

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัย ซึ่งจะได้ นำเสนอโดยแบ่งออกเป็นหัวข้อเรียงลำดับ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน
3. แนวคิดเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
4. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ
6. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด
 - 6.1 ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ
 - 6.1.1 ความหมายของภาวะผู้นำ
 - 6.1.2 การวัดภาวะผู้นำ
 - 6.1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.2 ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาท
 - 6.2.1 ความหมายของการรับรู้บทบาท
 - 6.2.2 การวัดการรับรู้บทบาท
 - 6.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจ
 - 6.3.1 ความหมายของแรงจูงใจ
 - 6.3.2 การวัดแรงจูงใจ
 - 6.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.4 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม
 - 6.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

6.4.2 การวัดการมีส่วนร่วม

6.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.5 ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม

6.5.1 ความหมายของการทำงานเป็นทีม

6.5.2 การวัดการทำงานเป็นทีม

6.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.6 ปัจจัยด้านการประสานงาน

6.6.1 ความหมายของการประสานงาน

6.6.2 การวัดการประสานงาน

6.6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

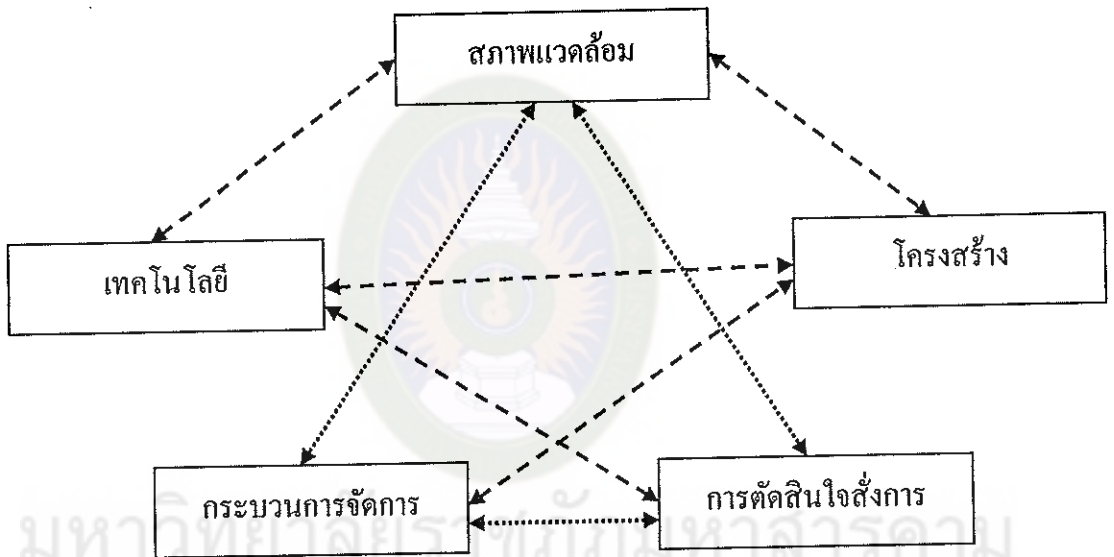
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆจากนักวิชาการหลายคน พอสรุปความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา ได้ดังนี้

ทิสนา แจมมณี (2550 : 221 - 222) กล่าวว่ารูปแบบ หมายถึง สภาพลักษณะของการเรียนการสอนที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญซึ่งได้รับการจัดไว้อย่างเป็นระเบียบ ตามหลักปรัชญา ทฤษฎี หลักการ แนวคิดหรือความเชื่อต่าง ๆ โดยประกอบด้วยกระบวนการหรือขั้นตอนสำคัญในการเรียนการสอนรวมทั้งวิธีสอนและเทคนิคการสอนต่าง ๆ ที่สามารถช่วยให้สภาพการเรียนการสอนนั้นเป็นไปตามทฤษฎี หลักการหรือแนวคิดที่ยึดถือซึ่งได้รับการพิสูจน์ทดสอบ หรือยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ สามารถใช้เป็นแบบแผนในการเรียน การสอนให้บรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะของรูปแบบนั้น ๆ ดังนั้น รูปแบบจึงจำเป็นต้องมีองค์ประกอบสำคัญ ๆ 4 ประการ ได้แก่ มีปรัชญา ทฤษฎี หลักการ แนวคิด หรือความเชื่อที่เป็นพื้นฐานหรือเป็นหลักของรูปแบบ การสอนนั้น ๆ มีการบรรยายและอธิบายสภาพหรือลักษณะของการจัดการเรียนการสอนที่ สอดคล้องกับหลักการที่ยึดถือ มีการจัดระบบ คือ มีการจัดองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของระบบให้สามารถนำผู้เรียน ไปสู่เป้าหมายของระบบหรือกระบวนการนั้น ๆ และมีการอธิบายหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีสอนและเทคนิคการสอนต่าง ๆ อันจะช่วยให้กระบวนการเรียนการสอนนั้น ๆ เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี (2552 : 20) กล่าวว่า การสร้างรูปแบบนั้นไม่ปรากฏมีหลักเกณฑ์ที่เป็นเกณฑ์ตายตัว แต่การสร้างรูปแบบส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ผู้สนใจดำเนินการศึกษา ส่วนการกำหนดองค์ประกอบรูปแบบในการศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการบริหารส่วนใหญ่ใช้แนวคิดของบราวน์ และ โมเบิร์ก ซึ่งประกอบด้วย สภาพแวดล้อม เทคโนโลยี โครงสร้าง กระบวนการจัดการ และการตัดสินใจสั่งการ ดังนั้นการพัฒนาารูปแบบจึงมีการดำเนินการเป็นสองตอนใหญ่ คือ การสร้างรูปแบบและการหาคุณภาพของรูปแบบ ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 รูปแบบเชิงระบบและสถานการณ์ของบราวน์และ โมเบิร์ก (Brown and Moberg, 2000)

ที่มา : ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี. 2552 : 19

นอกจากนี้ ยังได้กล่าวไว้ว่าการพัฒนารูปแบบนั้น เป็นกระบวนการดำเนินงานใน รูปแบบของสื่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ ในการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งการสร้างหรือพัฒนารูปแบบจำลอง ให้ความรู้ ต้องทำการศึกษาและสร้างแบบแผนการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับสภาพสังคมของท้องถิ่นนั้น ๆ เพื่อให้รูปแบบจำลองนั้นมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งการพัฒนารูปแบบนั้นมีสาระสำคัญ คือ รูปแบบควรมีทฤษฎีรองรับ เมื่อพัฒนารูปแบบแล้วก่อนนำไปใช้ต้องมี การวิจัยเพื่อทดสอบการพัฒนารูปแบบจะมีจุดมุ่งหมายการพัฒนารูปแบบนั้น ๆ และยังคงกล่าว ว่า สาระสำคัญของการพัฒนารูปแบบ โดยสรุปมีอยู่ 4 ประการ คือ รูปแบบควรมีทฤษฎี

รองรับ เมื่อพัฒนารูปแบบแล้วก่อนนำไปใช้อย่างแพร่หลายต้องมีการวิจัย เพื่อทดสอบทฤษฎี และตรวจสอบคุณภาพในเชิงการใช้ในสถานการณ์จริง และนำข้อค้นพบมาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบอาจจะออกแบบให้ใช้ได้กว้างขวาง หรือเพื่อวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจงก็ได้ และการพัฒนารูปแบบจะมีจุดมุ่งหมายหลักที่ถือเป็นตัวตั้งในการพิจารณาเลือกรูปแบบไปใช้ เช่น การนำรูปแบบการสอนไปใช้ตรงกับจุดมุ่งหมายหลักจะทำให้เกิดผลสูงสุด แต่ก็สามารถนำรูปแบบนั้นไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่นได้เช่นกัน ถ้าพิจารณาเห็นว่าเหมาะสม แต่ก็อาจทำให้ได้สัมฤทธิ์ผลที่ลดน้อยลงไป

สรุปได้ว่ารูปแบบการพัฒนาคือการดำเนินการอย่างมีแบบแผนเป็นลำดับขั้นตอน และจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน เพื่อให้รูปแบบมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีทฤษฎีรองรับ มีการวิจัย ตรวจสอบและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถใช้ได้เกิดผลสูงสุดกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และสามารถประยุกต์ใช้ได้กับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกัน แต่อาจเกิดผลที่ลดน้อยลง

แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

1. ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

นิยามของการสาธารณสุขมูลฐาน ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนกันยายน 2521 หมายถึง บริการสาธารณสุขที่มีลักษณะดังนี้ (สมคิด เถาว์ลัย 2546 : 15)

1. ปฏิบัติได้ (Practical)
2. มีความถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ (Scientifically Sound)
3. เป็นที่ยอมรับของสังคมและสอดคล้องกับประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน ทั้งในด้านวิธีการและเทคโนโลยี (Socially Acceptable and Culturally Bound)
4. มีการกระจายอย่างทั่วถึงสามารถเข้าถึงได้โดยทุกคนในชุมชน (Universally Accessible to Individuals in The Community)
5. ประชาชนมีส่วนร่วม (Fully Participation)
6. มูลค่า และอัตราบริการอยู่ในระดับที่ประชาชนมีวิสัยทัศน์สามารถจะจ่ายได้โดยไม่เดือดร้อน (Affordable Cost)
7. เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนาและพึ่งตนเอง สนับสนุนการตัดสินใจด้วยตนเองของประชาชน (Self-reliance and Self-determination)
8. สร้างความเป็นปึกแผ่น บูรณาการระหว่างระบบสุขภาพกับระบบสังคม

เศรษฐกิจของชุมชน (Integration of Health and Socio-economic System in Community)

9.เป็นการนำเอาระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขลงไปดำเนินการถึงประชาชนในระดับท้องถิ่นอย่างใกล้ชิดที่สุด ในสภาพแวดล้อมที่เขามีสภาพชีวิตและความ เป็นอยู่ในบริบททางสังคมของเขา (Bringing Health Care as Close as Possible to Where People Live and Work)

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาศึกษาอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่ม 12. 2550)

นอกจากนี้ การสาธารณสุขมูลฐานยังเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและสามารถช่วยตนเองได้ โดยอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน ฯลฯ โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนในเรื่องต่าง ๆ เช่น ความคิด แรงงาน เงินหรือทรัพยากรอื่น ๆ ที่สามารถหาได้ในท้องถิ่น ความร่วมมือเหล่านี้จะต้องเป็นความต้องการและความสมัครใจของชุมชนเอง ในอันที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อตัวของเขาเอง เพื่อครอบครัว และเพื่อชุมชนของเขา โดยมีได้หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น นอกจากงานสาธารณสุขมูลฐานจะได้ชื่อว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการผสมผสานของงานต่าง ๆ ภายในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขด้วยกันแล้ว งานสาธารณสุขมูลฐานยังมีความสำคัญเกี่ยวโยงกับงานพัฒนา ด้านอื่น ๆ อีกด้วย ทั้งนี้เพราะเหตุว่าการพัฒนางานสาธารณสุขแต่เพียงส่วนเดียว ไม่สามารถที่จะขจัดปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้ เพราะเหตุว่างานสาธารณสุขนั้น จะต้องควบคู่กันไปกับงานพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชน เช่น รายได้ การครองชีพ อาชีพ ภาวะการศึกษา เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การสาธารณสุขมูลฐาน จึงเป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญของการผสมผสานระหว่างงานสาธารณสุขและงานพัฒนาในด้านเศรษฐกิจและสังคม (อุทัยวรรณ สุกิมานิล. 2544 : 6)

2. แนวคิดและหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน

ตามนโยบายการเร่งรัดพัฒนาชนบทที่จะทำให้ประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งมีฐานะยากจน ค้อยการศึกษาและมีสถานภาพทางสุขภาพต่ำ ให้มีความเป็นอยู่ดีขึ้น นั้น รัฐบาลถือว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศประชาชนในชนบทเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศจึงจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพที่ดี แต่การบริการสาธารณสุขที่รัฐบาล ได้ดำเนินการมายังไม่สามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ได้ เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด นอกจากนี้การกระจายบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขยังไม่สมดุลกันอีกด้วย และเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ สถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่นั้น ประชาชนไม่ได้ใช้ประโยชน์เท่าที่ควร ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ เพราะประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยและประโยชน์ของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่ (ศูนย์ สช. อีสาน. 2550) แนวคิดสากลของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เกิดขึ้นจากความพยายามของรัฐบาลทุกประเทศ โดยตระหนักถึงการบริการงานสาธารณสุขในรูปแบบใหม่ ที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมด้วยทั่วโลก ได้พิจารณาว่าการบริการสาธารณสุขจะครอบคลุมได้ประชาชนจะต้องสามารถดำเนินการและจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากประชาชนเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนย่อมทราบดีถึงปัญหาของตนเอง รวมทั้งชุมชนทุกประเทศต่างยอมรับในหลักการที่ว่า การมีสุขภาพดีเป็นความต้องการพื้นฐานและสิทธิมนุษยชนเบื้องต้นที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเป้าหมายว่า ประชาชนควรได้รับการพัฒนาให้มีสุขภาพที่ดีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ตามภาวะเศรษฐกิจและสังคมของท้องถิ่นนั้น ๆ และใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งซึ่งให้ความสำคัญต่องานสาธารณสุขมูลฐาน นำมาใช้ในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (อุทัยวรรณ สุกิมานิล. 2544 : 5)

ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ (2550) ได้สรุปแนวคิดหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน ไว้ 10 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของประชาชนเอง

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไรและร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถสามารถวิเคราะห์ปัญหาเองได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของรัฐจะต้องเข้าใจว่า “เราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน”

แนวคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชน คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวด้วยความสมัครใจเพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหาไม่ใช่เพราะว่าเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้น งานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานการพัฒนาด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 การสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ได้

แนวคิดที่ 8 การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวคิดที่ 9 การสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่นในการที่นำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและแก้ปัญหาที่ประสบอยู่และไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องเดียวกัน เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 การสาธารณสุขมูลฐาน ต้องเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อ การให้การศึกษาดูแลตนเอง การให้ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

ส่วนหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน อาศัยหลักการที่สำคัญ 4 ประการคือ

ประการที่ 1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation or People Involvement) หมายถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนที่มีความลึกซึ้งมากกว่าความร่วมมือธรรมดา

ประการที่ 2 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เป็นการ
ใช้เทคโนโลยีทางสาธารณสุขที่ง่าย ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เหมาะสมกับสภาพของท้องถิ่น
ประชาชนสามารถปฏิบัติเองได้

ประการที่ 3 การปรับระบบบริการขั้นพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการ
สาธารณสุขมูลฐาน (Re-oriented Basic Health Service) เป็นการปรับระบบบริการของรัฐและ
ระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ ให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้เกิด
การกระจายและครอบคลุมของบริการของรัฐ

ประการที่ 4 การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น (Intersectoral
Collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกัน ทั้ง
ภายในกระทรวงสาธารณสุขเองและงานพัฒนาชุมชนของต่างกระทรวง ตลอดจนรัฐวิสาหกิจ
และเอกชน

สรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ
ช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัวหรือ
ระดับหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ให้บริการต้องปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ ซึ่งจากเดิมเป็นผู้
ให้บริการเปลี่ยนเป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ (Supervise) และผู้สนับสนุน (Supporter) ให้กับ
ประชาชนเพื่อให้ประชาชนเกิดศักยภาพสามารถดำเนินการได้โดยประชาชนเอง

3. องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น มีความสอดคล้อง
กับปัญหาและความต้องการของประชาชน โดยเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงาน
บริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service) ซึ่งรัฐบาลได้เป็นผู้จัดให้แก่ประชาชน
องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน 4
ด้าน ได้แก่ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ซึ่ง
สามารถแยกออกเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองออกเป็นงานต่าง ๆ ซึ่ง
เรียกว่าเป็นองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 14 องค์ประกอบ คือ งาน
โภชนาการ งานสุขศึกษา การรักษาพยาบาล การจัดหาที่จำเป็น การสุขภาพและจัดหา
น้ำสะอาด อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น
การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การส่งเสริมสุขภาพฟัน การส่งเสริมสุขภาพจิต อนามัยสิ่งแวดล้อม
คุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ และเอดส์ โดยในแต่ละ

ละองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้ (ศูนย์ สช. อีสาน. 2550)

1. งานโภชนาการ มีหน้าที่กระตุ้นเตือนให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้น เช่น โรคขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ขวบ หรือเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำ เป็นต้น โดยร่วมมือกับกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำ กลุ่มแม่บ้าน ในการค้นหา สํารวจสถานะอนามัยเด็ก ชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ขวบ ทุกคนเป็นประจำ เมื่อพบเด็กคนใดที่ขาดสารอาหารก็ดำเนินการให้อาหารเสริมโดยเร็ว ให้ความรู้แก่แม่ในการให้อาหารแก่ทารก ตลอดจนส่งเสริมการปลูกผักเลี้ยงสัตว์ เพื่อนำมาเป็นอาหาร
2. งานสุขศึกษา มีหน้าที่ให้สุขศึกษาในเรื่องต่างๆ เช่น ปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น การร่วมกันแก้ไขปัญหา เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน
3. การรักษาพยาบาล มีหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็นเบื้องต้นแก่ชาวบ้านชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสามารถของ อสม. ในการรักษาพยาบาลและชี้แจงให้ทราบถึงสถานบริการของรัฐ ตลอดจนส่งต่อผู้ป่วยถ้าเกินความสามารถของ อสม.
4. การจัดหาที่จำเป็น มีหน้าที่ดำเนินการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านหรือจัดหาที่จำเป็นไว้ให้บริการ ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และดำเนินการให้ประชาชนสามารถซื้อยาที่จำเป็นเหล่านี้จากกองทุน หรือ ศสมช. ได้สะดวก รวดเร็วและมีราคาถูก
5. การสุขาภิบาลและจัดหาสะอาด มีหน้าที่ชี้แจงให้ประชาชน กรรมการหมู่บ้าน ทราบถึงความสำคัญของการจัดหาสะอาดไว้ดื่ม การสร้างส้วม การกำจัดขยะมูลฝอย และการจัดบ้านเรือนให้สะอาด เป็นต้น
6. งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว มีหน้าที่ชี้แจงและสนใจให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการวางแผนครอบครัว ความจำเป็นของการดูแลก่อนคลอด (การฝากครรภ์) และการดูแลหลังคลอด นัดหมายมารับบริการและความรู้ในการปฏิบัติตน การกินอาหาร ชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต นัดเด็กมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ
7. งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น มีหน้าที่ชี้แจงให้ประชาชนทราบว่าในหมู่บ้านมีโรคอะไรที่เป็นปัญหา เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคพยาธิ ไขเลือดออก ซึ่ง

จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา รวมทั้งการร่วมมือกันในการดำเนินการควบคุมและป้องกันมิให้เกิดโรคระบาดขึ้นได้

8. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีหน้าที่ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ และนัดหมายเจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการแก่ประชาชนตามจุดนัดพบต่าง ๆ

9. การส่งเสริมสุขภาพฟัน มีหน้าที่ชี้แจงและให้ความรู้กับประชาชนถึงการดูแลฟัน การรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน นัดหมายประชาชนให้มารับบริการในสถานบริการ หรือเมื่อมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้ามาในชุมชน

10. การส่งเสริมสุขภาพจิต มีหน้าที่ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต การค้นหาผู้ป่วยในระดับชุมชน เพื่อจะได้รับการแนะนำการรักษาที่ถูกต้อง

11. งานอนามัยและสิ่งแวดล้อม มีหน้าที่ร่วมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมกับประชาชน ประชาชนทุกคนเฝ้าระวังมิให้มีการกระทำที่ก่อให้เกิดมลภาวะ องค์กรชุมชนร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาของชุมชนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องสารเคมีในการเกษตร แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการกับผู้กระทำผิด

12. การคุ้มครองผู้บริโภค มีหน้าที่ร่วมกับประชาชนสอดส่องดูแลพฤติกรรมของร้านค้า รถขายยาฯ ฯลฯ หากพบเห็นผู้กระทำผิดกฎหมายก็แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการ อสม. ร่วมกันให้ความรู้แก่เพื่อนบ้านในการเลือกซื้อสินค้า เช่น อาหาร เครื่องปรุงรส ขนมหัตถ์เครื่องสำอางที่มีมาตรฐานตามเกณฑ์ อย. มาใช้ ตลอดจนอาจจัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อร่วมมือประสานงานกันดูแลประชาชนในพื้นที่

13. การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ มีหน้าที่ร่วมค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็งพร้อมทั้งจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษารือส่งต่อ วิธีการปฏิบัติตนให้พ้นจากการเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ ให้ความรู้แก่ประชาชนถึงแนวทางการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย ตลอดจนสร้างเสริมความมีน้ำใจและเอื้ออาทรต่อผู้พิการในชุมชนและร่วมกันฟื้นฟูสภาพผู้พิการ

14. การป้องกันเอดส์ มีหน้าที่ให้ความรู้กับประชาชนให้ทราบถึงความสำคัญและความจำเป็นในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจ ทศสนคดีและการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ตลอดจนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ให้สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้โดยชุมชนยอมรับและไม่แพร่กระจายโรคเอดส์สู่คนในชุมชน

กล่าวโดยสรุปว่าการสาธารณสุขมูลฐานนั้นเป็นงานด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนในขั้นที่เป็นพื้นฐานและจำเป็นในการดำรงชีวิต ทำให้ประชาชนอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองได้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพในชุมชนของตนเอง โดยมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

แนวคิดเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สามารถนำเสนอตามรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความหมายของโรคไข้เลือดออก

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ให้ความหมายของโรคไข้เลือดออกไว้หลายคน ดังนี้

กรมควบคุมโรคติดต่อ (2545 : 2) ได้ให้ความหมายของโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever ; DHF) ว่าเป็นโรคติดต่อจากเดงกีไวรัส (Dengue Virus) มีลักษณะของโรคที่สำคัญ คือ มีไข้ร่วมกับมีอาการเลือดออก อาจเป็นที่ผิวหนังและ/หรืออวัยวะภายใน (Hemorrhagic Diathesis) มีตับโตและมีภาวะช็อกซึ่งทำให้ตายได้ โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ

ประหยัด แดงสุภา (2542 : 5) ได้ให้ความหมายของโรคไข้เลือดออกว่า หมายถึงกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงลาย (ตัวเมีย) เป็นพาหะนำโรค ซึ่งโรคนี้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลกเนื่องจากโรคได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมาก จะพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น

ชวลิต ทักสนสว่าง (2550 : 433) ได้ให้ความหมายของโรคไข้เลือดออกว่าเป็นกลุ่มอาการของผู้ป่วย เริ่มด้วยอาการมีอาการไข้เลือดออกบริเวณ ได้พื้นผิวหนังและตามอวัยวะต่างๆ ซึ่งมีความรุนแรงต่างๆ กัน อาจมีอาการช็อกร่วมด้วยหรือไม่มีก็ได้

จากการศึกษาเอกสารจากนักวิชาการดังกล่าว สามารถสรุปความหมายของโรคไข้เลือดออกได้ว่าเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้เลือดออกบริเวณได้พื้นผิวหนังและตามอวัยวะต่างๆ ซึ่งมีความรุนแรงต่างๆ กัน อาจมีอาการช็อกและเสียชีวิตได้

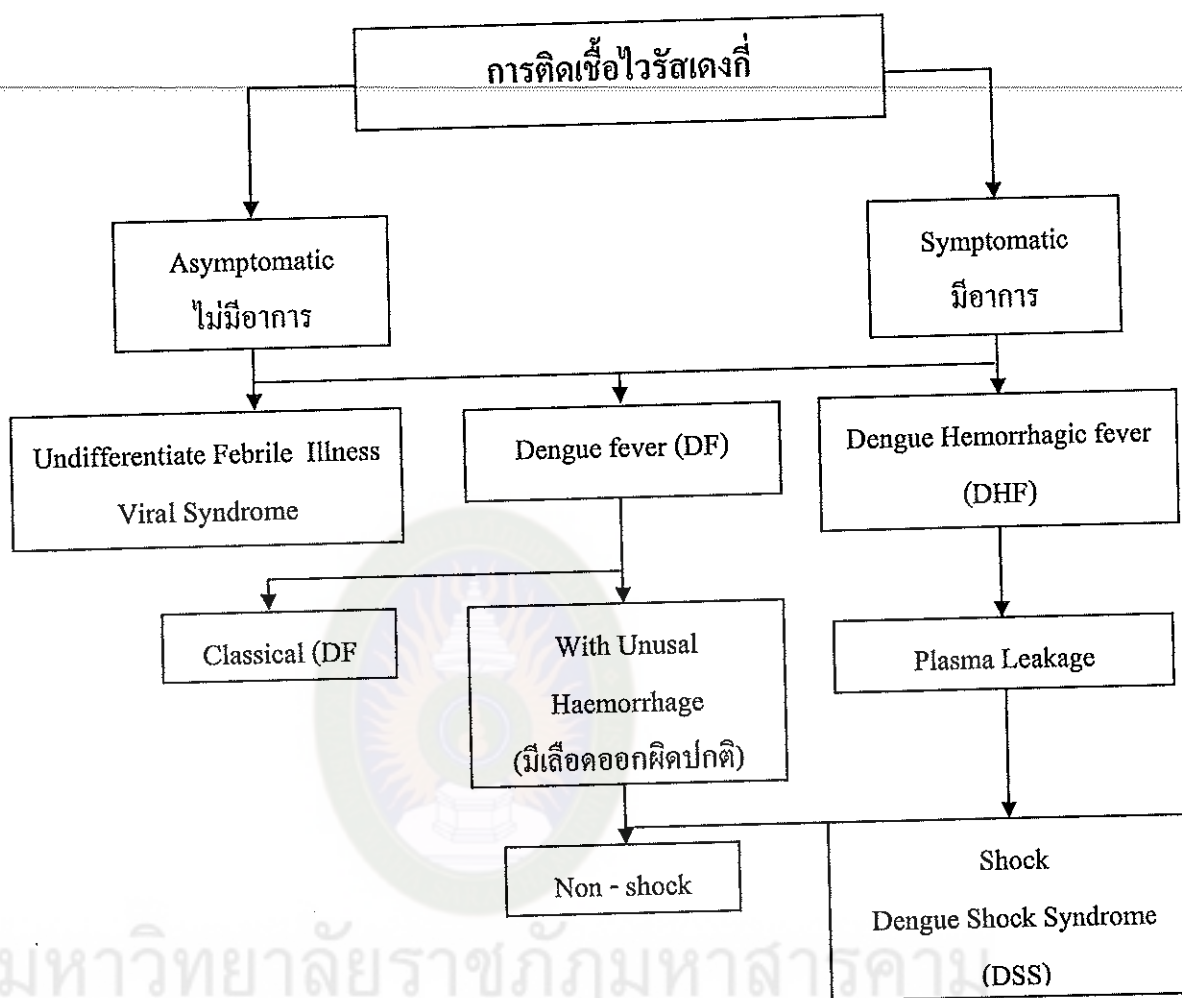
2. สาเหตุของโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ พบว่าเชื้อที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก คือ เชื้อไวรัส เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุที่สำคัญคือ Dengue Virus ซึ่งเป็น Rna Virus อยู่ใน Family Togaviridae กลุ่ม Subgroup Flavivirus มีอยู่ 4 Serotype คือ Serotype 1, 2, 3, 4 เชื้อ Dengue Virus ทั้ง 4 Serotype นี้มี Antigen บางส่วนร่วมกัน ดังนั้น เมื่อเชื้อตัวใดตัวหนึ่งเข้าสู่ร่างกาย จะทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อตัวนั้น ซึ่งอยู่ได้ถาวรและยังต่อต้านข้ามไปยังเชื้อชนิดอื่นๆ อีก 3 ชนิด (Cross Reaction) แต่อยู่ไม่ถาวร โดยทั่วไปอยู่ได้นาน 6 – 12 เดือน หลังจากระยะนี้แล้วคนที่เคยติดเชื้อซ้ำครั้งที่ 2 การติดเชื้อซ้ำนี้เป็นที่เชื่อกันว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก เชื้อไวรัสที่แยกจากผู้ป่วยดังกล่าวนี้ มีทั้ง 4 ชนิด แต่ที่พบบ่อยคือ Dengue 2 และ 4 ในระยะหลังเริ่มพบเชื้อชนิด Dengue 1, 3 มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าในรายที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นช็อก Dengue Shock Syndrome มักตรวจพบเป็นรายที่มีภูมิคุ้มกันอยู่ก่อนในระดับที่ไม่สามารถป้องกันโรคได้และถ้ามีอาการติดเชื้อซ้ำด้วย Dengue 2 จะตรวจพบอาการรุนแรงได้ (ชวลิต ทศนสว่าง. 2550 : 433 ; กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2537 : 59)

สรุปได้ว่า สาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก คือ เชื้อ Dengue Virus ซึ่งเป็น RNA Virus อยู่ใน Family Togaviridae กลุ่ม Subgroup Flavivirus ซึ่งมีอยู่ 4 Serotype

3. การติดต่อของโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ พบว่าโรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้ โดยมียุงลาย *Aedes aegypti* เป็นพาหะที่สำคัญ โดยยุงตัวเมีย ซึ่งกัดคนเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร ยุงที่กัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8 – 12 วัน การแพร่เชื้อบางครั้งอาจจะเกิดขึ้นหลังจากยุงกัดผู้ป่วยและดูดเชื้อไวรัสเข้าไป ขณะที่กำลังกัดดูดเลือดถูกรบกวนก่อนที่จะดูดเลือดอ้อม ยุงจะไปกัดคนอื่นต่อ (Multiple Feeding) เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5 – 8 วัน (สั้นที่สุด 3 วัน นานที่สุด 15 วัน) ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้



แผนภาพที่ 2 การจำแนกกลุ่มอาการโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี

ที่มา : ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรจ และสุจิตรา นิมมานนิตย์. 2546 : 27

สรุปได้ว่า โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลาย *Aedes Aegypti* เป็นพาหะสำคัญ โดยยุงลายที่กัดดูดเลือดผู้ป่วยในระยะไข้สูง ซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5 – 8 วัน ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้

4. อาการของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ พบว่า โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนและหลัง ได้ดังนี้ (ศิริเพ็ญ กัลป์ยาณรุจ และสุจิตรา นิมมานนิตย์. 2546 : 28-69)

4.1 มีอาการไข้สูงลอย 2 – 7 วัน

4.2 มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง

4.3 ตับโต กดเจ็บ

4.4 มีภาวะ การไหลเวียนโลหิตล้มเหลวและภาวะช็อก

ผู้ป่วยทุกรายจะมีอาการไข้สูงแบบเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40 – 41 องศาเซลเซียส บางรายอาจถึงชั้ได้ ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง ผิวหนังแดงบริเวณคอ หน้าอกและลำตัว เด็กบางคนอาจบ่นปวดศีรษะและปวดเมื่อยตามตัวพร้อม ๆ กับมีไข้สูง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย อาการเลือดออกที่พบบ่อยที่สุด คือ จุดเลือดออกที่ผิวหนัง ตามแขนขา รักแร้ และลำตัวบางรายมีเลือดกำเดาออก เลือดออกที่ได้เย็บดูตา เลือดออกตามไรฟัน อาการเลือดออกที่รุนแรง คือ เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ ผู้ป่วยจะอาเจียนเป็นเลือดสีน้ำตาล หรือถ่ายดำ อาการเลือดออกมักจะเริ่มเกิดขึ้นประมาณวันที่ 2 – 3 นับแต่เริ่มป่วย จุดเลือดออกตามผิวหนัง มักหายไปภายใน 3 – 4 วัน ตับมักจะโตและคลำได้ ได้ชายโครงขวา อาจจะกดเจ็บ มักจะตรวจพบได้ประมาณวันที่ 3 – 4 นับแต่เริ่มป่วย ในรายที่อาการรุนแรง ผู้ป่วยจะมีการช็อก ซึ่งมักจะเริ่มประมาณวันที่ 3 – 4 นับแต่เริ่มมีไข้ผู้ป่วยจะช็อกก่อนไข้จะลงหรือภายในระยะ 24 – 48 ชั่วโมง ในระยะหลังๆ มานี้เริ่มพบผู้ป่วยที่มีอาการทางสมอง คล้ายสมองอักเสบ หรืออาการภาวะของตับล้มเหลวหรือมีความผิดปกติของไตร่วมด้วย ในผู้ป่วยบางรายหลังจากไข้หายแล้ว 24 – 48 ชั่วโมง อาการช็อกก็จะเริ่มดีขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าสู่ระยะฟื้นตัว เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น อาจจะมีผื่นแดงตามแขนขาและวงขาว ๆ ตรงกลางได้ (Convalescent Rash)

สรุปได้ว่า โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนและหลัง คือ ไข้สูงลอย 2 – 7 วัน มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง ตับโต กดเจ็บ มีภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว/ภาวะช็อก

5. อาการแสดงของโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ พบว่า อาการแสดงของโรคไข้เลือดออกแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤต/ช็อกและระยะฟื้นตัว

5.1 ระยะไข้ ผู้ป่วยจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส บางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้น โดยเฉพาะในเด็กที่มีประวัติชักมาก่อน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (Flushed Face) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีน้ำมูกไหลหรืออาการไอ เมื่ออาหาร อาเจียนและไข้จะสูงลอยอยู่ 2 – 7 วัน อาจพบมีผื่นแบบ Erythema หรือ Maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น Rubella ได้ อาการเลือดออกที่พบบ่อยคือ ที่ผิวหนัง การทำ Tourniquet Test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2 – 3 วันแรกของโรคร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟันในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียน และถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งมักจะเป็นสีดำ (Melena) ส่วนใหญ่จะคลำตับโต ได้ประมาณวันที่ 3 – 4 นับแต่เริ่มป่วย ในระยะที่ยังมีไข้อยู่ ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

5.2 ระยะวิกฤตหรือช็อก ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่จะมีอาการรุนแรง มีภาวะไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเกิดขึ้นซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นกับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงและจะเสียชีวิตภายใน 12 – 24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีภาวะช็อก

5.3 ระยะฟื้นตัว ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็ว ในผู้ป่วยที่ไม่ช็อกเมื่อไข้ลดส่วนใหญ่ก็จะดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยช็อกถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันทีที่ฟื้นตัวอย่างรวดเร็วระยะฟื้นตัวมีช่วงประมาณ 2 – 3 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน

สรุปได้ว่า อาการแสดงของโรคไข้เลือดออก แบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะไข้จะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38. องศาเซลเซียส บางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้น 2) ระยะวิกฤตหรือช็อก จะมีอาการรุนแรง มีภาวะไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเกิดขึ้น ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงและจะเสียชีวิตภายใน 12 – 24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีภาวะช็อก และ 3) ระยะฟื้นตัว ในผู้ป่วยที่ไม่ช็อกเมื่อไข้ลดส่วนใหญ่ก็จะดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยช็อกถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันทีที่ฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว

6. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ พบว่า ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรค ได้ตั้งแต่ระยะแรก แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะต้องมีการมี Nursing Care ที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤตประมาณ 24 – 48 ชั่วโมงที่มีการร่วงของพลาสมา การดูแลรักษาผู้ป่วยมีหลักปฏิบัติดังนี้

6.1 ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชักหรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรให้ยาพาราเซตามอล ห้ามให้ยาพวกแอสไพริน เพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้นและที่สำคัญอาจทำให้เกิด Reye Syndrome ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น (เพื่อให้ไข้ที่สูงมากลดลงเหลือน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส) การให้ยาลดไข้มากเกินไปจะมีภาวะเป็นพิษต่อตับได้ ควรจะใช้การเช็ดตัวช่วยลดไข้ด้วย

6.2 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำชดเชยเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหารและอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือสารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มน้ำครั้งละน้อยๆ และดื่มน้อยๆ

6.3 จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ซึ่งมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ ถ้าไข้ 7 วันก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้ ควรแนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำของช็อก ซึ่งอาจจะมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกะทันหัน กระสับกระส่ายมือเท้าเย็น ควรแนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

6.4 เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ แพทย์จะตรวจเลือดดูปริมาณเกร็ดเลือดและ Hematocrit และอาจนัดมาตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของเกร็ดเลือดและ Hematocrit เป็นระยะ ๆ เพราะถ้าปริมาณเกร็ดเลือดเริ่มลดลงและ Hematocrit เริ่มสูงขึ้นเป็นเครื่องชี้บ่งว่าน้ำเลือดรั่วออกจากเส้นเลือดและอาจช็อกได้ จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย

6.5 โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกที่ยังมีไข้ สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาไปรับประทานและแนะนำให้ผู้ป่วยครองไข้สังเกตอาการตามข้อ 3 หรือแพทย์นัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ โดยตรวจดูการเปลี่ยนแปลงตามข้อ 4 ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงอาการช็อก ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกรายและถือเป็นเรื่องรีบด่วนในการรักษา ในรายที่ไข้มาก มีระดับ Hematocrit มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 แต่ไม่มีภาวะช็อก อาจให้การรักษแบบผู้ป่วยนอก ให้ 5% D ½ NSS หรือ 5% D Ringer Acetate ประมาณเท่ากับ Maintenance + 5% Deficit โดยจัดปริมาณและเวลาการให้ตามการรั่วของพลาสมา ซึ่งดูจาก HCT, Viral Signs และ Urine Output และจะต้องมีการปรับลดปริมาณและความเร็วตาม HCT ตลอดเวลา 24 – 48 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป ในรายที่ระดับ HCT ยังสูงอยู่หลัง 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยที่มีเลือดออกแม้ไม่มากควรรับเป็นผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหรือเลือดออก แพทย์จะต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขสภาวะดังกล่าวด้วยสารน้ำ พลาสมา หรือสาร Colloid อย่างระมัดระวัง เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันโรคแทรกซ้อนอย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกการให้การรักษาดังกล่าวถือเป็น Medical Emergency และให้การรักษาดังต่อไปนี้

6.5.1 ให้สารน้ำ Isotonic 5% D/R acetate 10 – 20 cc/kg/hr หรือให้เป็น Bolus ในรายที่เป็น Profound Shock ทันทีเมื่อพบผู้ป่วย

6.5.2 เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนจากการ Resuscitate แม้จะเป็นเวลา ½ – 1 ชั่วโมง ควรจะลดอัตราและปรับอัตราของ IV fluid ตามอัตราของการรั่วของพลาสมา โดยใช้ระดับ HCT, viral Signs และ Urine Output เป็นแนวทาง ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่เกิด 24 – 48 ชั่วโมง หลักการที่สำคัญคือ ให้ IV Fluid ในปริมาณที่พอสำหรับการรักษาระดับการไหลเวียน ในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาเท่านั้น

6.5.3 แก้ไขภาวะ Metabolic และ Electrolyte Disturbance ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ Acidosis

6.5.4 ถ้าผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นต่อนี้ก็ถึงภาวะเลือดออกซึ่งอาจเป็น Concealed Bleeding ผู้ป่วยที่ยังมีภาวะช็อกอยู่ (Refractory Shock) ภายหลังให้ Crystalloid/Colloidal และ HCT ลดลงแล้ว (เช่น ลดจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 40) ต่อนี้ก็ถึงภาวะเลือดออกและต้องให้เลือดซึ่งควรจะเป็น Fresh Whole Blood ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ช็อกจะมีเลือดออกมากได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี Profound Shock ยูนานสาเหตุการตายที่สำคัญ คือผู้ป่วยที่มี Profound Shock มี Internal Bleeding ซึ่งถ้าไม่ได้รับเลือดทดแทนจะมี Prolonged Shock การให้ Fluid

มากเกินไปโดยไม่ให้เลือดทดแทนทำให้มี Fluid Overload ซึ่งเป็นสาเหตุตายที่สำคัญเช่นกัน ในรายที่มีภาวะค้ำวายเป็นการรักษาแบบเดียวกับผู้ป่วยค้ำวายจากโรคตับอักเสบ ถึงแม้จะพบภาวะค้ำวายได้น้อยแต่เมื่อพบจะมีอัตราตายสูงมาก

สรุปได้ว่า การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งได้ผลดี ถ้าให้การวินิจฉัยโรค ได้ตั้งแต่ระยะแรก ตามธรรมชาติของโรคและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

7. ความรู้ด้านกีฏวิทยาของยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านกีฏวิทยาของยุงพาหะนำไข้เลือดออก พบว่า ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกเป็นแมลงขนาดเล็กมีวิวัฒนาการยาวนานถึง 200 ล้านปี โดยสาเหตุที่ยุงสามารถดำรงเผ่าพันธุ์มาจนถึงปัจจุบันได้ ก็เนื่องจากยุงเป็นแมลงที่มีลักษณะพิเศษหลายประการที่เอื้ออำนวยต่อการปรับตัวและการดำรงชีวิตในสภาพภูมิอากาศและสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเป็นอย่างดี สามารถจำแนกรายละเอียดได้ดังนี้

7.1 การแยกชนิดของยุง

ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกมี 2 ชนิด คือยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะหลักและยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะรอง ยุงลายเป็นยุงที่มีขนาดปานกลางมีวงจรชีวิตการเจริญเติบโตแบบสมบูรณ์ (Complete Metamorphosis) วงจรชีวิตของยุงลายประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่ ระยะตัวอ่อน (ลูกน้ำ) ระยะดักแด้ (ตัวไม่่ง) และระยะเต็มวัย

การเจริญของลูกน้ำระยะที่ 1 – 4 จะกินเวลาประมาณ 9 วัน ซึ่งขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและอาหาร ช่วงระยะเวลาที่เป็นตัวไม่่งพบว่าจะใช้เวลาประมาณ 1 – 5 วัน เมื่อยุงตัวเต็มวัยลอกคราบออกจากดักไม่่ง (Pupa) ทั้งตัวผู้และตัวเมีย จะต้องการอาหารจำพวก น้ำหวานและเกสรดอกไม้ เพื่อขบวนการเมตาบอลิซึม (Metabolism) สำหรับสร้างพลังงานในการบิน ตัวเมียเมื่อลอกคราบออกจากตัวไม่่งมาแล้วจะยังไม่ยอมผสมพันธุ์จนกว่าจะสร้างสาร Jeunile Hormone ขึ้นมาก่อนซึ่งใช้เวลา 1 – 2 วัน

ยุง *A. albopictus* ชอบกินเลือดสัตว์มากกว่าเลือดคน (Zoophilous) ชอบกินเลือดคนในบ้าน (Exophillic) มากกว่าในบ้านสามารถนำโรคไข้เลือดออกได้เช่นเดียวกับ *A. aegypti* แต่เนื่องจากอุปนิสัยการกินเลือดสัตว์และหากินนอนบ้าน จึงทำให้ไม่เกิดปัญหาในการนำโรคไข้เลือดออกมากนัก ยุงชนิดนี้พบในพื้นที่ต้นไม้มาก ๆ ในป่าสวนยางพารา สวนผลไม้แหล่งเพาะพันธุ์อยู่นอกบริเวณบ้าน เช่น ในกะลามะพร้าว กระบองไม้ไผ่ ไม้ที่มีน้ำขัง

และภาชนะนอกบ้านทุกชนิด มีวงจรชีวิตโดยทั่วไป คล้ายกับยุงลาย ยุงลายชอบวางไข่ในน้ำสะอาดที่อยู่ในภาชนะ เช่น โอ่ง แจกันดอกไม้ที่มีน้ำขัง งานรองขาตู้ อ่างน้ำในห้องน้ำ น้ำสกปรกที่อยู่ในภาชนะแม้ว่าจะมีสีน้ำตาลก็ตาม ยุงลายก็สามารถวางไข่บนผิวภาชนะที่มีสีทึบมากกว่าสีอ่อน วางไข่ครั้งละ 140 – 144 ใบ ขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่กินเข้าไป ยุงลายจะวางไข่ที่ละฟองติดกันเป็นกลุ่ม ยุงลายไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงออกหากินไม่ไกลจากแหล่งกำเนิด มักบินไม่ไกล ประมาณ 50 เมตร หรืออาจบินได้ไกลถึง 100 – 200 เมตร ชอบเกาะพักในบ้าน โดยเฉพาะเสื้อผ้า ที่นอน หมอน และมุ้งที่แขวนอยู่ตามฝาบ้าน

จากการทบทวนเอกสารในส่วนนี้ จะเห็นได้ว่ายุงลายที่เป็นพาหะนำโรค ไข่เลือดออกมี 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะหลักและยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะรอง ยุงลายเป็นยุงที่มีขนาดปานกลาง มีวงจรชีวิตการเจริญเติบโตแบบสมบูรณ์ (Complete Metamorphosis) วงจรชีวิตของยุงลายประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่ ระยะตัวอ่อน (ลูกน้ำ) ระยะดักแด้ (ตัว โมง) และระยะเต็มวัย

7.2 ชีวิตนิสัยของยุงลาย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชีวิตนิสัยของยุงลาย สามารถจำแนกได้ ดังนี้

7.2.1 อาหารของยุงลาย อาหารที่มีความจำเป็นในการสร้างพลังงานต่างๆ ของยุงทั้ง 2 เพศ คือ น้ำหวานจากดอกไม้ น้ำหวานจะถูกเก็บและย่อยในทางเดินอาหารส่วน Ventral Diverticulum หรือกิน (Crop) ส่วนเลือดมีความจำเป็นในการเจริญพัฒนาของไข่ ฉะนั้นยุงตัวเมียเท่านั้นที่กินเลือดโดยสามารถกินเลือดได้มากกว่าน้ำหนักตัว 1.5 – 2 เท่าหรือประมาณ 4.2 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ปริมาณนี้มากมายจนยุงต้องกำจัดออกโดยการขับน้ำใสๆ ออกทางก้นภายใน 5 – 15 นาที ซึ่ง 2 – 3 แรกเป็นกรดยูริก ต่อมาเป็นสารพวกที่ให้ปฏิกิริยาบวกกับ Nihydrin และเม็ดเลือดแดง ยุงจะย่อยเลือดในส่วนของ Midgut

7.2.2 นิสัยการออกหากิน ยุงลายชอบกินเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์จึงจัดเป็นพวก Anthophilic ชอบกัดคนในบ้าน (Endophagic) และเกาะพักในบ้านเพื่อรอให้ไข่ออกแล้วจึงบินไปวางไข่ ปกติยุงลายจะออกหากินในเวลากลางวันประมาณ 09.00 – 11.00 น. และเวลา 13.00 -15.00 น. ชอบกัดบริเวณแขนขามากกว่าใบหน้า

7.2.3 ความสามารถในการบินและเกาะพัก ยุงลายบินได้ไกลประมาณ 100 หลาหรือไม่เกิน 1 กิโลเมตร จากแหล่งเพาะพันธุ์ของมันหลังจากยุงลายกัดดูดเลือดแล้วจะหาที่

เกาะพักตามบริเวณที่มีดและอับรม เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องเก็บของ ยุงลายชอบเกาะพักตาม
สิ่งที่ย้อยแขวนภายในบ้าน เช่น เสื้อผ้า มุ้ง ม่านหรือตะกร้าเสื้อผ้าที่ใช้แล้ว ฝาผนังบ้าน เป็นต้น

7.2.4 การผสมพันธุ์ ยุงลายสามารถผสมพันธุ์กันได้แม้แต่ที่แคบๆ เช่น
ในหลอดแก้ว การผสมพันธุ์แบบนี้เรียกว่า Stenpgamy ยุงลายตัวผู้จะบินเข้าหา युงลายตัวเมียตาม
เสียงการบิน

7.2.5 การวางไข่ หลังจากกินเลือดแล้วยุงลายจะใช้เวลาช่วงหนึ่งในการ
เจริญเติบโตของไข่และรังไข่ให้พร้อมที่จะวางไข่ระยะเวลาขึ้นอยู่กับอุณหภูมิซึ่งจะอยู่ระหว่าง
25 – 30 องศาเซลเซียส ยุงลายสามารถวางไข่ได้ครั้งละ 50 -150 ฟอง จำนวนไข่ขึ้นอยู่กับ
จำนวนเลือดที่กินและความสมบูรณ์ของแม่พันธุ์ ในธรรมชาติยุงลายตัวเมียหนึ่งตัววางไข่ได้
ประมาณ 3 ครั้ง จำนวนครั้งที่วางไข่เรียกว่าอายุทางสรีระวิทยา (Physiological Egg) การหาอายุ
ทางสรีระวิทยามีความสำคัญมากกว่าอายุที่แท้จริงของยุงลายเพราะยุงที่ผ่านการวางไข่มาแล้ว 1
ครั้งย่อมมีโอกาสนำเชื้อโรคได้มากกว่ายุงที่ยังไม่ได้วางไข่ซึ่งมีปัจจัยที่มีผลต่อการวางไข่คือ

1) ภาวะขาดน้ำได้ดีทำให้ยุงมีความชื้นสูงและผิวก่อนข้าง
ขรุขระเพื่อให้ยุงวางเท้าในขณะที่วางไข่ได้

2) น้ำที่ขังอยู่มีอินทรีย์วัตถุหรือสารเคมีเจือปน เช่น ฟอสเฟต
คาร์บอนเตตและคลอไรด์ไอออนทำให้มีค่า pH ประมาณ 6 – 12

3) ภาวะชื้น

4) น้ำขังใสสะอาดมีความชุ่มชื้นเล็กน้อย

จะเห็นได้ว่า ยุงลายบ้านจะวางไข่ตามภาวะที่มีน้ำขัง ลักษณะน้ำนิ่งและใส ส่วน
ยุงลายสวนจะเพาะพันธุ์ตามแหล่งน้ำธรรมชาติ การควบคุมเพื่อกำจัดลูกน้ำและตัวโม่ง โดยไม่
ใช้สารเคมีเป็นการรักษาสภาพแวดล้อมสิ่งมีชีวิตน้ำใช้ให้น้อยเมื่อเทียบกับการใช้สารเคมี แต่
ทั้งนี้ก็เป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือจากหน่วยงานและองค์กรทุก
ฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

8. หลักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า หลักการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก มีดังนี้

การกำกับดูแลไม่ให้มีลูกน้ำยุงลายในภาชนะขังน้ำใดๆ และการทำให้ลูกน้ำ
ยุงลายหมดสิ้นไปโดยกำจัดทิ้งออกไปจากภาชนะที่ขังน้ำลูกน้ำยุงลายบ้านจะพบอยู่ในภาชนะ
ขังน้ำที่มนุษย์สร้างขึ้น (Man-made Container) ทั้งที่อยู่ในบ้านและบริเวณรอบๆ บ้าน เช่น โถง

น้ำดื่มน้ำใช้ บ่อซีเมนต์เก็บน้ำในห้องน้ำ ด้วยท่อขาตู้กับข้าวกันมด แจกัน ภาชนะเลี้ยงปลูด่าง งานรองกระถางต้นไม้ ยางรถยนต์เก่าและเศษวัสดุต่างๆ เป็นต้น สำหรับลูกน้ำยุงลายสวนมักเพาะพันธุ์ตามแหล่งธรรมชาติ (Natural Container) เช่น โปรงไม้ โปรงหิน กระบอกลไม้ไผ่ กาบใบพืชจำพวกกล้วย พลับพลึง หมาก ถูณ (กล้วยบอน) ตลอดจนแหล่งเพาะพันธุ์ที่มนุษย์สร้างขึ้นที่อยู่รอบ ๆ บ้านหรือในสวน เช่น ยางรถยนต์เก่า รางน้ำฝนที่อุดตัน ด้วยร่องน้ำยุงพาราที่ไม่ใช้แล้วหรือแม้แต่อ่างน้ำบนดิน การกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงใช้มาตรการ 3 “ป” ได้แก่

“ป” ที่ 1 หมายถึง การปกปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิด 2 ชั้นเสริมด้วยตาข่ายไนล่อนผ้ามุ้ง

“ป” ที่ 2 หมายถึง การเปลี่ยนน้ำหรือคว่ำภาชนะที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ เพื่อมิให้รองรับน้ำ

“ป” ที่ 3 หมายถึง การปล่อยปลากินลูกน้ำพร้อมกับการเผา ผึ่ง ทำลายหรือกลบทิ้งเศษวัสดุต่าง ๆ ที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ เช่น กระบอง ไหแตก กะลา เปลือกผลไม้ เป็นต้น การป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถทำได้ โดยดำเนินการตามมาตรการ ดังนี้

8.1 มาตรการทำลายลูกน้ำยุงลาย มีดังนี้

8.1.1 ด้านกายภาพ ยุงลายชอบวางไข่ในภาชนะที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น โอ่ง กระบอง ไหและอื่น ๆ ที่เป็นภาชนะเก็บน้ำ จัดล้างตามคิวภายในภาชนะต่าง ๆ ที่เก็บน้ำและทำลายภาชนะที่ไม่ได้ใช้งาน ไม่ให้เหลือเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยวิธี คว่ำ เผา ผึ่ง ทำลายเศษภาชนะต่าง ๆ การปกปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิดมิดชิด บางครั้งปากภาชนะกับฝาปิดเข้ากันไม่ได้ไม่สนิท มีรูหรือช่องให้ยุงลายเข้าไปวางไข่ได้ก็ควรปิดปากภาชนะนั้นด้วยผ้ามุ้ง ผ้ายางหรือพลาสติกก่อนชั้นหนึ่งแล้วจึงปิดฝาชั้นนอก การคว่ำภาชนะที่ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์เป็นการป้องกันไม่ให้รองรับน้ำและมีน้ำขัง การเผา ผึ่ง ทำลายหรือกลบทิ้งเศษวัสดุที่อาจเก็บขังน้ำและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ เช่น ไหแตก กะลามะพร้าว ยางรถยนต์เก่า กระบอง ขวด เป็นต้น

8.1.2 ด้านชีวภาพ การปล่อยปลากินลูกน้ำลงในภาชนะเก็บกักน้ำ ภาชนะละ 2-4 ตัว ควรหมั่นดูแล หากปลาบางตัวตายก็ควรตักทิ้งและใส่ตัวใหม่ทดแทน

8.1.3 ด้านสารเคมี ภาชนะที่ปกปิดไม่ได้ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำให้ใส่ทรายอะเบทเพื่อกำจัดลูกน้ำหรือหมั่นจัดล้างเปลี่ยนถ่ายน้ำทุก 7 วัน หรือเลี้ยงปลาหางนกยูง 2-10 ตัวแล้วแต่ขนาดของบ่อเพื่อช่วยกินลูกน้ำ การใส่เกลือ $\frac{1}{2}$ ช้อนชาหรือน้ำส้มสายชู 1 ช้อนชาหรือผงซักฟอก $\frac{1}{2}$ ช้อนชาลงในจานรองขาตู้กันมดจะทำให้ยุงลายไม่วางไข่ (แต่ต้องเปลี่ยนน้ำใหม่และใส่สารดังกล่าวใหม่ทุกเดือน มิฉะนั้นน้ำจะเกิดฝ้าทำให้มดเดินผ่านผิวน้ำได้) หรือเทน้ำเค็มลงในจานรองขาตู้ทุกสัปดาห์เพื่อฆ่าลูกน้ำที่อาจเกิดขึ้น หรือใส่ชันหรือใส่ขี้เถ้า

แทนการใส่หน้ากากและจี้ถ้าสามารถป้องกันไม่ให้มดขึ้นตู้กับข้าวได้ งานรองกระดาษคอกไม้ที่มีน้ำขัง ก็เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลายได้ ให้ใส่ทรายธรรมชาติลงในจานรองนั้น ประมาณ 3 ใน 4 ของความลึกของจานเพื่อให้ทรายดูดซับน้ำส่วนเกินจากการรดน้ำต้นไม้ไว้

สรุปได้ว่า มาตรการทำลายลูกน้ำยุงลายสามารถดำเนินการ ได้ 3 ด้านคือ ด้านกายภาพ โดยการขัดล้างตามผิวภายในภาชนะต่าง ๆ ที่เก็บน้ำและการทำลายภาชนะที่ไม่ได้ใช้งาน การปกปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิดมิดชิด การคว่ำภาชนะที่ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์ การเผาฝัง ทำลายหรือกลบทิ้งเศษวัสดุที่อาจเก็บขังน้ำและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ด้านชีวภาพ โดยการปล่อยปลากินลูกน้ำลงในภาชนะเก็บกักน้ำและการใช้แบคทีเรียกินลูกน้ำ และด้านเคมี โดยการใส่ทรายอะเบท ใส่เกลือหรือน้ำส้มสายชูหรือผงซักฟอกลงในจานรองขาตู้กันมดหรือเทน้ำเดือดลงในจานรองขาตู้ทุกสัปดาห์หรือใส่จี้ถ้าแทนการใส่หน้ากาก

8.2 มาตรการทำลายยุงตัวเต็มวัย

มาตรการทำลายยุงตัวเต็มวัย สามารถควบคุมและกำจัดโดยการใช้สารเคมีและการใช้กับดัก ดังนี้

การใช้สารเคมี ทำได้ดังนี้

1. การพ่นฝอยละออง (Ultra Low Volume : ULV) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีจากเครื่องพ่น โดยใช้แรงอัดอากาศผ่านรูพ่นกระจายน้ำยาออกมาเป็นฝอยละอองที่มีขนาดเล็กมาก ละอองน้ำยาจะกระจายอยู่ในอากาศและสัมผัสกับตัวยุงที่บินอยู่ เครื่องพ่นน้ำยาประเภทนี้มีทั้งแบบสะพายหลังและแบบที่ต้องติดตั้งบนรถยนต์

2. การพ่นหมอกควัน (Thermal Fogging) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีออกจากเครื่องพ่นโดยใช้ความร้อน พ่นเป็นหมอกควันให้น้ำยาฟุ้งกระจายในอากาศเพื่อสัมผัสกับตัวยุง เครื่องพ่นหมอกควันมีทั้งแบบหิ้วและแบบติดตั้งบนรถยนต์

การใช้กับดัก

เป็นการล่อให้ยุงบินเข้ามาติดกับเพื่อให้ตายต่อไป เช่น กับดักยุงแบบใช้แสงล่อ (แสงจากหลอด Black Light) กับดักยุงไฟฟ้าใช้แสงล่อยุงเข้ามาเมื่อบินมากระทบลูกขี้หลอดที่มีไฟฟ้าก็จะตายไป กับดักยุงแบบใช้คลื่นแสง

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ สรุปได้ว่ามาตรการทำลายยุงตัวเต็มวัย ควบคุมและกำจัดโดยการใช้สารเคมี ได้แก่ 1) การใช้สารเคมี คือ การพ่นฝอยละออง (Ultra Low Volume : ULV) และการพ่นหมอกควัน (Thermal Fogging) และ 2) การใช้กับดัก

8.3 มาตรการป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด (Man-Mosquito Contact) ทำได้ดังนี้

8.3.1 นอนในมุ้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลากลางวัน เนื่องจากยุงลายออกหากินในเวลากลางวัน จะใช้มุ้งธรรมดาหรือมุ้งลวดก็ได้

8.3.2 นอนในมุ้งที่ชุบน้ำยาฆ่ายุง สารเคมีที่ใช้ชุบมุ้งนอกจากจะใช้ป้องกันยุงกัดแล้วยังใช้ฆ่ายุงได้

8.3.3 ใช้ยาทากันยุง

สรุปได้ว่า การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก โดยการควบคุมยุงพาหะนั้น วิธีที่จะได้ผลดีที่สุด คือ การกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อสารเคมี และได้ผลจริงจึงเพราะแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จัดว่าเป็นเป้าหมายในการควบคุมการเกิดของยุงลาย นอกจากนี้การไม่ใช้สารเคมียังเป็นการรักษาสภาพแวดล้อมอีกด้วย

9. ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย

การดำเนินการก่อนและหลังการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายการสำรวจความชุกของยุงลายในฤดูกาลต่าง ๆ และทำให้ทราบถึงชนิดและจำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในพื้นที่ต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งจะมีประโยชน์ในการวางแผนรณรงค์ในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อีกทั้งผลจากการเฝ้าระวังยุงพาหะนำโรค สามารถนำมาใช้ประเมินความสำเร็จของแผนงาน โครงการควบคุมโรค ไข้เลือดออกทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ โดยศึกษาติดตามระดับความชุกชุมของยุงน้อย สำหรับพื้นที่ใดที่มีมาตรการควบคุมโรคไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ผลจากการเฝ้าระวังยุงพาหะบ่งบอกได้ ทำให้เพิ่มเติมมาตรการควบคุมโรคก่อนที่จะเกิดการระบาดของโรคขึ้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2545 : 67) ในการสำรวจสิ่งที่สำคัญเจ้าหน้าที่ผู้สำรวจจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับชีวนิสัช นิเวศวิทยา รูปร่างลักษณะของยุง สภาพของแหล่งเพาะพันธุ์ บริเวณที่วางไข่ ลักษณะของไข่ ลักษณะของตัวอ่อน ตัวเต็มวัย ช่วงเวลาออกหากินเพราะสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดวิธีในการสำรวจ และสามารถแยกกลุ่มหรือความแตกต่างของกลุ่มของลูกน้ำยุงลายจากกลุ่มลูกน้ำอื่น รวมทั้งตัวเต็มวัยได้ด้วยตาเปล่า ในการสำรวจและเก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายมี 3 วิธี ดังนี้

9.1 วิธี All Larvae หรือ All-larvae-Per Container Method เป็นการเก็บลูกน้ำยุงทั้งหมดโดยการสำรวจต้องเก็บลูกน้ำทั้งหมดจากภาชนะแต่ละอัน มักใช้ในพื้นที่ซึ่งมีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายต่ำ และมียุงลาย 2 ชนิด อยู่ในแหล่งเพาะพันธุ์เดียวกัน เช่น สิงคโปร์

9.2 วิธี Single Larva หรือ One-larva-per Container Method เป็นการเก็บลูกน้ำ 1 ตัว โดยการสำรวจจะเก็บลูกน้ำยุงลาย 1 ตัว จากภาชนะแต่ละอันมักใช้วิธีนี้ในพื้นที่ซึ่งมีความชุกชุมของลูกน้ำสูง เช่น กรุงเทพมหานคร ประเทศบรูไน มาเลเซีย และเวียดนาม

9.3 Visual Larval Survey เป็นการสังเกตว่ามีหรือไม่มีลูกน้ำ โดยการบันทึกว่า พบหรือไม่พบลูกน้ำในภาชนะต่าง ๆ ทำให้สะดวกในการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่ที่มีความชุกชุมสูงการที่จะใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการสำรวจ หากต้องการสำรวจพื้นที่กว้างจำนวนมาก มีแหล่งเพาะพันธุ์หลายแบบควรใช้วิธี Single Larva ถ้าต้องการละเอียดด้านความชุกชุมลูกน้ำ ความสัมพันธ์ของลูกน้ำต่างชนิด ก็ต้องใช้วิธี All Larva แม้จะเสียเวลามากกว่าวิธีแรก ในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย หากเป็นหมู่บ้านเล็กควรสำรวจทุกหลังคาเรือน แต่ถ้าเป็นหมู่บ้านใหญ่ ควรใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 40 หลังคาเรือน แล้วนำผลการสำรวจมาวิเคราะห์หาดัชนีความชุกชุมของยุงลายซึ่งมีหลายวิธีที่นิยมใช้ในการแปลผลมี ดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2545 : 69)

1. House Index (H.I.) หมายถึง จำนวนบ้านเป็นร้อยละที่สำรวจพบลูกน้ำ ในการวิเคราะห์ผล ค่า $HI > 10$ จัดเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงต่อ ไข้เลือดออก ส่วนพื้นที่เสี่ยงต่ำค่า

$$HI < 10 \quad H.I. = \frac{\text{จำนวนหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำ} \times 100}{\text{จำนวนหลังคาเรือนที่สำรวจทั้งหมด}}$$

ดัชนีครัวเรือน เป็นค่าที่ใช้วัดการแพร่กระจายโรคที่หายาบที่สุด เพราะค่านี้จะไม่บอกจำนวน ภาชนะที่พบลูกน้ำและจำนวนยุงที่วางไข่จริงๆ ในบ้านที่พบลูกน้ำ (Positive House) อย่างไรก็ตาม ค่านี้จะให้แนวคิดที่เกี่ยวกับร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำและประชากรเสี่ยงต่อการเป็นโรค ไข้เลือดออก

2. Container Index (C.I.) หมายถึง จำนวนภาชนะเป็นร้อยละที่สำรวจพบ ลูกน้ำ

$$C.I. = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ} \times 100}{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด}}$$

House Index และ Container Index ถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรก โดย Comor และ Monrae ในปี พ.ศ. 2466 ดัชนีภาชนะในแง่ของระบาดวิทยาเป็นค่าที่ไม่ค่อยนิยมใช้ เพราะค่านี้บอกเพียงร้อยละ ของภาชนะที่พบลูกน้ำเท่านั้น ไม่สามารถบอกจำนวนลูกน้ำที่อยู่ในภาชนะเหล่านั้นได้ ซึ่งใน บางพื้นที่มีจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำน้อย แต่จำนวนลูกน้ำที่อยู่ในภาชนะมากและในทาง กลับกันบางพื้นที่มีจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำมากแต่มีจำนวนลูกน้ำที่อยู่ในภาชนะน้อย ซึ่งทั้ง 2

กรณีมีความสำคัญต่อการระบาดของโรคอย่างมาก เพราะบางพื้นที่ที่มีจำนวนที่พบลูกน้ำน้อยแต่มีการระบาดของโรคสูงเนื่องจากมียุงที่เกิดจากภาชนะเหล่านั้นเป็นจำนวนมาก ดังนั้นค่านี้จึงไม่สามารถทำนายการระบาดของโรคได้

3. Breteau Index (B.I.) หมายถึง จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ใน 100 บ้าน ค่านี้เสนอโดย Breteau เมื่อปี พ.ศ. 2497

$$B.I. = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ} \times 100}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}}$$

ดัชนี Breteau เป็นค่าที่ดีที่สุดในการประมาณความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในขณะนี้ เพราะเป็นค่าที่ได้จากจำนวนที่พบลูกน้ำต่อบ้านที่ทำการสำรวจ จากค่าเหล่านี้จะทำให้ทราบจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำในบ้าน 100 หลังคาเรือน หรือ จำนวนภาชนะที่มีลูกน้ำทั้งหมดในพื้นที่นั้น โดยประมาณและถ้าทราบจำนวนลูกน้ำที่อยู่ในภาชนะหรือจำนวนยุงที่เกิดจากภาชนะต่อวัน ก็จะสามารถทำนายได้ว่าจะมีโรคเกิดขึ้นในพื้นที่นั้นหรือไม่

ดังนั้น สรุปได้ว่า ค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายที่นิยมใช้ในการแปลผลการสำรวจ ได้แก่ ดัชนีครัวเรือน (House Index = H.I.) ดัชนีภาชนะ (Container Index = C.I.) และค่า Breteau (Breteau Index = B.I.) ซึ่งดัชนี Breteau เป็นค่าที่ดีที่สุดในการประมาณความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายทำให้ทราบจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำในบ้าน 100 หลังคาเรือน ซึ่งจะสามารถเป็นข้อชี้วัดและทำนายได้ว่าจะมีโรคเกิดขึ้นในพื้นที่นั้นหรือไม่ ในการวิเคราะห์ผลทั่วไป ค่า BI>50 จัดเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง และค่า BI<50 จัดเป็นพื้นที่เสี่ยงต่ำ

แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมิใช่ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน

ดังนี้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2554 : 1) ได้กล่าวไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายความว่า บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (2545 : 1) ได้กล่าวไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ

จูรีรัตน์ ลิ้มปวีทยากุล (2545 : 5) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวแทนในการให้บริการสุขภาพอนามัย โดยผ่านการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุข ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

อมรศรี ยอดคำ (2546 : 14) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลในหมู่บ้านที่ได้รับการเลือกจากครอบครัว 8 -10 หลังคาเรือนให้เป็นตัวแทนเข้ารับการอบรมด้านสุขภาพและดูแลสุขภาพให้กับบุคคลในครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลในชุมชนที่ถูกคัดเลือกให้เป็นตัวแทนของคนในละแวกบ้าน ให้เข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชนของตน เพื่อให้ประชาชนในความรับผิดชอบทุกคนสามารถพึ่งตนเองได้

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านนั้น ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้กำหนดไว้ ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
2. สม่ักรใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
3. มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1 -2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน
4. อ่านออกเขียนได้
5. เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
6. ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ศูนย์ฝึกอบรมและ
พัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้กำหนดวิธีการคัดเลือก อสม. ใช้
วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อสม. ทุกคนในหมู่บ้าน
และผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของ อสม. และจำนวน อสม. มอบหมายให้
กรรมการหมู่บ้าน อสม. และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา อสม.

2. แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้านออกเป็นคุ้มละ 8 -15 หลังคาเรือน สอบถามหา
ผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ในกรณีที่มีผู้สมัคร
เกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัว
ในละแวกหรือคุ้มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น
อสม. ประจำละแวกบ้านหรือคุ้มการคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชนหรือ
คณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประ โยชน์เพื่อส่วนรวมและมี
ขั้นตอนที่โปร่งใส

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่นั้น ศูนย์ฝึกอบรมและ
พัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้กล่าวว่า การฝึกอบรมอาสาสมัคร
ใหม่ เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่
มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตาม
มาตรฐานที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการ
อบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการ
ฝึกปฏิบัติให้ บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรม
ว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด
ไว้ได้อย่างมีคุณภาพ เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรมเป็นกลุ่มความรู้พื้นฐาน ประกอบด้วย
วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับ
ปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา
สาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ บทบาทหน้าที่ สิทธิของ อสม. การถ่ายทอดความรู้และการ
เผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้านการค้นหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น
สุขวิทยาส่วนบุคคล การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข การ
วินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไป

สถานบริการสาธารณสุข การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่นและกลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ควรใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสิ้นสุดสภาพเมื่อ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.2554 : 7)

1. ตาย
2. ลาออก
3. เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้พ้นสภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่งบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ออนไลน์. 2548ข)

1. เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้านนัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็น ไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายยุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ

4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานโรงเรียน อสม. โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นที่เรียนและที่ปฏิบัติงาน โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

4.2 ถ่ายทอดความรู้ และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

4.4 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวัง

ปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนดเฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับ

วัดขึ้นตามกำหนดและเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

4.5 เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

4.6 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

4.7 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

วิธีการคัดเลือกประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชนจะต้องมีการคัดเลือกประธานเพื่อทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหรือเป็นผู้นำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงาน ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และติดต่อประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างหมู่บ้าน ตำบลและอำเภอของตัวเอง รวมทั้งการประชุม อบรมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชน

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือเป็นบุคคลที่ได้รับความไว้วางใจจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกัน ต้องรับผิดชอบงานต่างๆ เป็นอย่างมาก เพราะต้องเป็นผู้นำทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการวางแผนการปฏิบัติงาน ร่วมคิด ร่วมทำงานด้านการดูแลสุขภาพต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผล

1. ความหมายของประสิทธิผล

คำว่าประสิทธิผลนั้นมีนักวิชาการหลายท่านทั้งในและต่างประเทศได้ให้คำจำกัดความหรือความหมายไว้ ดังนี้

เอชซีไอโอนี (Etzioni. 1964 : 8) ได้ให้ความหมายของประสิทธิผลว่า หมายถึง ขนาดของความสามารถขององค์กรในการที่จะสามารถทำงานบรรลุเป้าหมายต่างๆ ที่กำหนดไว้

ไพร์ช (Price. 1968 : 1) ให้ความหมายของประสิทธิผลว่า หมายถึง ความสามารถในการดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ฟีดเลอร์ (Fiedler. 1967 : 9) กล่าวว่าประสิทธิผลหมายถึง ความสำเร็จในการปฏิบัติงานของกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของ Hoy and Miskel ที่กล่าวว่า ประสิทธิผลหมายถึง ความสำเร็จของการทำงานหรือความพึงพอใจในการทำงานของสมาชิก หรือขวัญของสมาชิก

روبบินส์ (Rubbins. 1998 : 45) ได้ให้ความหมายประสิทธิผลเป็นความสามารถขององค์กรในการจัดการทรัพยากรให้เกิดผลสำเร็จ กล่าวคือ การที่จะทำงานให้บรรลุประสิทธิผลขององค์กรนั้น ต้องทราบถึงวัตถุประสงค์ของหน่วยงานและทราบถึงระเบียบแบบแผนในการทำงานมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการทำงาน โดยการกำหนดการทำงานตามวงจรแห่งการเรียนรู้เพื่อการทำงานและประสานงานในแนวทางเดียวกันมีการวางแผนงาน การปฏิบัติตามแผนงาน ผลการปฏิบัติงาน และการประเมินผลงาน

สำหรับนักวิชาการของไทย มีหลายท่านที่ได้ให้ความหมายของคำว่าประสิทธิผล ดังนี้

ปุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์ (2542 : 42) ซึ่งกล่าวว่า ประสิทธิผล หมายถึง การบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยถือเป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ และผลกระทบของแผน/โครงการกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

สมบัติ ธำรงธัญวงศ์ (2543 : 534) ได้ให้ความหมายของประสิทธิผล พอจะสรุปได้ว่าประสิทธิผล เป็นการเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นจากการนำโครงการไปปฏิบัติ กับผลที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ของโครงการ

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2544 : 118) กล่าวว่า ประสิทธิผล หมายถึง สภาพการทำงานที่ได้ผลตามวัตถุประสงค์

วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ และสุริยา วีรวงศ์ (2545 : 36) กล่าวว่า ประสิทธิผลเป็นการศึกษาถึงผลที่ได้รับ (Effect) ของแผนงาน การบริการ ลักษณะกิจการ หรือกิจกรรม สนับสนุนในการลดปัญหาหรือปรับปรุงสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจให้ดีขึ้น หรือหมายถึง การวัด

ระดับของการบรรลุจุดมุ่งหมายและเป้าหมายที่คาดหวังไว้ หรืออาจหมายถึงการเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์กับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของ โครงการที่วางไว้

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าประสิทธิผล หมายถึง ความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยพิจารณาจาก ผลลัพธ์ของการบรรลุวัตถุประสงค์ และการประเมินผลโดยใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จ

2. การวัดประสิทธิผล

ถวัลย์รัฐ วรเทพพุดิพงษ์ (2539 : 5) กล่าวว่าประสิทธิผลคือขอบเขตของการที่โครงการนั้นได้รับผลประโยชน์ต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รวมทั้งผลประโยชน์ข้างเคียงอื่น ๆ ประสิทธิภาพนั้นไม่สามารถวัดผลประโยชน์ตอบแทนที่เป็นตัวเงินได้ (Intangible Benefit) แต่วัดระหว่างผลลัพธ์กับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังสมการ

$$\text{ประสิทธิผล} = \frac{\text{ผลลัพธ์}}{\text{วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้}}$$

กรมควบคุมโรคติดต่อ (2545 : 22) ได้ให้หลักเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิผล การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการป้องกันโรคไข้เลือดออก

1.1 มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งและมีการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ทุกหลังคาเรือน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1.2 ค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย(B.I.) แต่ละหมู่บ้านต้องไม่เกิน 50

2. ขั้นตอนการควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.1 มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกวันและมีการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ทุกหลังคาเรือนทุกวัน

2.2 มีการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยมีอัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากรนอกจากนี้ยังมีเกณฑ์การวัดประสิทธิผล (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. 2542 : 51) ซึ่งวัดได้จาก

$$\text{ประสิทธิผล} = \frac{\text{ผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการ}}{\text{วัตถุประสงค์ที่กำหนด}}$$

จุดมุ่งหมายสำคัญของการประเมินประสิทธิผล ได้แก่ การศึกษาว่า ผลลัพธ์ที่ปรากฏ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด การประเมินประสิทธิผลไม่ได้สนใจว่า โครงการจะดำเนินไปตามกระบวนการที่วางแผนไว้หรือไม่ แต่มุ่งที่จะวัดผลลัพธ์ ซึ่งปรากฏใน สภาพแวดล้อมเมื่อ โครงการเสร็จสิ้นเป็นประการสำคัญ ประสิทธิภาพมักตีความให้หมายถึง การ บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ แต่การประเมินผลลัพธ์ได้มอง ไปไกลถึงผลลัพธ์อื่น ๆ เช่น ผลลัพธ์ ทางอ้อม ผลลัพธ์ที่ไม่ได้คาดหมาย เป็นต้น

จากการทบทวนเอกสาร ที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่าวิธีการวัดประสิทธิผลมี ลักษณะหลายอย่างที่สอดคล้องกัน ไม่ค่อยแตกต่างกันมาก ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้ วิธีการวัดประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

1. การวัดประสิทธิผลจากค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลง โดยผู้วิจัยจะใช้ค่า Breteau Index (B.I.) ซึ่งเป็นค่าที่ดีที่สุดในการประมาณความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายที่ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นตัวชี้วัดในปัจจุบัน

2. การวัดประสิทธิผลจากจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เสาวลักษณ์ เล็กสมบูรณ์ (2547 : 104) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิผล การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับตำบล อยู่ในระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 52.4) ทรัพยากรบริหารด้าน บุคลากรและด้านการเงินอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับสูง กระบวนการ บริหารจัดการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยองค์ประกอบของกระบวนการบริหารด้าน การจัดการอยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านการวางแผน การอำนวยการ การบริหารงาน บุคคลและการควบคุมกำกับอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านสภาพแวดล้อม ในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านวิชาการและกำลังขวัญ อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติคือ กระบวนการบริหารจัดการด้านการวางแผน การบริหารงานบุคคลและ การควบคุมกำกับ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมโรค ไข้เลือดออก ได้แก่ ทรัพยากรการบริหารทุกด้าน ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานทุกด้านและ กระบวนการบริหารจัดการด้านอำนวยการ

วันทนีย์ รัตนะ (2553 : 60) ได้ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของประชาชนต่อประสิทธิผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการ อยู่ในระดับมาก โดยมีกิจกรรมการจัดทำแผนงานทันตสาธารณสุข มากที่สุด ส่วนกิจกรรมที่น้อยที่สุดคืองานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ด้านการปฏิบัติตามแผนการบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยกิจกรรมงานอนามัยแม่และเด็ก/วางแผนครอบครัว มากที่สุด ส่วนกิจกรรมที่น้อยที่สุดคือ งานควบคุมโรคประจำท้องถิ่น ด้านการติดตามประเมินการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก โดยกิจกรรมงานอนามัยแม่และเด็ก/วางแผนครอบครัวมากที่สุด ส่วนกิจกรรมที่น้อยที่สุดคือ งานควบคุมป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อม ด้านการนำผลงานไปปรับปรุงพัฒนา อยู่ในระดับมาก โดยมีกิจกรรมงานคุ้มครองผู้บริโภคมากที่สุดและกิจกรรมที่น้อยที่สุดคือ งานจัดยาที่จำเป็น การเปรียบเทียบความคิดเห็นของประชาชนต่อประสิทธิผลการปฏิบัติหน้าที่การให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความคิดเห็นต่อประสิทธิผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านอาชีพ ไม่มีความแตกต่าง

ชนกฤต รอดเขียว (2553 : 102) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของกองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม ของเทศบาลตำบล ในจังหวัดอุทัยธานี การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิผลการปฏิบัติงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับประสิทธิผล การปฏิบัติงาน และอิทธิพลของตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของเทศบาลตำบล ในจังหวัดอุทัยธานี โดยศึกษาจากรายงานผลการ ดำเนินโครงการ ปีงบประมาณ 2552 และสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้าน ลักษณะขององค์กร นโยบายการบริหาร ทรัพยากรความสามารถในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจ การยอมรับนับถือตนเอง และค่านิยม ของพนักงานกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของเทศบาลตำบล ในจังหวัดอุทัยธานี ทั้ง 13 แห่ง จำนวน 152 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสำรวจประสิทธิผลการ ปฏิบัติงานและแบบสอบถามปัจจัย 7 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กอง

สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของเทศบาลตำบล ในจังหวัดอุทัยธานี มีระดับ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในภาพรวม ระดับมาก ($\bar{X} = 3.99$, $SD = .114$) ปัจจัยทั้ง 7 ด้าน มีความสัมพันธ์กับ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, $SD = .205$) ปัจจัยทั้ง 7 ด้าน สัมพันธ์กับ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในเชิงบวกทุกปัจจัย อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัย ด้านลักษณะขององค์การและนโยบายการบริหาร สามารถร่วมกันพยากรณ์ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของเทศบาลตำบล ในจังหวัด อุทัยธานี ได้ร้อยละ 42.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

1. ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ

1.1 ความหมายของภาวะผู้นำ

ฟิดเลอร์ (Fiedler, 1967 ; อ้างถึงใน สุเทพ พงศ์ศรีวัฒน์, 2545 : 1) กล่าวว่า ผู้นำ คือ บุคคลในกลุ่มซึ่งได้รับมอบหมายหน้าที่ให้ควบคุมหรือประสานงานกิจกรรมต่าง ๆ ที่ เกี่ยวกับการกิจของกลุ่ม

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2545 : 229) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ผู้นำ หมายถึง บุคคลซึ่งมีผู้ตามและมีอิทธิพลที่จะทำให้ผู้ตามช่วยกันกำหนดวัตถุประสงค์และบรรลุ วัตถุประสงค์นั้น หรือเป็นบุคคลที่ทำให้องค์การประสบความสำเร็จและบรรลุผลสำเร็จโดย ใช้อิทธิพลจูงใจผู้อื่นให้ปฏิบัติตาม ผู้นำเป็นผู้ตัดสินใจ กำหนดปัญหา วางแผน และรับผิดชอบ ต่อความอยู่รอด หรือการพัฒนาขององค์การ นอกจากนั้นแล้วผู้นำยังมีส่วนทำให้เกิดวิสัยทัศน์ ขององค์การและพนักงานรวมทั้งสามารถใช้อำนาจหรืออิทธิพลต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อนำกลุ่มประกอบกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง การเป็นผู้นำนั้นเป็นเรื่องง่ายแต่การเป็นผู้นำที่ดี นั้นเป็นเรื่องยาก

สุเทพ พงศ์ศรีวัฒน์ (2545 : 2-3) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ผู้นำ คือ บุคคลที่ ได้รับมอบหมายซึ่งอาจ โดยการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งและเป็นที่ยอมรับของสมาชิกให้มีอิทธิพล และบทบาทเหนือกลุ่ม สามารถที่จะจูงใจชักนำ หรือชี้นำให้สมาชิกของกลุ่มรวมพลังเพื่อ ปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ของกลุ่ม ให้สำเร็จ และได้ให้ความหมายของ ภาวะผู้นำ ว่าเป็น กระบวนการที่ผู้นำช่วยสร้างความชัดเจนแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาให้รับรู้ว่า อะไรคือความสำคัญให้

ภาพความเป็นจริง ขององค์การแก่ผู้อื่นช่วยให้มองเห็นทิศทางและจุดมุ่งหมายอย่างชัดเจน ภายใต้ภาวะการณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลก

เจษฎา บุญมาโฮม (2546 : 185) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ผู้นำ หมายถึง คนที่ได้รับ การแต่งตั้งอย่างเป็นทางการให้มีตำแหน่งเป็นหัวหน้า มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบต่อหน่วยงานหนึ่ง ๆ ในองค์กร

สรุปว่า การวิจัยครั้งนี้ตั้งความหมายว่าภาวะผู้นำนั้น หมายถึง การที่ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณสมบัติหลายๆด้านเพื่อเป็นผู้นำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน เช่น ด้านความวิสัยทัศน์ การวางแผน การกำหนดเป้าหมายการทำงานการสร้างทีมงาน การตัดสินใจ การบริหารความขัดแย้งและการสร้างสรรค์นวัตกรรม ความคิดสร้างสรรค์

1.2 การวัดภาวะผู้นำ

พิชญภา คำทอง (2551 : 112) ได้สร้างเครื่องมือวัดภาวะผู้นำที่พึงประสงค์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ผู้นำแบบธรรมชาติ ผู้นำแบบมีวิสัยทัศน์ แบบภาวะเป็นผู้นำพึ่งพาหรืออุปถัมภ์ ภาวะผู้นำแบบมุ่งความสำเร็จ และ ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

สรารวุฒิ บุญยีน (2550 : 98) ได้สร้างเครื่องมือวัดภาวะผู้นำของผู้บริหารที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของโรงเรียนในฝันออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถเชิงวิสัยทัศน์ การวางแผนและการกำหนดเป้าหมายขององค์กร ด้านความสามารถในการทำงานแบบมีส่วนร่วม ด้านความสามารถในการสื่อสารแบบมีประสิทธิผล ด้านความสามารถในการสร้างทีมงาน ด้านความสามารถในการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม ด้านความสามารถในการบริหารความขัดแย้งในองค์กรและด้านความสามารถในการสร้างสรรค์นวัตกรรม ความคิดสร้างสรรค์และการริเริ่มการเปลี่ยนแปลงในองค์กร มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือของสรารวุฒิ บุญยีน (2550 : 98) มาใช้ในการวัดภาวะผู้นำของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert)

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นงลักษณ์ ฮวบเจริญ (2543) ได้ศึกษาภาวะผู้นำกับประสิทธิผลการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขต 1 ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ภาวะผู้นำแบบปรึกษาหารือในการบริหารงานกลุ่มงานการพยาบาล ประสิทธิภาพการบริหารงานอยู่ในระดับปานกลาง และหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมด้านการบริหาร มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งน้อยกว่า 10 ปี เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการบริหารงานกับภาวะผู้นำพบว่า หัวหน้าพยาบาลที่ใช้ภาวะผู้นำในการบริหารงานแตกต่างกัน จะมีประสิทธิผลในการบริหารงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า 0.001 และหัวหน้าพยาบาลที่ใช้ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิผลในการบริหารงานสูงสุด นอกจากนี้ยังพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ด้านการบริหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะผู้นำ

ชุตินา วงษ์สวัสดิ์ (2543) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะผู้นำ การจัดการ กับความขัดแย้งและเขาวน้อารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ และสถานภาพสมรส ต่างกันมีภาวะผู้นำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เหลือ คือ อายุงาน และระดับตำแหน่ง ของพยาบาลวิชาชีพ นั้น ไม่พบว่ามีภาวะผู้นำต่างกัน ส่วนเขาวน้อารมณ์นั้นพบว่ามีแตกต่างกันตามอายุ ระดับตำแหน่งของพยาบาลวิชาชีพ อายุงาน และสถานภาพสมรส ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยส่วนใหญ่มีเขาวน้อารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพที่มีปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะผู้นำแตกต่างกันมีการจัดการกับความขัดแย้งแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ใช้การจัดการ กับความขัดแย้งแบบประนีประนอม นอกจากนี้ ไม่พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะผู้นำและการจัดการกับความขัดแย้งต่างกัน มีเขาวน้อารมณ์แตกต่างกัน

ชมกสิณ ดรุณาภรณ์ (2546 : 86) ได้ศึกษาแบบภาวะผู้นำของผู้บริหาร กับสุขภาพองค์การของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1 ผลการศึกษาพบว่า แบบภาวะผู้นำของผู้บริหาร โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1 เป็นแบบเพิกเฉยมากที่สุด รองลงมาเป็นแบบนักบริหาร สุขภาพองค์การของโรงเรียนมัธยมศึกษา อยู่ในระดับต่ำ 27 โรงเรียน ระดับกลาง 29 โรงเรียน และระดับสูง 30 โรงเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างแบบภาวะผู้นำของผู้บริหารกับสุขภาพองค์การของโรงเรียนมัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศราวูตี บุญยืน (2550 : 86) ได้ศึกษาภาวะผู้นำของผู้บริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโรงเรียนในฝัน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศกนคร ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะผู้นำของผู้บริหารและประสิทธิผลของโรงเรียนในฝันโดยรวมอยู่ในระดับมาก ภาวะผู้นำของผู้บริหารและประสิทธิผลของผู้บริหารและครูผู้สอนที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงเรียนที่มีขนาดต่างกัน โดยรวมไม่แตกต่างกัน ภาวะผู้นำของผู้บริหารและประสิทธิผลของโรงเรียนในฝันมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยคิดว่าภาวะผู้นำน่าจะส่งผลในทางบวกต่อประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

2. ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาท

2.1 ความหมายของการรับรู้บทบาท

มีนักวิชาการและนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังต่อไปนี้

ซงชัย สันติวงษ์ (2542 : 92-93) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ว่าบทบาทหน้าที่ตามตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งได้ถูกคาดหวังจากสังคมนรอบด้าน เช่น จากผู้อยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ รอบตัว (ผู้ร่วมงาน) รวมทั้งตัวเราเองด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดจากกระบวนการซึ่งเรียกว่า “กระบวนการทางสังคม” (Socialization) ถ้าความคาดหวังจากทุกฝ่ายไม่ตรงกัน และผู้ดำรงตำแหน่งอยู่ในบทบาทไม่สามารถปรับให้มีความพอดี จะเกิดปัญหา ต่อด้านจัดแย้งในบทบาทหรือความล้มเหลวในบทบาทได้ และผลที่ตามมา คือ ความล้มเหลวของงาน ดังนั้นการแสดงบทบาทของบุคคลตามตำแหน่งหน้าที่จะเป็นไปได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างและที่สำคัญ ได้แก่

1. ความเข้าใจในบทบาทที่ตนต้องแสดงหรือปฏิบัติ
2. ประสบการณ์ของผู้ที่แสดงบทบาท
3. บุคลิกภาพของผู้ที่แสดงบทบาทนั้นตามคำจำกัดความของ “บทบาท”

วัชร ทรัพย์มี (2543 : 43) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึง การตีความหมายของการรับสัมผัสออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย ซึ่งการตีความหมายนั้นต้องอาศัยประสบการณ์ หรือการเรียนรู้ ถ้าปราศจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ จะไม่มีการเรียนรู้มีแต่เพียงการรับสัมผัส และการเรียนรู้เป็นสิ่งที่เลือกสรรในขณะใดขณะหนึ่ง เราไม่ได้รับรู้หมดทุกอย่างแต่เลือกรับรู้สิ่งเร้าเพียงบางอย่าง

บรูมและฟิลลิป (Broomm and Phillip. 1978 : 92) ให้ความหมายว่า บทบาท ประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ 3 ประการ

1. บทบาทในอุดมคติ หรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ (Social Perceived or Ideal Role) เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการกำหนดลัทธิ หน้าที่ตามตำแหน่งในสังคม สำหรับในการศึกษาครั้งนี้เป็นบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ซึ่งครอบคลุมบทบาทในการจัดให้มีการดำเนินการวางแผนงาน โครงการการจัดสรรงบประมาณ การจัดหาวัสดุอุปกรณ์และบุคลากรในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ซึ่งจัดว่าเป็นบทบาทในอุดมคติ

2. บทบาทที่ควรกระทำ (Perceived Role) หรือ บทบาทตามการรับรู้ เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคล เชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งที่ได้รับ อาจไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติ และอาจมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ขึ้นกับความสามารถในการรับรู้ของบุคคล โดยมีแรงจูงใจ ความเชื่อ ความคาดหวัง ประสบการณ์ การศึกษา การให้คุณค่า และความหมายต่อสิ่งนั้น เข้ามาเกี่ยวข้อง การรับรู้บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกจะเป็นพื้นฐาน การแสดงพฤติกรรม หรือการกระทำขององค์การบริหารส่วนตำบล ถ้าองค์การบริหารส่วนตำบล มีการรับรู้บทบาทของตนเอง ได้อย่างถูกต้องก็จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง จะส่งผลถึงคุณภาพของการดำเนินงาน และประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก

3. บทบาทที่กระทำจริง (Performed Role) เป็นบทบาทที่บุคคล ได้แสดงจริง ซึ่งอาจเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้ และตามความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ได้ดีเพียงใด ขึ้นกับการยอมรับบทบาทของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ เนื่องจากความสอดคล้องของบทบาท ตามความคาดหวังของสังคมและการรับรู้บทบาทของตนเอง

ยงยุทธ เกษสาคร (2544 : 68-69) กล่าวว่า ผู้นำ คือ ผู้ที่มีบุคลิกลักษณะ คุณสมบัติเด่นกว่าผู้อื่นในกลุ่ม และมีอิทธิพลมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ในหน่วยงานทั้งสามารถสร้างความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้เกิดขึ้นแก่หน่วยงานนั้น ๆ ได้ ดังนั้น ผู้นำ จึงหมายถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งรับบทบาทเป็นผู้บริหารประสานประโยชน์ในกลุ่มเสมือนเป็นสัญลักษณ์ของกลุ่มซึ่งมีอิทธิพล และอำนาจสามารถบังคับบัญชาบุคคลในกลุ่มให้ปฏิบัติงานจนบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ และได้ให้ความหมายของภาวะผู้นำว่า หมายถึง ศิลปะหรือความสามารถของบุคคลหนึ่งที่จะกระตุ้นจูงใจหรือใช้อิทธิพลต่อบุคคลอื่น ผู้ร่วมงานหรือ

ผู้ได้บังคับบัญชา ในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อปฏิบัติการและอำนวยความสะดวก โดยใช้กระบวนการสื่อความหมาย การติดต่อ ซึ่งกันและกัน ให้เกิดมีใจร่วมกับคนดำเนินการจนกระทั่งบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์

จากความหมายของการรับรู้บทบาทดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้บทบาท หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิด ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลในการแปลความหมายสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อม จากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ จากสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย โดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้เป็นตัวแปลความหมาย

บทบาท เป็น การแสดงพฤติกรรมตามตำแหน่งและสถานภาพ ตามที่องค์กรเป็นผู้กำหนด หากบทบาทนั้นสอดคล้องกับความสนใจ ความต้องการ และประสบการณ์ จะเกิดการยอมรับบทบาท และปฏิบัติตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง หรือปฏิบัติตามการรับรู้และความคาดหวังของตนเอง

สรุปว่า การวิจัยครั้งนี้ตั้งความหมายว่าการรับรู้บทบาทหมายถึงการทราบถึงบทบาทหน้าที่ของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น บทบาทในการเป็นผู้นำหรือหัวหน้าทีม ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่นมีความตระหนัก รับรู้บทบาท และความรับผิดชอบตามหน้าที่ที่มีอยู่ ปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกในชุมชนตามความรู้ความสามารถที่ได้รับการอบรมและประสบการณ์ในการทำงานที่ผ่านมาให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

2.2 การวัดการรับรู้บทบาท

จุฑามาศ มีศิลป์ (2551 : 65-66) ได้สร้างเครื่องมือวัดบทบาทในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านผู้สื่อสารสาธารณสุข ด้านผู้ถ่ายทอดความรู้ ด้านผู้ให้บริการสาธารณสุข ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขและด้านการเป็นผู้ช่วยปฏิบัติงานบริหารจัดการและวางแผนสาธารณสุข มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า

บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550 : 121) ได้สร้างเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริการสุขภาพ ด้านการจัดทำแผนงาน โครงการพัฒนาสาธารณสุข ด้านการบริหารงบประมาณเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข และด้านการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือของจุฑามาศ มีศิลป์ (2551 : 88) และ บุญเลิศ โพรชัย (2550 : 121) มาใช้ในการวัดการรับรู้บทบาทของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ท (Likert)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญเลิศ โพรชัย (2550 : 98) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสุขภาพภาคประชาชนอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ปฏิบัติงานตามบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าด้านการบริการสุขภาพได้ปฏิบัติงานตามบทบาทอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.2 ด้านการจัดทำแผนงานโครงการพัฒนาสาธารณสุขได้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.4 ด้านการบริหารงบประมาณเพื่อพัฒนาสาธารณสุขได้ปฏิบัติงานตามบทบาทอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.1 ด้านการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนได้ปฏิบัติงานตามบทบาทอยู่ในระดับสูงร้อยละ 43.4

ปนัดดา ใจมา (2550 : 98) ได้ศึกษาความรู้ การรับรู้บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกความรู้ออกเป็น 3 ประเด็น พบว่าความรู้เรื่องโรคและอาการและอาการแสดง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้บทบาทพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็น 2 บทบาท พบว่า บทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่บทบาทด้านการประสานงานกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีการรับรู้บทบาทในด้านการประสานงานกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับปานกลางดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จุฑามาศ มีศิลป์ (2551 : 55-56) ได้ศึกษาความรู้ความเข้าใจและบทบาทในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรค

ไ้เชื้อดอก ในเขตพื้นที่ตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการปฏิบัติงานด้านการสื่อสารเพื่อนบ้านให้มารับทราบข้อมูลสาธารณสุขเกี่ยวกับเรื่องโรคไ้เชื้อดอกมากที่สุดร้อยละ 80.8 ด้านการถ่ายทอดความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไ้เชื้อดอกให้ประชาชนมากที่สุดร้อยละ 75.4 ด้านการให้บริการร้อยละ 49.2 ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขร้อยละ 74.6 และด้านการเป็นผู้ช่วยปฏิบัติงานบริหารจัดการและการวางแผนสาธารณสุขร้อยละ 63.1

อุ๋นใจ ถมอินทร์ (2551 : 100) ได้ศึกษาการรับรู้บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคไ้เชื้อดอก อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกคน ได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการรับรู้บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไ้เชื้อดอก คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไ้เชื้อดอกและเรื่ององค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 59.2 เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับบทบาทด้านสาธารณสุข ร้อยละ 54.7 มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไ้เชื้อดอก ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไ้เชื้อดอกในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการได้รับสิ่งเร้ากับการรับรู้บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคไ้เชื้อดอก พบว่ามีระดับของประสบการณ์และความรู้ที่ต่างกัน ทำให้คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไ้เชื้อดอก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการทำให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีการรับรู้บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไ้เชื้อดอกดี ควรจัดให้มีการสร้างประสบการณ์และการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไ้เชื้อดอกกับทุกกลุ่ม โดยปรับปรุงสื่อและสิ่งเร้าให้มีความน่าสนใจ ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับพื้นที่

บัณจิต แมลจิตร (2552 : 106) ได้ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.9 รองลงมาคือการรับรู้บทบาทหน้าที่ในระดับดี นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยคิดว่าการรับรู้บทบาทน่าจะส่งผลในทางบวกต่อประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจ

3.1 ความหมายของแรงจูงใจ

แรงจูงใจเป็นสิ่งที่องค์การใช้เพื่อที่กระตุ้นให้สมาชิกในองค์การกระทำในสิ่ง ที่บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์การ ซึ่งควรที่จะตอบสนองความต้องการของ สมาชิกในองค์การได้อย่างเหมาะสม โดยมีผู้ทรงความรู้ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ภาวิไล เจริญพงศ์ (2547 : 11-12) กล่าวว่า แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือ สิ่งเร้าที่มีอยู่ภายในทั้งองค์การและตัวพนักงาน ซึ่งจะทำให้พนักงานเต็มใจที่จะใช้ความพยายาม ในการทำกิจกรรมหรือภาระหน้าที่ เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและบรรลุ วัตถุประสงค์ขององค์การ

สุภาภรณ์ พลนิกร (2548 : 199) ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ (Motivation) คือ สภาวะที่ถูกกระตุ้น (Activated State) ภายในแต่ละคน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายหรือ เป็นเหตุผลของพฤติกรรมแต่ละครั้ง ส่วนแรงกระตุ้น (Motive) คือ ลักษณะทางจิตวิทยาชนิด หนึ่ง (Trait) ซึ่งเป็นตัวแทนของพลังภายในที่มองไม่เห็น (Unobservable) และทำหน้าที่กระตุ้น (Stimulate) รวมทั้งออกแรงบังคับ (Compel) ให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง (Response) ในทิศทาง ที่ชัดเจน สำหรับคำว่าแรงจูงใจและแรงกระตุ้นมีการนำไปใช้แทนที่กันได้

สิริรักษ์ วรรณะพินธุ (2548 : 12) ได้สรุปว่า แรงจูงใจ หมายถึง ความ ต้องการหรือความรู้สึกที่เข้ามากระตุ้นภายในจิตใจก่อให้เกิดพฤติกรรม ที่นำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองต้องการ

รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2549 : 39) ได้ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ คือ ความ ต้องการของบุคคลที่จะทำบางสิ่งบางอย่างและมีเงื่อนไข คือ ความสามารถในการกระทำเพื่อ ให้เกิดความพึงพอใจในความจำเป็นต้องการ (Need) ของบุคคลนั้น

วิรัช สงวนวงค์วาน (2551 : 209) กล่าวไว้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง กระบวนการ ที่ความพยายามของบุคคลได้รับการกระตุ้น (Energized) ชี้นำ (Directed) และรักษาให้คงอยู่ (Sustained) จนกระทั่งงานขององค์การบรรลุเป้าหมาย

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า แรงงูใจ หมายถึง แรงผลักดันหรือแรงกระตุ้นที่เกิดจากความต้องการส่วนบุคคล และต้องการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ยังต้องการจัดให้ โดยอาจแสดงออกมาในรูปพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของตนเอง

สรุปว่า การวิจัยครั้งนี้ตั้งความหมายว่าแรงงูใจหมายถึงการที่ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงผลักดันหรือแรงกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกให้มีความต้องการอยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของตนเอง

3.2 การวัดแรงงูใจ

วัชระ บุญปลอด (2551 : 89-90) ได้สร้างเครื่องมือวัดแรงงูใจในการปฏิบัติงานของพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านบรรยากาศในการทำงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความมั่นคงในงานและด้านความก้าวหน้าในงาน มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด

อมรมิตร มงคลเคหา (2552 : 78-80) ได้สร้างเครื่องมือวัดแรงงูใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและด้านการดำเนินงานด้านสาธารณสุข มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือของวัชระ บุญปลอด (2551 : 89-90) และอมรมิตร มงคลเคหา (2552 : 78-80) มาใช้ในการวัดแรงงูใจของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ท (Likert)

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรธนา ศรีพิทักษ์ (2551 : 101) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวน 5 ปัจจัย ประกอบด้วยปัจจัยงูใจ 2 ปัจจัย คือความสำเร็จและลักษณะงาน ปัจจัยค้ำจุน 3 ปัจจัย คือความมั่นคงในงาน ความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชาและเงินเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 โดยสามารถทำนายการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 63.8

วัชระ บุญปลอด (2551 : 92) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดพะเยา เฉลี่ยทุกตัวมีแรงจูงใจในระดับมาก โดยด้านที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ด้านบรรยากาศในการทำงาน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านการยอมรับนับถือและด้านความมั่นคงในงาน สำหรับด้านความก้าวหน้าในงานมีแรงจูงใจในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดพะเยา พนักงานที่มีเพศ ตำแหน่งงานปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานและรายได้ที่แตกต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

อมรมิตร มงคลเคหา (2552 : 99) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบ้านนิเวศน์ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ผลการทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลนิเวศน์ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ตามสมมติฐานพบว่าด้านการยอมรับนับถือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ด้านการดำเนินงานด้านสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในเชิงบวก ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยคิดว่าแรงจูงใจน่าจะส่งผลในทางบวกต่อประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

4. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม

4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การศึกษาการมีส่วนร่วมมีผู้ศึกษาวิจัยและให้ความหมายไว้ดังนี้

จักรวรรดิ เหลี่ยมสมบัติ (2548 : 11) สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมในการบริหารทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความผูกพันในหน่วยงาน ร่วมกันปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ ก่อให้เกิดความสามัคคีและยอมรับบทบาทในการปฏิบัติงานซึ่งกันและกัน สามารถนำองค์การไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จ

อารีย์ เอมโอด (2548 : 10) สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ผู้บริหารสถานศึกษาเปิดโอกาสให้บุคลากรในสถานศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาตัดสินใจ ร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อให้การดำเนินงานต่าง ๆ ตามเป้าหมายของสถานศึกษาบรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2548: 152-153) ได้อธิบายความหมายของการมีส่วนร่วมโดยเห็นว่า ปัจจัยที่เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนามี 4 ปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยด้านกลไกของรัฐ โดยรัฐต้อง

- 1.1 กำหนดนโยบาย
- 1.2 สนับสนุนกิจกรรม
- 1.3 การสร้างช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วม
- 1.4 การติดตามประเมินผล

2. ปัจจัยด้านประชาชน โดยประชาชนในชุมชนจะต้อง

- 2.1 มีความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์
- 2.2 เป็นฝ่ายตัดสินใจ ริเริ่มกิจกรรมและรับผลประโยชน์
- 2.3 เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม หรือเป็นผู้นำ
- 2.4 มีการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้นำท้องถิ่น
- 2.5 ได้รับการฝึกอบรม การศึกษาดูงานและรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

อย่างต่อเนื่อง

3. ปัจจัยด้านนักพัฒนา โดยนักพัฒนาต้อง

- 3.1 ศึกษาชุมชน
- 3.2 มีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาของกระบวนการมีส่วนร่วม
- 3.3 ค้นหาผู้นำที่มีศักยภาพ
- 3.4 รวมกลุ่มชาวบ้านเพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหา
- 3.5 เป็นผู้สนับสนุนในทุก ๆ ด้าน
- 3.6 มีความจริงใจและมีความผูกพันกับท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนเชื่อถือ

ศรัทธา

- 3.7 ดำเนินงานพัฒนาที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพ

ท้องถิ่น

4. ปัจจัยจูงใจ

4.1 การได้รับผลประโยชน์จากการได้เข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมการ

พัฒนา

4.2 โครงการพัฒนาต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

ธีรพล ชนะสกุล (2548 : 8) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ (ความร่วมมือร่วมใจ) โดยกระทำการงานดังกล่าวในห้วงเวลาและลำดับเหตุการณ์ ที่ทรงประสิทธิภาพ คือ ถูกจังหวะและเหมาะสม (การประสานงาน) อีกทั้งกระทำการดังกล่าวด้วยความรู้สึกร่วมกันให้ประจักษ์ว่า เชื่อถือได้ไว้วางใจได้ โดยนัยดังกล่าวนี้ การมีส่วนร่วมจึงเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลังการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม (Teamwork) อีกด้วย

สิริลักษณ์ จันโกลา (2548 : 9) สรุปว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการทำเปิดโอกาสให้กลุ่มคนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาในลักษณะของการเข้ามาร่วมจัดการ ตั้งแต่การเข้าร่วมใน ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ ด้านการรับผลประโยชน์ และร่วมในด้านการติดตามผล ในรูปขององค์การที่ได้รับผลประโยชน์หรือผลกระทบโดยตรงจากการดำเนินการพัฒนา

อรรรคา ธรรมาธิกุล (2550 : 11) ได้สรุปความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง ความร่วมมือของประชาชนหรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกัน เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์การเพื่อบรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ สรุปว่าความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลได้เข้ามาร่วมในลักษณะการแสดงความคิดเห็น การให้ข้อมูล การร่วมวางแผนและกำหนดแนวทางการร่วมปฏิบัติ และการร่วมประเมินผล ในกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อรับผิดชอบในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของตน

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น พอจะสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วม หมายถึง การให้ความร่วมมือและสนับสนุนของประชาชนในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง โดยเป็นการร่วมมือในลักษณะบุคคลหรือกลุ่มบุคคลก็ตาม เป็นไปโดยมีทิศทางที่แน่นอนร่วมกันหรือมีวิสัยทัศน์วัตถุประสงค์ และเป้าประสงค์ร่วมกัน โดยจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุก ๆ ขั้นตอน ทั้งในการคิด วางแผน ดำเนินกิจกรรม รวมถึงประเมินผลในกิจกรรมนั้น ๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้สิทธิเสรีภาพ อิสรภาพ ภราดรภาพและความเสมอภาคที่เท่าเทียมกัน

สรุปว่า การวิจัยครั้งนี้ตั้งความหมายว่าการมีส่วนร่วมหมายถึงการที่ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้าไปมีส่วนร่วมคิดร่วมทำในกิจกรรมต่างๆเพื่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านหรือชุมชนของตนเอง

4.2 การวัดการมีส่วนร่วม

พิศิษฐ์ ปรีกโชสงค์ (2552 : 87) ได้สร้างเครื่องมือวัดการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ด้านการตัดสินใจ ด้านการดำเนินงาน ด้านการรับผลประโยชน์และด้านการประเมินผล มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือของพิศิษฐ์ ปรีกโชสงค์ (2552 : 87) มาใช้ในการวัดการมีส่วนร่วมของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert)

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เจริญ ฟองศรี (2542 : 93) ได้ศึกษาการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (AIC) บ้านคลองลอย อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้ปัญหาและการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านร่วมกันซึ่งการควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นบทบาทของประชาชนในชุมชนทุกครั้ง

บงกช ชัยชาญ (2545 : 79) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบการมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมากเหตุผลในการมีส่วนร่วมคือ เจ้าหน้าที่ของรัฐอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนก็เป็นผู้มีบทบาทสำคัญและเป็นที่ยอมรับของประชาชนที่สำคัญมีความตระหนักว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาของตนเองและชุมชน

สุทธิพงษ์ นาคมูล (2546) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ผลการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูงและไม่พบโรคไข้เลือดออก อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรธานี พบว่า การรับรู้และการมีส่วนร่วม

ร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูงและไม่พบโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยหมู่บ้านที่ไม่พบโรค

ไข้เลือดออกจะมีการรับรู้ที่ถูกต้องและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่สูงกว่าหมู่บ้านหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และการมีส่วนร่วมของทั้งสองหมู่บ้านพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จรรยาศักดิ์ หวังล้อมกลาง (2552 : 112) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง แกนนำมีการรับรู้ในเรื่องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนทดลองโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนทดลองโดยรวมอยู่ในระดับสูงและพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนทดลอง

สมศักดิ์ แต่งยามา (2552 : 98) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาที่ปฏิบัติงานและปัจจัยเชิงทางด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยคิดว่ากรมมีส่วนร่วมน่าจะส่งผลในทางบวกต่อประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

5. ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม

5.1 ความหมายการทำงานเป็นทีม

คำว่าทีม (Team) มีผู้ให้ความหมายโดยใช้ถ้อยคำต่างกันหลายอย่าง ดังนี้

Nelson and Quick (1997 : 252,261) กล่าวถึงความหมายของทีมว่า ทีมคือบุคคลกลุ่มเล็ก ๆ กลุ่มหนึ่งที่มีลักษณะเป็นองค์ประกอบอย่างสมบูรณ์มีการแลกเปลี่ยนวัตถุประสงค์ทั่วไปและเป็นผู้ซึ่งต้องการที่จะทำงานร่วมกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ การทำงานเป็นกลุ่มที่มุ่งเน้นงานการทำงานเป็นกลุ่มมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ทีมมีประโยชน์มากต่อการปฏิบัติงานที่มีปฏิสัมพันธ์ซับซ้อน หรือมีอาสาสมัครทำงานมากกว่า 1 คน

Quinn et al. (1996 : 12) ทีมงานในสถานศึกษา หมายถึง กลุ่มของแต่ละคนที่ มีหลายบุคลิกมีการเชื่อมโยงและประสานหน้าที่กัน ทำให้ความคาดหวังของบทบาทภาระงานชัดเจน และมีความรับผิดชอบของทีมผลักดันไปให้เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คิธีย์ สังข์ศรี (2543 : 60) ให้ความหมายการทำงานเป็นทีมว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลเข้าทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันและทุกคนในกลุ่มมีบทบาทช่วยดำเนินงานกลุ่ม มีการติดต่อสื่อสารและประสานงานกัน เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเพื่อประโยชน์ของกลุ่ม

ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และคณะ (2545 : 10) ให้ความหมายของทีม (Team) หรือทีมงาน (Teamwork) ว่าหมายถึง กลุ่มคนที่ต้องมาทำงานร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เดียวกันและเป็นการรวมตัวที่จะต้องอาศัยความเข้าใจ ความผูกพันและความร่วมมือซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มเพื่อที่สมาชิกแต่ละคนสามารถทำงานร่วมกันจนประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายสูงสุดของทีมได้และณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และคณะ (2545 : 43-44) ยังกล่าวไว้ว่ากล่าวว่าการสร้างทีมงานมีความมุ่งหมายสำคัญที่พัฒนาการทำงานของบุคคลและกลุ่มให้ศักยภาพสูง ซึ่งจะสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานและการแข่งขันขององค์กร โดยแต่ละทีมจะปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ สมาชิกต่างร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาและทำงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งจะช่วยพัฒนาตนเองและองค์กรให้ก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดด โดยที่เราอาจจะสรุปได้ว่า การทำงานเป็นทีมจะมีประโยชน์ต่อองค์กรใน 4 ด้าน ดังนี้

1. สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับสมาชิก เพราะการทำงานเป็นทีมจะช่วยสร้างความไว้วางใจ ช่วยเหลือกันและบรรยายการทำงานที่ดี ทำให้สมาชิกรู้สึกสบายใจ พอใจและเพลิดเพลินกับการทำงาน ก่อให้เกิดขวัญกำลังใจในการทำงานและช่วยทำให้เกิดผลงานที่คุณภาพและประสิทธิภาพ ทำให้เป้าหมายที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสมาชิกในทีมจะมีความสามัคคีพร้อมเพรียงเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทั้งทางด้านกำลังความคิด กำลังกายและกำลังใจ โดยสมาชิกสามารถร่วมมือกัน หรือผนึกกำลังให้เป็นหนึ่งเดียวในการร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ อย่างราบรื่น

2. สร้างความมั่นคงในอาชีพ เนื่องจากทีมงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถเพิ่มผลผลิตทำให้องค์กรมีรายได้และกำไรสูงขึ้น สามารถเติบโตได้อย่างมั่นคง ซึ่งจะช่วยทำให้สมาชิกของทีมงานมีความมั่นคงและก้าวหน้าในอาชีพ นอกจากนี้

องค์กรต่าง ๆ มักจะปรับระบบประเมินผลและให้ผลตอบแทนที่จูงใจแก่ทีมทำให้สมาชิกในทีมที่ประสบความสำเร็จมีความก้าวหน้าทั้งด้านการงาน รายได้และอาชีพที่มั่นคง

3. สร้างความสัมพันธ์ในงาน สมาชิกในทีมงานจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยระดมกำลังกาย กำลังใจ และกำลังความคิด ตลอดจนความรู้ ทักษะ ความสามารถและประสบการณ์ของสมาชิกเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความสัมพันธ์และความผูกพันในฐานะสมาชิกของทีมหรือที่เรียกว่า “One For All, All For One” ทำให้บุคคล ทีมและงานมีความผูกพันใกล้ชิดกันและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน

4. เพิ่มพูนการยอมรับนับถือระหว่าง เนื่องจากทีมงานจะต้องกำหนดและจัดสรรตำแหน่ง อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของสมาชิก เช่น หัวหน้าทีม นักวิเคราะห์ผู้ประสานงานของทีม และสมาชิกอื่น ๆ โดยสมาชิกที่ร่วมทีมจะรับรู้ ยอมรับและมีความเข้าใจต่อกันว่าเขาจะต้องแสดงบทบาท (Roles) อย่างไร และในช่วงเวลาใดให้เหมาะสมและส่งเสริมการทำงานของสมาชิกอื่น ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการทำงานของทีม และเอกภาพของกลุ่ม

เนตร์พัฒนา ยาวีราช (2546 : 233) ให้ทัศนะของการทำงานเป็นทีมว่า หมายถึงความสำเร็จของผู้บริหารในการประสานการทำงานของบุคลากรหลายฝ่ายเข้าด้วยกัน ให้บรรลุผลสำเร็จ

สุนันทา เลานันท์ (2549 : 62) ทีมงาน หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่ทำงานร่วมกันมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มช่วยกันทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพและผู้ร่วมทีมต่างมีความพอใจในการทำงานทำงานนั้น

จากความหมายของการทำงานเป็นทีมที่หลายคน ได้ให้ความหมายไว้ข้างต้นอาจสรุปได้ว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปซึ่งมีความสัมพันธ์กันก่อนข้างจะใกล้ชิดมาร่วมกันดำเนินกิจกรรมทั้งหลายให้บรรลุเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกัน สนับสนุนช่วยเหลือเอาใจใส่ซึ่งกันและกันใช้ทักษะประสบการณ์แบกรับภาระร่วมกันร่วมมือกันทำงานอย่างเต็มความสามารถ สามัคคีกัน เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และพัฒนาองค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปว่า การวิจัยครั้งนี้ตั้งความหมายว่าการทำงานเป็นทีมหมายถึง การที่ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสามารถในการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้านหรือชุมชนของตนเองเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างบรรลุวัตถุประสงค์เป้าหมายที่ต้องการ

5.2 การวัดการทำงานเป็นทีม

ธวัชชัย ไตรทิพย์ (2541 : 121) ได้สร้างเครื่องมือวัดการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบ่งออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการบริหารงานบุคคล ด้านการฝึกอบรม ด้านการนิเทศติดตาม ด้านการจัดการสิ่งสนับสนุน ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดการข้อมูลข่าวสาร และด้านการจัดองค์การชุมชน มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือของธวัชชัย ไตรทิพย์ (2541 : 121) มาใช้ในการวัดการทำงานเป็นทีมของประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ท (Likert)

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธวัชชัย ไตรทิพย์ (2541 : 108) ได้ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนทางการบริหารที่มีผลต่อระดับการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบระดับการทำงานเป็นทีมของทีมงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มที่มีระดับการสนับสนุนทางการบริหารสูงและต่ำ ในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน การบริหารงานบุคคล การฝึกอบรม การนิเทศติดตาม การจัดการสิ่งสนับสนุน การจัดการงบประมาณ การจัดการข้อมูลข่าวสาร และการจัดองค์การชุมชน พบว่าระดับการทำงานเป็นทีมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนทางการบริหาร กับระดับการทำงานเป็นทีม พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การทำงานด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยสนับสนุนทางการบริหาร มีผลกระทบร่วมต่อระดับการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า ตัวแปรปัจจัยสนับสนุนทางการบริหารทุกตัว มีความสัมพันธ์กับระดับการทำงานเป็นทีม ส่วนตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการทำงานเป็นทีมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์หาคออดอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยสนับสนุนทางการบริหาร ได้แก่ ระดับการสนับสนุนด้านการบริหารงานบุคคล (X_7) ระดับการสนับสนุนด้านการฝึกอบรม (X_8) และระดับการสนับสนุนด้านการจัดองค์การชุมชน (X_{13}) มีผลต่อระดับการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พูนทรัพย์ คำวิชา (2550) ได้ศึกษาการทำงานเป็นทีมที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านภาวะผู้นำที่เหมาะสมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านการสนับสนุนและไว้วางใจต่อกัน ด้านการเปิดเผย และเผชิญหน้า ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านความร่วมมือและความขัดแย้ง การทบทวนการปฏิบัติงาน อย่างสม่ำเสมอ ด้านวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเป้าหมายที่ยอมรับ ตามลำดับ ส่วนการทำงานเป็นทีม อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการติดต่อสื่อสารที่ดี ด้านบทบาทที่สมดุล และ ด้านความสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่ม ตามลำดับ การทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรที่สามารถร่วม พยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี คือ การทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี คือ การทบทวนการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านความร่วมมือและความขัดแย้ง ด้านการติดต่อสื่อสารที่ดี และ ด้านภาวะผู้นำที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งปัจจัยทั้ง 5 ด้าน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 72.60

พิสัยพร พวงสวัสดิ์ (2551 : 100) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลชุมแสง อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านจริยธรรม ด้านการบริการที่ดี ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ และด้านการพัฒนาตนเอง ตามลำดับ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานพบว่าจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีไม่เพียงพอในการรับผิดชอบต่อครัวเรือน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยคิดว่าการทำงานเป็นทีมน่าจะส่งผลในทางบวกต่อประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

6. ปัจจัยด้านการประสานงาน

6.1 ความหมายของการประสานงาน

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2544 : 24) ได้ให้ความหมายของ การประสานงาน หมายถึง กระบวนการหนึ่งในการบริหารงานองค์การ โดยมีบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป หรือ องค์การตั้งแต่ 2 องค์การขึ้นไป ได้มาปฏิบัติงานร่วมกัน จัดกลไกการบริหารงาน ในองค์การ โดยการผสมผสานความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ทุน วัตถุประสงค์ เวลา และทิศทางการบริหาร เป็น แนวตั้งและแนวนอน ทั้งนี้ จะช่วยให้องค์การมีระเบียบการทำงาน เพื่อให้ส่วนต่าง ๆ ได้ร่วมมือ ปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาการทำงานที่ซ้ำซ้อน ลดความขัดแย้งในการทำงาน และเพื่อความ สะดวกรวดเร็วในการทำงาน ให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ

ชุตินา สมประสงค์ (2547 : 20) ได้กล่าวถึง การประสานงาน หมายถึง การที่ บุคลากรขององค์การได้ร่วมมือร่วมใจในการจัดระเบียบวิธีการทำงาน และจัดกลไกต่าง ๆ ของ องค์การและทรัพยากรการบริหาร เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกันสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์และนโยบายขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพ

สมิต สัชฎกร (2550 : 14) ในหนังสือ เรื่อง “เทคนิคการประสานงาน” กล่าว ว่า การประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการทำงานเพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว ไม่ทำให้งานซ้อนกัน ขัดแย้งกันหรือหล่อมล้ำกัน ทั้งนี้ เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนโยบายขององค์การนั้นอย่าง สมานฉันท์และมีประสิทธิภาพ

สรุป จากการศึกษาความหมายของการประสานงานข้างต้น นักวิชาการทั้งหลายได้ ให้ความหมายของการประสานงานว่า การประสานงาน หมายถึงการที่บุคคลหรือหน่วยงานใน องค์การ ทำงานร่วมกับบุคคลและหน่วยงานอื่นเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันมีลักษณะเป็น กระบวนการที่ต้องกระทำต่อเนื่องและสอดคล้องกัน ไปเพื่อให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ มี การปฏิบัติงานเพื่อลดความขัดแย้ง ลดความซ้ำซ้อนและสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวให้มาก ที่สุด

สรุปว่า การวิจัยครั้งนี้ตั้งความหมายว่าการประสานงานหมายถึง การที่ประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ ความสัมพันธ์ภายในและภายนอก ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่ออย่างมี

ประสิทธิภาพ ลดความขัดแย้ง ลดความซ้ำซ้อนและสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันให้มากที่สุดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านหรือชุมชนของตนเอง

6.2 การจัดการประสานงาน

สัญญาชัย เจริญทอง (2553 : 123) ได้สร้างเครื่องมือจัดการประสานงานด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยกับองค์การบริหารส่วนตำบล โดยวัดปัญหาการประสานงานด้าน ได้แก่ ด้านความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ด้านการปฏิบัติงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนดไว้ ด้านการปฏิบัติงานไม่ซ้ำซ้อนสอดคล้องกัน ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านความรับผิดชอบในงานที่ทำ และด้านการบูรณาการแผนงาน โครงการ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือของสัญญาชัย เจริญทอง (2553 : 123) มาใช้ในการจัดการประสานงานของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert)

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิตติพันธ์ รักใคร่ (2553 : 106) ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านการประสานงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า (1)ปัญหาการบริหารจัดการที่สำคัญคือกรมควบคุมโรคขาดการกำหนดและมอบหมายอำนาจหน้าที่ด้านการประสานงานให้ผู้บริหารให้ชัดเจน(2)แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการที่สำคัญคือกรมควบคุมโรคควรกำหนดและมอบหมายอำนาจหน้าที่ด้านการประสานงานของผู้บริหารให้ชัดเจนรวมทั้งควรแบ่งอำนาจให้แก่ผู้ได้บังคับบัญชาเพิ่มมากขึ้นแล(3)ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญทำให้แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการประสานงานของกรมควบคุมโรคควรประสบความสำเร็จที่สำคัญคือกรมควบคุมโรคควรกำหนดมาตรการติดตามและตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณด้านการประสานงานของผู้บริหารอย่างรัดกุม

สัญญาชัย เจริญทอง (2553 : 111) ได้ศึกษาการประสานงานด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยกับองค์การบริหารส่วนตำบล ตรีศึกษา อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า สถานีนามัยและองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ มีการติดต่อประสานงานกันโดยเน้นโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินตามแผนพัฒนาตำบลเป็นหลัก มีการร่วมประชุมแก้ไขปัญหาให้มีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีและรู้จักป้องกันโรคติดต่อให้กับตัวเองและบุคคลในครอบครัว การติดต่อประสานงานระหว่างสถานอนามัยและองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมีการจัดระเบียบวิธีการทำงาน โดยยึดหลักธรรมาภิบาลในการประสานงาน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยคิดว่าการประสานงานน่าจะมีส่งผลในทางบวกต่อประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดังกล่าวมาแล้วข้างต้น มีจำนวน 6 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาท ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม และปัจจัยด้านการประสานงาน พบว่าตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาท ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ส่วนตัวแปรคั่นกลางหรือปัจจัยเชิงเหตุและผล คือ ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม และปัจจัยด้านการประสานงาน

ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยอาศัยหลักการเหตุผลสัมพันธ์ลำดับการเกิดก่อนหลังของปัจจัยลักษณะการส่งผลโดยตรงและโดยอ้อม ดังแสดงในแผนภาพประกอบที่ 3

ตัวแปรอิสระ



สาเหตุ

ตัวแปรคั่นกลาง



ผล

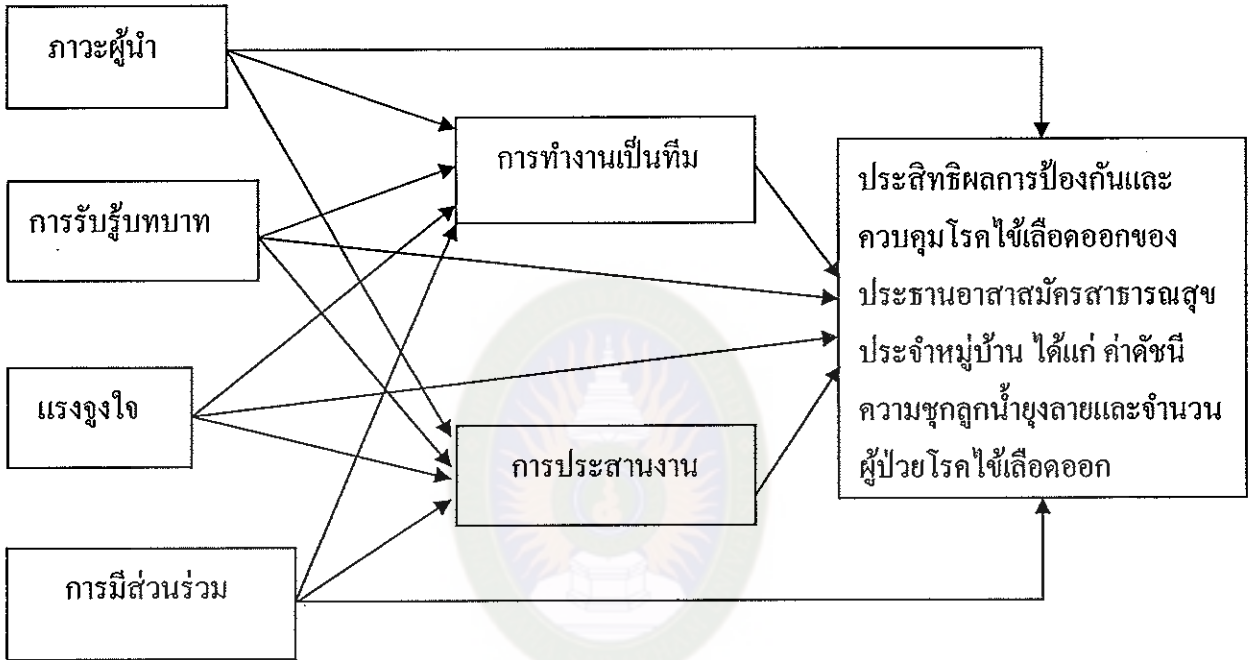


สาเหตุ

ตัวแปรตาม



ผล



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
 RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย