคติ การบริหารทรัพยากร และการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง ตลอดจนทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทบทวนการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การฝึกอบรมให้ความรู้ และการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกันไข้เลือดออกในระดับพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายต่อไป

บรรเทิง สุพรรณ (2549 : บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษพบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรไข้เลือดออกอยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 88.03 รองลงมาคือให้ความร่วมมือปานกลางคิดเป็นร้อยละ 11.27 ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพความเป็นอยู่ของประชาชน โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งพื้นที่ตำบลทุ่งใหญ่นั้น ประชาชนจะมีการประกอบอาชีพทั้งปี คือจะมีการทำไร่ข้าวโพด สวนผลไม้ และทำนา โดยรวมแล้วต้องดำเนินการตลอดทั้งปี จึงทำให้การเห็นความสำคัญของการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้นยังน้อยอยู่เมื่อเทียบกับการหาเลี้ยงชีพ

พงษ์เทพ ศรีเกษ (2549 : บทคัดย่อ)ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเขตสถานีอนามัยบ้านโพธิ์ชัย อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า แกนนำสุขภาพมีส่วนร่วมมากที่สุดในการวางแผนการจัดหา ทรายอะเบท น้ำมันเชื้อเพลิง และเคมีภัณฑ์ ด้านการดำเนินงานตามแผน พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีส่วนร่วมมากที่สุด ในประเด็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (ร้อยละ 67.50) ส่วนการมีส่วนร่วมในประเมินผลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับมาก จากการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าส่วนร่วมด้านการได้รับผลประโยชน์จากการแก้ไขปัญหาสุขภาพมากที่สุด(ร้อยละ 53.70) รองลงมาคือ มีส่วนร่วมด้านการแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงวิธีการแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 52.50)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้ทราบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องในงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลขามป้อม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลขามป้อม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของประเสริฐ ลมจะโปะ (2548 : 55) ซึ่งศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ศึกษาได้นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลขามป้อม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 4 ด้าน ได้แก่

6.1 ด้านการวางแผน ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

6.2 ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ การปฏิบัติงานถ้าจะให้ประสบผลสำเร็จจะต้องมีการจัดแสดง ประชาสัมพันธ์ สาธิต เพื่อให้เห็นตัวอย่างที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

6.3 ด้านการประสานงาน เป็นเรื่องที่ความสำคัญเช่นกันในการดำเนินงานเพราะการประสานงานที่ดีทำให้ดำเนินงานมีประสิทธิภาพมาก

6.4 ด้านการประเมินผล จะทำให้เราทราบว่าการปฏิบัติงานของเราอยู่ในระดับใด เพื่อประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของงาน

นอกจากนั้น การศึกษาครั้งนี้ยังต้องการศึกษา ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลขามป้อม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสาคาม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY