

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงของอาสาสมัครสาธารณสุข
แรงงานข้ามชาติในพื้นที่ชายแดนจังหวัดตาก ได้นำแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
มาศึกษา เพื่อประมวลและกำหนดกรอบแนวคิดการศึกษา ตามลำดับดังนี้

1. การโยกย้ายถิ่นฐานและแรงงานข้ามชาติ
2. การป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง
3. แนวคิดทฤษฎีสักยภาพ
4. การสาธารณสุขมูลฐาน

การโยกย้ายถิ่นฐานและแรงงานข้ามชาติ

การโยกย้ายถิ่นฐานประกอบด้วย การโยกย้ายภายในประเทศของตนและการโยกย้าย
ระหว่างประเทศ ในที่นี้ขอกกล่าวถึงประเด็นการโยกย้ายถิ่นฐานระหว่างประเทศ ที่ให้ความสำคัญกับ
ประเทศไทย ในประเด็นที่คาบเกี่ยวกันหลายด้านทั้งการโยกย้ายถิ่นฐานเพื่อการศึกษา เศรษฐกิจ
สังคม และการเมือง ฉะนั้นเพื่อความเข้าใจตรงกันจึงขอกกล่าวถึงความสำคัญเฉพาะส่วนของบุคคลที่
เดินทางระหว่างประเทศเพื่อค้าแรงงาน แรงงานต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติเท่านั้น

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน (2553) ได้ให้
ความหมายของคำที่เกี่ยวข้อง และน่าสนใจไว้ดังนี้

คนต่างด้าว หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

ทำงาน หมายถึง การทำงานโดยใช้กำลังกายหรือความรู้ด้วยประสงค์ค่าจ้าง หรือประโยชน์
อื่นใดหรือไม่ก็ตาม

ใบอนุญาต หมายถึง ใบอนุญาตทำงาน

ผู้รับใบอนุญาต หมายถึง คนต่างด้าวซึ่งได้รับใบอนุญาต

ลูกจ้าง หมายถึงผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 9 มาตรา 11 มาตรา 13 (1) และ (2) และมาตรา 14 ให้ทำงานที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออกตามความในมาตรา 15 (เป็นลูกจ้างที่ต้องส่งเงินเข้ากองทุนเพื่อเป็นประกันค่าใช้จ่ายในการส่งลูกจ้างกลับออกไปนอกราชอาณาจักร)

ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 9 คือ คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง จำแนกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ประเภททั่วไป หมายถึง คนต่างด้าวที่เป็นแรงงานที่มีทักษะและทำงานอยู่ในตำแหน่งค่อนข้างสูง หรืออาจ ถูกส่งมาจากบริษัทแม่ในต่างประเทศที่เข้ามาลงทุนในประเทศไทย หรือเข้ามาทำงานชั่วคราวในงานที่ต้องใช้ทักษะ และเทคโนโลยีขั้นสูง เป็นความต้องการผู้ที่มีความสามารถเฉพาะด้าน มีความชำนาญเฉพาะด้าน หรือมีความสามารถ ทางการสื่อสาร (ภาษา) ที่ยังหาคนไทยที่มีความสามารถหรือมีความชำนาญเข้าร่วมงานไม่ได้ หรือเป็นการเข้ามา ทำงานในกิจการที่ตนเองลงทุน หรือกิจการของกลุ่มมรส หรือกิจการที่ร่วมลงทุน เป็นต้น ส่วนใหญ่ทำงานในกิจการ ดังนี้

- 1.1 กิจการที่มีการลงทุนตั้งแต่ 2 ล้านบาทขึ้นไป
- 1.2 กิจการที่มีการลงทุนมากกว่า 30 ล้านบาทขึ้นไป
- 1.3 มูลนิธิ/สมาคม/องค์การเอกชนต่างประเทศ

2. ประเภทเข้ามาทำงานอันจำเป็นเร่งด่วน หมายถึง คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงาน ซึ่งเป็นงานที่ต้องดำเนินการ โดยทันทีทันใด หากไม่เร่งดำเนินการอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อการดำเนินกิจการของบริษัทหรือลูกค้าของบริษัท หรือส่งผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยไม่มีแผนการดำเนินการล่วงหน้ามาก่อน และต้องเข้ามาทำงานนั้น ในระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน

3. ประเภทตลอดชีพ หมายถึง คนต่างด้าวซึ่งได้รับใบอนุญาตทำงานตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ ๓๒๒ ข้อ ๑๐ (๑๐) มีสาระสำคัญว่า “ใบอนุญาตที่ออกให้แก่คนต่างด้าวซึ่งมีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมาย ว่าด้วยคนเข้าเมืองและทำงานอยู่แล้วก่อนวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๑๕ ให้ใช้ได้ตลอดชีวิตของคนต่างด้าวนั้น เว้นแต่คนต่างด้าวจะเปลี่ยนอาชีพใหม่”

4. ประเภทข้อตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงานกับประเทศคู่ภาคี หมายถึง

4.1 พิสูจน์สัญชาติ หมายถึง แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ได้รับการจัดระบบตามยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองทั้งระบบ 7 ยุทธศาสตร์ โดยดำเนินการตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1. การจัดระบบการจ้างแรงงานต่างด้าว หลักการคือ ปรับสถานภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองให้เป็นแรงงานเข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย เปิดโอกาสให้นายจ้างนำแรงงานต่างด้าว มารายงานตัวเพื่อจัดส่งรายชื่อให้ประเทศต้นทางพิสูจน์ และรับรองสถานะ เพื่อปรับเข้าสู่ระบบที่ถูกต้องตามกฎหมายต่อไป โดยมีมติ

คณะรัฐมนตรีผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวระหว่างรอการส่งกลับ อนุญาตให้ทำงานได้ 2 งาน คือ งานกรรมกรและคนรับใช้ในบ้าน มีใบอนุญาตทำงานบัตรสีชมพู และต้องปรับเปลี่ยนสถานะ โดยการพิสูจน์สัญชาติจากเจ้าหน้าที่ประเทศต้นทาง เพื่อรับเอกสารรับรองสถานะ ได้แก่ หนังสือเดินทางชั่วคราว (Temporary Passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity) เป็นต้น และขออนุญาตทำงาน ได้รับใบอนุญาตทำงานเป็นชนิดบัตรสีเขียว

การพิสูจน์สัญชาติแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชาเป็นการดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2550 และวันที่ 9 ธันวาคม 2551 เห็นชอบให้ดำเนินการพิสูจน์สัญชาติแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา โดยกระบวนการพิสูจน์สัญชาติดังกล่าวได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา ภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนราชการ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ “การใช้แรงงานต่างด้าวอย่างถูกกฎหมาย” มียุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ ยุทธศาสตร์การจัดการระบบการจ้างแรงงานต่างด้าวด้วยมีหลักการคือ การปรับสภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองให้เป็นแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย โดยเปิดโอกาสให้นายจ้างนำแรงงานต่างด้าวมารายงานตัว เพื่อจัดส่งรายชื่อให้ประเทศต้นทางมาพิสูจน์และรับรองสถานะเพื่อปรับระบบที่ถูกต้องตามกฎหมายต่อไป

ล่าสุดคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2554 เห็นชอบมาตรการเปิดจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ลักลอบทำงานอยู่ในประเทศไทย ซึ่งมีผู้ประสงค์จะจ้างงานรวมทั้งผู้ติดตามซึ่งเป็นบุตรอายุไม่เกิน 15 ปีโดยผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับไม่เกิน 1 ปี

4.2 แรงงานนำเข้า หมายถึง คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานตามข้อตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงานต่างด้าวระหว่างประเทศไทยกับประเทศคู่ภาคี (MOU) ปัจจุบันทำข้อตกลงกับประเทศ 2 ประเทศ คือ ลาว และกัมพูชา

ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 11 หมายถึง คนต่างด้าวซึ่งยังไม่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งนายจ้างยื่นคำขอรับใบอนุญาตและชำระค่าธรรมเนียมแทน โดยเข้ามาทำงานที่มีทักษะและตำแหน่งค่อนข้างสูง หรืองานที่ต้องใช้ทักษะและเทคโนโลยีชั้นสูง เป็นผู้ที่มีความสามารถหรือความชำนาญเฉพาะด้าน หรือมีความสามารถทางภาษา (ภาษา) ที่ยังหาคนไทยที่มีความสามารถหรือ มีความชำนาญเข้าร่วมงานไม่ได้ เมื่อเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรแล้ว ต้องดำเนินการยื่นขอใบอนุญาตทำงานภายใน 30 วัน

ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 13 (1) และ (2) คือ คนต่างด้าว ต่อไปนี้

1. คนต่างด้าวถูกเนรเทศตามกฎหมายว่าด้วยการเนรเทศ และได้รับการผ่อนผันให้ไปประกอบอาชีพ ณ ที่แห่งใดแทนการเนรเทศหรืออยู่ในระหว่างรอการเนรเทศ

2. เข้ามาหรืออยู่ในราชอาณาจักรโดยไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง แต่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับออกไปนอกราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง

ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 14 คือ คนต่างด้าวซึ่งมีภูมิลำเนา และเป็นคนสัญชาติของประเทศที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย ถ้าได้เข้ามาในราชอาณาจักรโดยมีเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทางตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง อาจได้รับอนุญาตให้ทำงานบางประเภทหรือลักษณะงานในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวในช่วงระยะเวลาหรือตามฤดูกาลที่กำหนดได้ ทั้งนี้ เฉพาะการทำงานภายในท้องที่ที่อยู่ติดกับชายแดนหรือท้องที่ต่อเนื่องกับท้องที่ดังกล่าว

ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 12 คือ คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาทำงานในราชอาณาจักรตามกฎหมายพิเศษ ได้แก่ กฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน และกฎหมายอื่น(พ.ร.บ.การนิคมอุตสาหกรรม เป็นต้น)

คนต่างด้าวประสงค์จะทำงานในประเทศไทย ต้องปฏิบัติดังนี้

1. คนต่างด้าวที่ยังไม่ได้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรประสงค์จะทำงานในประเทศไทย

1.1 ต้องไปติดต่อขอวีซ่า Non-Immigrant B ณ สถานทูตไทยประจำประเทศนั้น ๆ

1.2 กรณีไปขอวีซ่า Non-Immigrant แล้ว สถานทูตไทยต้องการหนังสือรับรองการอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวให้นายจ้างดำเนินการยื่นขออนุญาตทำงานแทนคนต่างด้าว ตามแบบคำขอ ตท.3 พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบแบบตามที่กำหนด ณ สำนักงานของกรมการจัดหางาน ซึ่งสถานประกอบการของนายจ้างนั้นตั้งอยู่

1.2.1 กรุงเทพมหานคร ให้ติดต่อสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน

1.2.2 ต่างจังหวัดติดต่อสำนักงานจัดหางานจังหวัด ซึ่งสถานประกอบการของ นายจ้างนั้นตั้งอยู่

1.3 นำหนังสือแจ้งผลพิจารณาอนุญาตให้เข้ามาทำงานที่นายจ้างส่งให้ไปประกอบการยื่นขอวีซ่า Non-Immigrant B ที่สถานทูตไทยประจำประเทศนั้น ๆ

1.4 เมื่อคนต่างด้าวเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรแล้วต้องไปติดต่อยื่นคำขอรับใบอนุญาตทำงานตาม มาตรา 8 ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร พร้อมทั้งยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้

1.4.1 สำเนา หนังสือเดินทาง หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว โดยถ่ายสำเนาทุกหน้าพร้อมรายการ แสดงการประทับตราให้อยู่ในราชอาณาจักรประเภทคนอยู่ชั่วคราว มิใช่ประเภทนักท่องเที่ยวหรือ ผู้เดินทางผ่าน พร้อมฉบับจริง

1.4.2 หนังสือแจ้งการพิจารณาอนุญาตให้เข้ามาทำงานได้ (ต้นฉบับ)

1.4.3 ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งรับรองว่าผู้ขอไม่มีโรคตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง ซึ่งออกตามความในมาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว

2. คนต่างด้าวที่เข้ามาในราชอาณาจักรแล้ว ประสงค์จะทำงาน ทั้งในกรณีจะขออนุญาตทำงานครั้งแรก หรือ กรณีใบอนุญาตเดิมขาดอายุจึงต้องขอใหม่

2.1 คนต่างด้าวต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1.1 มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมาย ว่าด้วยคนเข้าเมือง (มีหลักฐานในสำคัญถิ่นที่อยู่และใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว) หรือได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว (Non-Immigrant Visa) ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง โดยมีใช้ได้รับอนุญาตให้เข้ามาในฐานะนักท่องเที่ยว (Tourist Visa) หรือผู้เดินทางผ่าน (Transit Visa)

2.1.2 มีความรู้และความสามารถในการทำงานตามที่ขออนุญาต

2.1.3 ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต หรือ มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ ไม่เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อน วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคซิฟิลิสในระยะที่ 3

2.1.4 ไม่เคยต้องโทษจำคุก ในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง หรือกฎหมายว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าวภายในระยะเวลา 1 ปีก่อนวันขอรับใบอนุญาต

2.2 ต้องไปติดต่อยื่นคำขอรับใบอนุญาตทำงานตามแบบคำขอ ตท. 2 พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอตามที่กำหนด ณ สำนักงานของกรมการจัดหางาน ซึ่งสถานประกอบการของนายจ้างนั้นตั้งอยู่

2.2.1 ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ติดต่อสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน

2.2.2 ในต่างจังหวัด ติดต่อสำนักงานจัดหางานจังหวัดซึ่งสถานประกอบการของนายจ้างนั้นตั้งอยู่

ปรีดา รอดนวล (2551) ทำการศึกษาเรื่อง ชีวิตแรงงานข้ามชาติในชุมชนชนบทไทย: กรณีศึกษาแรงงานสัญชาติพม่าในชุมชนตำบลโคกขาม อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาครพบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มาจากประเทศพม่า ประกอบอาชีพด้านการประมงมีทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย ดังนั้นจึงพบปัญหาที่เกิดกับแรงงานข้ามชาติเหล่านี้คือการถูกกดค่าแรง ไม่ได้รับสวัสดิการที่เท่าเทียม นอกจากนั้นยังมักถูกจับปล้นทรัพย์สิน และผู้หญิงมักถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งจากวาจา สายตาไปจนถึงการถูกข่มขืน ส่วนใหญ่มักจะใช้วิธีการดูแลตนเอง มีเพียงส่วนน้อยที่จะ

เข้าแจ้งความกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ นอกจากนั้นทัศนคติของคนไทยในชุมชนต่อแรงงานข้ามชาติยังเป็นด้านลบ มีการยอมรับค่อนข้างน้อย และเป็นสาเหตุของปัญหาต่างๆ ตามมา

सानนท์ สังข์ภาพันธ์ (2550) ได้ศึกษาข้อมูลการมารับบริการของแรงงานต่างด้าวที่โรงพยาบาลแก่ง จังหวัดระยอง พบว่าแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นชาวกัมพูชา มารับการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน โดยโรคติดต่อที่พบมากที่สุดคือโรคอุจจาระร่วง และยังพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของแรงงานต่างด้าวสามารถชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้

สรุปได้ว่าแรงงานต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติที่ทำการศึกษาคั้งนี้ให้ความสำคัญเฉพาะส่วนบุคคลที่เดินทางระหว่างประเทศเพื่อค้าแรงงาน โดยส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ที่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 9 ประเภทข้อตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงานกับประเทศคู่ภาคี เพื่อรอการพิสูจน์สัญชาติ ตามยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองให้เป็นแรงงานเข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย

การป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง

1. ความหมายของโรคอุจจาระร่วง

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามของ อุจจาระร่วง หมายถึงการถ่ายอุจจาระที่มีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ยกเว้น ในทารกที่มีการเปลี่ยนแปลงจากอุจจาระสีเทามาเป็นสีเหลือง (Transitional Stool) ทารกจะถ่ายบ่อยไม่นับเป็นอาการอุจจาระร่วง สำหรับกรณีของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจะเกิดในช่วงระยะเวลาอันสั้นไม่เกิน 7 วัน แต่ถ้ามีอาการเรื้อรังเกินกว่า 2 สัปดาห์ แสดงถึงโรคอุจจาระร่วงเรื้อรัง (WHO, 1987)

2. การจำแนกโรคอุจจาระร่วง (วันดี วราวิทย์ และคณะ, 2541)

โรคอุจจาระร่วงสามารถจำแนกได้หลายประเภท สำหรับประเทศไทยพอจะแบ่งประเภทของโรคอุจจาระร่วงได้ทั้งหมด 3 ประเภทดังนี้

2.1 จำแนกตามระยะเวลาที่มีการแสดงอาการของโรคแบ่งได้เป็น 3 ประเภท

2.1.1 อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) มีอาการแสดงหลายชั่วโมงถึงหลายวันแต่มักจะหายภายใน 7 วัน

2.1.2 อุจจาระร่วงยืดเยื้อ (Persistent diarrhea) มีอาการแสดงนานเกิน 2

สัปดาห์

2.2.3 อุจจาระเรื้อรัง (Chronic diarrhea) มีอาการแสดงนานเกิน 3 สัปดาห์

2.2 จำแนกตามบัตรรายงานโรค (รง.506) จากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศกลุ่มโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย

2.2.1 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)

2.2.2 โรคบิด (Bacillary dysentery, Amoebic dysentery และ Unspecified)

2.2.3 อาหารเป็นพิษ (Food poisoning)

2.2.4 ไข้เอนเทอริค (Typhoid, Paratyphoid และ Enteric ที่ไม่ระบุชนิด)

2.2.5 อหิวาตกโรค (Cholera)

2.3 จำแนกตามพยาธิสภาพของการเกิดโรค โรคอุจจาระร่วงแบ่งได้เป็น 2 ประเภท

2.3.1 Non-Invasive diarrhea หรือ Toxigenic diarrhea หรือ Secretory diarrhea เกิดจากการที่แบคทีเรียสร้างสารพิษ (Toxin) เมื่อเกาะติดผนังลำไส้แล้วสารพิษจะกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในเซลล์ผิวผนังลำไส้ ทำให้เกิดการหลั่งน้ำและเกลือแร่เข้าไปในลำไส้มาก จึงทำให้เกิดอาการถ่ายเป็นน้ำ มีอาการขาดน้ำและเกลือแร่ ตามมา ซึ่งอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ เมื่อนำอุจจาระที่เป็นน้ำมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะไม่พบเม็ดเลือดขาว เชื่อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ Vibrio cholerae 01, Enterotoxigenic E.coli (ETEC), Enteropathogenic E.Coli (EPEC), Staphylococcus aureus, Clostridium perfringens, Vibrio parahaemolyticus, Bacillus cere, Rotavirus, Norwalkvirus, Cryptosporidium spp.

2.3.2 Invasive diarrhea มีการทำลายเยื่อบุลำไส้ ทำให้เกิดการอักเสบและมีการทำลายเซลล์ การหลุดลอกตัวของเซลล์ทำให้เกิดแผลเป็นหย่อมๆ ดังนั้น ลักษณะของอุจจาระจึงมีได้หลายลักษณะคือเป็นน้ำเหลว มีมูกปนเลือดจนถึงเป็นหนอง และเมื่อนำมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดง เชื่อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ Shigella spp., Salmonella spp., Enteroinvasive E.coli (EIEC), Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica, Entamoeba histolytica

3. สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ที่พบบ่อย คือ อุจจาระร่วงจากการติดเชื้อทางเดินอาหารจากเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย

3.1 เชื้อไวรัส เป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงโดยพบว่าไวรัสโรตา (Rotavirus) เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัส ที่พบได้บ่อยในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการ ไข้ อาเจียน ปวดท้องและหรือ น้ำมูกไหล นำมาก่อนต่อมาถ่ายอุจจาระเหลว หรือเป็นน้ำ

3.2 เชื้อแบคทีเรีย ที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ทั้งที่เกิดจากตัวเชื้อและเกิดจากพิษของแบคทีเรีย ได้แก่ เชื้อชิเกลล่า (Shigella) หรือเชื้อบิด บิดไม่มีตัวที่

พบบ่อยในประเทศไทย คือ S.Flexneri และ S.Sonnei พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำใน ระยะแรก ต่อมาเมื่อเชื้อผ่านมาถึงลำไส้ใหญ่จะทำให้ถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือดร่วมกับอาการปวด ท้องและปวดเบ่ง (Tenesmus) ตามมา พบว่าในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี เมื่อติดเชื้อมักจะมีอาการไข้ สูง และอาจมีอาการชักร่วมด้วย และเชื้อแบคทีเรียอื่นๆ ซึ่งพบได้บ่อย ได้แก่ เชื้อคลอเลล่า (Vibrio cholera) เชื้ออีโคไล ชนิด Enterotoxigenic (Enterotoxigenic E.coli) เชื้อซาลโมเนลล่า (Salmonella) และเชื้อสแตฟีโลคอคโคไล (Staphylococcal)

4. การติดต่อของโรคอุจจาระร่วง

เชื้อโรคจะออกจากร่างกายโดยการถ่ายอุจจาระ และอาเจียน กระจายไปยังผู้อื่นผ่านทาง มือที่สกปรก น้ำ อาหาร และนมที่ไม่สะอาด โดยการกินเชื้อโรคเข้าไป (Fecal Oral Route) (สำนัก โรคติดต่อทั่วไป, 2552)

5. แนวทางการรักษาโรคอุจจาระร่วง

5.1 ระยะเริ่มแรกที่มีอาการอุจจาระร่วงหรืออาเจียนเล็กน้อยควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ หรืออาหารเหลวที่มีอยู่ในบ้านมากๆ โดยอาจเป็นน้ำชา น้ำข้าว น้ำแกงจืด น้ำผลไม้ หรือข้าวต้ม และ ให้ดื่มน้ำตาลละลายน้ำตาลเกลือแร่ในสัดส่วนที่ถูกต้อง โดยใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ 1 ชอง ผสมกับน้ำต้ม สุกเย็น 1 ขวด น้ำปลากลม หรือเตรียมสารละลายเกลือแร่เอง โดยการผสมน้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะ เกลือป่นครึ่งช้อนชา ละลายกับน้ำต้มสุกเย็น 1 ขวด น้ำปลากลม และให้ผู้ป่วยดื่มน้อยๆ เพื่อเป็นการ ทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่สูญเสียไปเนื่องจากการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ที่ ผสมแล้วควรดื่มให้หมดภายใน 24 ชั่วโมง การรักษาดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่ถ้า ผู้ป่วยยังถ่ายบ่อย และมีอาการมากขึ้น เช่น อาเจียนมากขึ้น ไข้สูงหรือชัก หรือเกิดอาการขาดน้ำ ควร นำไปตรวจรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านโดยเร็วต่อไป

5.2 เด็กที่ดื่มนมแม่ ให้ดื่มนมแม่ต่อไปร่วมกับป้อนสารละลายน้ำตาลเกลือแร่บ่อย ๆ สำหรับเด็กที่ดื่มนมผง ให้ผสมนมตามปกติ แต่ให้ดื่มเพียงครึ่งเดียวของปริมาณที่เคยดื่มแล้วให้ ดื่มน้ำตาลละลายน้ำตาลเกลือแร่สลับกันไป (ไม่ควรผสมสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ลงในนมผสม)

5.3 เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น โจ๊ก หรือข้าวต้ม ภายใน 4 ชั่วโมง หลังจากดื่มน้ำตาลละลายน้ำตาลเกลือแร่ เพื่อช่วยให้ลำไส้ได้อาหารและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

5.4 หยุดให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เช่น ถ่ายน้อยลงแล้ว เป็นต้น หลังจากนั้นให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย โดยกินครั้งละน้อยๆ และเพิ่มจำนวนมื้อ

5.5 ไม่ควรกินยาเพื่อให้หยุดถ่าย เพราะจะทำให้เชื้อโรครังคองอยู่ในร่างกายซึ่งจะ เป็นอันตรายมากขึ้น

5.6 การใช้ยาปฏิชีวนะ ควรอยู่ในการดูแลของแพทย์ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

6. การป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง

6.1 ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนปรุงอาหาร รับประทานอาหาร หรือก่อนเตรียมนมให้เด็ก และภายหลังจากการเข้าห้องน้ำหรือห้องส้วมทุกครั้ง

6.2 ดื่มน้ำที่สะอาด หรือน้ำดื่มสุก และรับประทานอาหารที่สะอาด และสุกใหม่ๆ ไม่ควรรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ โดยเฉพาะอาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ หรืออาหารที่มีแมลงวันตอม หากต้องการจะเก็บรักษาอาหารที่ปรุงสุกแล้วไว้รับประทานในวันต่อไป ควรใส่ไว้ในภาชนะที่ปิดมิดชิด เก็บไว้ในตู้เย็น และนำมาอุ่นให้ร้อนก่อนรับประทานทุกครั้ง และการเก็บรักษาที่ปรุงสุกแล้ว ควรแยกจากอาหารหรือวัตถุดิบที่ยังไม่ปรุงเพื่อไม่ให้เกิดการปนเปื้อน

6.3 การกำจัดขยะมูลฝอย เศษอาหาร และสิ่งปฏิกูลรอบๆ บริเวณบ้านทุกวันเพื่อมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

6.4 ถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ (ส้วมซึม) ทุกครั้งเพื่อไม่ให้เป็นการแพร่โรคจากผู้ป่วยได้

6.5 สำหรับผู้ประกอบการอาหาร และพนักงานเสิร์ฟอาหาร ควรหมั่นล้างมือก่อนจับต้องอาหารทุกครั้ง ดูแลรักษาความสะอาดภายในครัว และอุปกรณ์เครื่องใช้ในการประกอบอาหาร ตลอดจนกำจัดขยะมูลฝอย เศษอาหารทุกวัน และหากมีอาการอุจจาระร่วงควรหยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะหายหรือตรวจไม่พบเชื้อในอุจจาระ

6.6 ผู้ประกอบการฟาร์มเลี้ยงสัตว์ โรงงานฆ่าสัตว์ จำหน่ายเนื้อสัตว์ รวมไปถึงร้านอาหาร ทุกประเภท ควรดูแลสุขภาพอนามัยของสัตว์เลี้ยงไม่ให้เป็นโรคติดต่อ และหมั่นทำความสะอาดสถานที่ประกอบการ ให้มีการบำบัดหรือกำจัดน้ำเสีย และกำจัดขยะมูลฝอยบริเวณโดยรอบเพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน

6.7 สำหรับผู้ประกอบการรับเหมาก่อสร้าง ควรจัดให้มีน้ำดื่มที่สะอาด มีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีการกำจัดขยะมูลฝอย และน้ำเสียที่เหมาะสมในบริเวณชุมชนก่อสร้างตลอดจนมีการให้สุขศึกษาแก่คนงานในการป้องกันโรค

6.8 แหล่งผลิตหรือจับสัตว์น้ำ ได้แก่ บริเวณสะพานปลา เรือประมง จะต้องมีความสะอาดสิ่งแวดล้อมที่ดี ส้วมถูกสุขลักษณะ น้ำดื่มสะอาด (เช่น น้ำผสมผงคลอรีน 0.2 - 0.5 ส่วนในล้านส่วน) รวมถึงอนามัยส่วนบุคคลของผู้ประกอบการนั้นๆ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ (2541) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมของมารดาชาวพม่าในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี เมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง : กรณีศึกษาชุมชนแออัดชาวพม่าในจังหวัดระนอง พบว่ามารดาชาวพม่าส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงว่าเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ และไม่ร้ายแรง สาเหตุของโรคเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด ส่วนการรักษาที่เหมาะสมมารดาชาวพม่ามีความเชื่อว่า ต้องเป็นวิธีที่ทำให้บุตรหยุดถ่ายโดยเร็วที่สุด ด้านพฤติกรรม การดูแลของมารดาชาวพม่าเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงพบว่า มารดาชาวพม่าร้อยละ 91 ไม่มีความรู้เรื่องอาการขาดน้ำ ส่วนการดูแลด้านการให้การรักษาพบว่า มีมารดาเพียงร้อยละ 24 ที่รักษาด้วยการทดแทนสารน้ำให้แก่บุตร นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาชาวพม่ามีพฤติกรรมในการ ป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อน้อยมาก เห็นได้จากมารดาชาวพม่าส่วนใหญ่ไม่ล้างมือหลังชำระให้บุตร และก่อนเตรียมอาหารหรือป้อนข้าวบุตร

นฤมล รัชตโกมุท (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ผง น้ำตาลเกลือแร่ ของผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร การศึกษาพบว่า ร้อยละ 81 ของผู้เลี้ยงดูเด็กใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่เวลาเด็กมีอาการ อุจจาระร่วง ผู้เลี้ยงดูเด็ก มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ในระดับปานกลาง ปัญหาที่ผู้เลี้ยงดูเด็กที่เคยใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่คือ เด็กไม่ยอมดื่มเป็นเพราะรสชาติของผง น้ำตาลเกลือแร่เมื่อผสมน้ำแล้วไม่ดี

เพ็ชรินทร์ เจียวสิงห์ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค อุจจาระร่วง ของประชาชน ตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีความรู้ใน ระดับดี ด้านสาเหตุและการติดต่อ ร้อยละ 68.0 ด้านอาการและการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 66.8 ด้านการ รักษาโรค ร้อยละ 53.7 และด้านการป้องกันโรค ร้อยละ 29.3 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.0 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีพฤติกรรมการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงในระดับดี ด้านอนามัยพื้นฐาน ร้อยละ 82.7 ด้านการบริโภคอาหาร ร้อยละ 9.0 และ ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 76.1 ผลการศึกษารั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ในด้านการป้องกันโรคและพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่าโรคอุจจาระร่วง หมายถึงการถ่ายอุจจาระที่มีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หากพบอาการของโรคอุจจาระร่วงควรให้การรักษาเบื้องต้นด้วยการให้ผู้ป่วยดื่ม สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ในสัดส่วนที่ถูกต้อง โดยใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ 1 ชอง ผสมกับน้ำดื่มสุกที่ เย็นแล้วในปริมาณที่พอดี และดื่มให้หมดภายใน 24 ชั่วโมง ไม่ควรกินยาเพื่อให้หยุดถ่าย และหาก

อาการไม่ดีขึ้นควรแนะนำให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน การป้องกันและควบคุมโรค อุจจาระร่วง คือล้างมือให้สะอาดและถูกต้องตามขั้นตอนทุกครั้งก่อนปรุงอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร หรือก่อนเตรียมนมให้เด็ก และภายหลังจากการเข้าห้องส้วมหรือล้างก้นเด็กทุกครั้ง ดื่มน้ำที่สะอาด หรือน้ำต้มสุก และรับประทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุกใหม่ๆ ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีการกำจัดขยะมูลฝอย เศษอาหาร และสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

แนวคิดทฤษฎีสักยภาพ

ความหมายของศักยภาพ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (2546: 1095) ได้ให้ความหมายของคำว่า ศักยภาพ คือ ภาวะแฝง อำนาจหรือคุณสมบัติที่มีแฝงอยู่ในสิ่งต่างๆ อาจจะทำให้พัฒนาหรือให้ปรากฏเป็นสิ่งที่ประจักษ์ได้

บรรพต วัจวล (2545: 5) ศักยภาพ หมายถึง ความสามารถที่มีอยู่ในตัวบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ได้แก่ สติปัญญา และอารมณ์ อันพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติหรือดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามแนวปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมายทำให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ทฤษฎีสักยภาพการพัฒนาและการแพร่กระจาย (Development Potential Diffusion Theory) ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีแนวโน้มว่าชุมชนใด จะเป็นชุมชนที่มีความเจริญจะต้องมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดศักยภาพ 6 ประการ ดังนี้

1. ทรัพยากรธรรมชาติ (Natural Resource) มีทรัพยากรมากมายและต้องมีความรู้ในการจัดการดังนี้ ตัวแปรร่วมการอบรมจึงเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย
2. ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource) ประชาชนของชุมชนต้องมีความรู้ทักษะและเทคโนโลยีช่วยทำให้ชุมชนเจริญขึ้น
3. องค์กรทางสังคม (Social Organization) ชุมชนมีองค์กรทางสังคมมากและมีความเข้มแข็งทางโครงสร้าง และการจัดการย่อมมีศักยภาพในการพัฒนาสูงกว่า
4. ภาวะผู้นำ (Social Leadership) ชุมชนใดมีผู้นำย่อมมีศักยภาพสูงกว่า แต่ก็ขึ้นอยู่กับสภาพการปฏิบัติงานของผู้นำว่ามีคุณภาพเพียงใด ในการสร้างกระบวนการการจัดระเบียบสภาพภายในองค์กรของตนเองให้มีแผนการปฏิบัติให้เป็นไปด้วยดี การฝึกอบรมจึงเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย
5. เครือข่ายของนวัตกรรม (Network and Innovation) ชุมชนใดที่มีชาวบ้านติดต่อกับข้าราชการและภายนอกมากย่อมมีศักยภาพในการจัดการมากกว่า

6. การฝึกอบรม (Training) ชุมชนใดมีประชากรมารับการอบรมสูงมากเท่าใดก็ยิ่งให้ชุมชนนั้น มีการพัฒนาสูงกว่าเพราะรู้จักเอาประโยชน์ รู้จักการจัดการมากกว่า

อักษร สวัสดิ์ (2542) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ ว่าหมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการ และกระบวนการต่างๆ รวมถึงแบบกระบวนการ วัตถุประสงค์ด้านความรู้ โดยเน้นเรื่องของการบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ โดยก่อนหน้านั้นในปี ค.ศ. 1965 บลูม และคณะ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ หรือพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ของคน ว่าประกอบด้วยความรู้ตามระดับต่างๆ รวม 6 ระดับ ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับความรู้ขั้นต่ำไปสู่ระดับของความรู้ที่สูงขึ้น และได้แจกแจงรายละเอียดของแต่ละระดับไว้ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำ และการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยู่ยากซับซ้อน และมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2. ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ ความจำ ให้กว้างออกไปอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. การนำไปปรับใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) ในเรื่องใดๆ ที่มีอยู่เดิม ไปแก้ไขปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถ และทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจ และการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อย ที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ เพื่อดูว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้นสามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ หรือส่วนใหญ่ ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งที่กำหนดให้

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินเกี่ยวกับความคิด ค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์

(Criteria) เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ (Characteristics of cognitive domain) ที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ การนำไปปรับใช้ การวิเคราะห์และการสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกันเพื่อทำการประเมินผลสิ่งหนึ่งสิ่งใด

ดังนั้นความรู้คือ สิ่งที่มนุษย์สร้าง ผลิต ความคิด ความเชื่อ ความจริง ความหมาย โดยใช้ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ตรรกะ แสดงผ่านภาษา เครื่องหมาย และสื่อต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปตามผู้สร้าง ผู้ผลิตจะให้ความหมาย

การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน ความหมายและลำดับขั้นการเกิดทักษะ คำว่าทักษะมีความหมายโดยทั่วไปคือ ความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และตอบสนองอย่างรวดเร็ว (ไม่ต้องเสียเวลาวิเคราะห์เป็นเวลานาน) กับปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความรู้และประสบการณ์ เป็นผู้ที่ใช้เวลาน้อยกว่าในการตรวจจับความผิดปกติและหาทางแก้ไข คือผู้ที่มีทักษะสูงกว่าผู้ที่ใช้เวลามากกว่าในการทำอย่างเดียวกัน โดยทั่วไปคนเราจะมีการพัฒนาทักษะโดยอัตโนมัติ หากมีประสบการณ์ที่เพียงพอหรือมีโอกาสในการลองผิดลองถูก แต่การรอให้เกิดทักษะโดยอัตโนมัติดังกล่าว ต้องใช้เวลานานและไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคลเป็นหลัก ดังนั้นความหมายของการพัฒนาทักษะในที่นี้ จึงหมายถึงการให้การศึกษาและฝึกอบรมเพื่อย่นย่อเวลาที่เกิดทักษะ โดยไม่ต้องอาศัยประสบการณ์เพียงอย่างเดียว

สำหรับลำดับขั้นตอนของการพัฒนาทักษะของคนเราเริ่มตั้งแต่ไม่รู้อะไรเลย และไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ มาก่อน จนถึงขั้นที่สามารถสอนผู้อื่นได้ มีดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 : ยังไม่มีทฤษฎีและทักษะ (ยังไม่ผ่านการฝึกอบรมและการปฏิบัติ)

ขั้นที่ 2 : มีเฉพาะทฤษฎี (เริ่มปฏิบัติงาน)

ขั้นที่ 3 : มีทักษะ (ประยุกต์ทฤษฎีเข้ากับการปฏิบัติ)

ขั้นที่ 4 : มีทฤษฎีใหม่ (ทฤษฎีที่ได้จากการปฏิบัติ)

ขั้นที่ 5 : มีทักษะขั้นสูงสามารถสอนผู้อื่นได้ (ประยุกต์ทฤษฎีใหม่เข้ากับทักษะ)

พสุ เดชะรินทร์ (2548) ได้กล่าวถึงแนวทางในการถ่ายทอดความรู้ไว้ในหนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ เมื่อวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2548 โดยอ้างถึงหนังสือ Deep Smart ที่เขียนโดย Dorothy Leonard และ Walter Swap ที่แบ่งขั้นตอนหรือกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ทั้งหมดห้าขั้นตอน เรียงจากบทบาทของผู้รับการถ่ายทอดความรู้จากการรับความรู้ในเชิงรับ แล้วค่อยๆ เข้าสู่การรับความรู้ในเชิงรุก ดังนี้

ขั้นที่ 1 คือ การถ่ายทอดโดยการบรรยายหรือชี้แนะ (Directives/Presentations/Lectures) การถ่ายทอดด้วยวิธีการนี้ผู้เรียนไม่ต้องคิดอะไรมาก เพียงแค่ปฏิบัติตามที่ถูกระบุ

ขั้นที่ 2 คือ การถ่ายทอดผ่านสูตรสำเร็จ (Rules of Thumb) ภายใต้แนวทางนี้ตัวผู้สอนหรือโค้ชจะรวบรวมประสบการณ์ที่ตนเองได้เรียนรู้มา แล้วถ่ายทอดออกมาเป็นแนวทาง ประโยค หรือ ข้อคิดสั้นๆ ที่ถ่ายทอดต่อไปยังคนอื่นกรุ่นหนึ่ง ผู้รับจะต้องไปขยายความต่อและบางทีประโยคเดี๋ยวนั้นก็อาจจะยังไม่ชัดเจนเพียงพอ

ขั้นที่ 3 คือ การถ่ายทอดผ่านทางเรื่องราวหรือนิทาน (Stories with a Moral) ซึ่งถือเป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการถ่ายทอด หรือบอกเล่าประสบการณ์จากกรุ่นหนึ่งไปยังอีกกรุ่นหนึ่ง และทำให้เรื่องราวเหล่านั้นได้ถูกจดจำได้ง่ายขึ้นนักวิทยาศาสตร์ยอมรับว่า มีสาเหตุทางการแพทย์ที่เป็นที่เชื่อถือได้ ว่าสมองคนเราจะรับรู้และจดจำต่อเรื่องราวและนิทานได้ดีกว่าการบอกเล่าธรรมดา

ขั้นที่ 4 คือ การถ่ายทอดผ่านทาง การตั้งคำถาม (Socratic questioning) เป็นแนวทางในการถ่ายทอดความรู้ที่มีมานานตั้งแต่สมัยปราชญ์โบราณอย่าง Socratis และเป็นวิธีที่อาจารย์ทางด้านบริหารธุรกิจหลายท่านใช้ในการสอนกรณีศึกษา นั่นคือให้ผู้สอนจะใช้วิธีตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้เรียนได้คิด และจากการที่ได้คิดนั้นจะทำให้สามารถได้คำตอบนั้นด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยการบอกเล่าจากผู้สอน ซึ่งการตั้งคำถามนั้น จะทำให้ผู้ฟังได้มีการทบทวนในประโยคคำถามเหล่านั้นได้ชัดเจนขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ฟังได้ย้อนกลับมาคิดและทำทลายถึงความเชื่อแต่เดิมของตนเอง

ขั้นที่ 5 คือ การถ่ายทอดความรู้โดยผู้เรียนมีโอกาสเรียนรู้ด้วยตนเอง และมีผู้มีประสบการณ์คอยให้คำแนะนำ (Learning by Doing/Guided Experience) ส่วนใหญ่เป็นการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ที่ผู้เรียนได้มีโอกาสปฏิบัติตามเนื้อหาที่เรียนมา โดยมีอาจารย์หรือวิทยากรเป็นผู้ให้คำแนะนำอยู่ข้างๆ นอกจากนั้นการถ่ายทอดความรู้ด้วยวิธี Guided Experience ยังสามารถแบ่งออกไปได้อีกหลายแบบ ดังนี้

5.1 Guided Observation ที่ผู้รับการถ่ายทอดจะคอยสังเกตในพฤติกรรมและการกระทำของผู้ที่ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ซึ่งวิธีการนี้ก็สอดคล้องกับที่เด็กๆ จะเกิดการเรียนรู้โดยสังเกต จากพฤติกรรมของพ่อแม่

5.2 Guided Problem Solving ที่ทั้งผู้ถ่ายทอดและผู้รับการถ่ายทอดจะมาร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยผู้รับการถ่ายทอดได้มีโอกาสเรียนรู้อย่างใกล้ชิดถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า

5.3 Guided Experimentation ที่เมื่อท่านได้เจอกับสถานการณ์หรือปัญหาแล้ว จะมีผู้ที่มีประสบการณ์คอยให้คำแนะนำหรือช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2542 (2546, หน้า 602) ให้แนวคิดที่เกี่ยวกับบทบาทดังนี้ บทบาท หมายถึง การทำทำตามบท การทำตามบท โดยปริยาย หมายความว่า การทำตามหน้าที่ ที่ได้กำหนดไว้ เช่น บทบาทของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรธิดา

ดูรงค์ จันทน์เอม (2529) แนวความคิดที่เกี่ยวกับบทบาท มีดังนี้ สถานภาพเป็นนามธรรม หมายถึงตำแหน่งแต่ละตำแหน่งจะกำหนดบทบาทไว้อย่างไรบ้าง ฉะนั้นเมื่อมีตำแหน่ง ก็จะต้องมีบทบาทควบคู่กันไปเสมอ คือ เมื่อบุคคลมีตำแหน่งย่อมจะต้องมีสิทธิ และหน้าที่ตามมาเอง บางคนก็ปฏิบัติหน้าที่ได้สมบทบาท บางคนก็ทำไม่ได้ไม่เต็มทีเพราะเกิดขัดแย้งกันในบทบาท ผู้ที่มีตำแหน่ง จะปฏิบัติหน้าที่ได้สมบทบาทหรือไม่ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น บุคลิกภาพของ ผู้ที่สวมบทบาท ลักษณะของสังคม ตลอดจนประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมนั้น

สุภา สกลเงิน (2545) ได้ให้แนวคิดอันเกี่ยวกับบทบาทคือ การแสดงของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้

1. บทบาทที่สังคมคาดหวัง (Role expectation) หมายถึง บทบาทที่สังคมคาดหวัง ให้บุคคลปฏิบัติตามความคาดหวังที่กำหนดโดยสังคมและสถานภาพที่บุคคลนั้นครองอยู่
2. การรับรู้บทบาท (Role conception) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ในบทบาทของตนเองว่า ควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถจะมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตามการรับรู้ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับความต้องการของบุคคลนั่นเอง โดยที่การรับรู้ในบทบาทและความต้องการของบุคคลก็ขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิต และค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น
3. การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role acceptance) จะเกิดขึ้นเมื่อความสอดคล้องของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและบทบาทที่ตนรับอยู่ การยอมรับบทบาท เป็นเรื่องเกี่ยวกับความเข้าใจในบทบาท และการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น เพราะบุคคลจะไม่ได้ยินดียอมรับบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับการคัดเลือกหรือถูกแรงผลักดันจากสังคมให้รับตำแหน่งและมีบทบาทหน้าที่ปฏิบัติตาม เพราะหากบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหายหรือเสียประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขัดแย้งกับความต้องการ หรือค่านิยมของบุคคลนั้น ผู้ครองตำแหน่งอยู่กลับพยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้น ไม่ยอมรับบทบาทนั้น ๆ
4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role performance) เป็นบทบาทของเจ้าของสถานภาพที่แสดงออกจริง (Actual role) ซึ่งอาจเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคม คาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้ และตามความคาดหวังของตนเอง ที่บุคคลใดจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้นๆ ของบุคคลที่ได้ครองตำแหน่งนั้นอยู่เนื่องจากความสอดคล้องกับบทบาทตามความคาดหวังของสังคม และการรับรู้บทบาทของตนเอง

สงวน สุทธิเลิศอรุณ, จำรัส ดั่งสุวรรณ และฐิติพงษ์ ธรรมานุสรณ์ (2522, หน้า 36-40) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทดังนี้ บทบาท หมายถึง การแสดงถึงพฤติกรรมของ บุคคลตามสิทธิและหน้าที่ความรับผิดชอบของสถานภาพ แบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1. บทบาทตามความคาดหวัง (Expected role) เป็นบทบาทที่ต้องแสดงตามความ คาดหวังของผู้อื่น เช่น บทบาทของนักเรียนตามความคาดหวังของครู
2. บทบาทตามลักษณะการรับรู้ (Perceived role) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพ รับรู้ว่าคุณสมควรจะมีบทบาทอย่างไร
3. บทบาทที่แสดงออกจริง (Actual role) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพได้แสดงออกจริง ซึ่งอาจเป็นบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นบทบาทที่ตนเองคาดหวัง หรือ อาจจะไม่เป็นบทบาทตามที่สังคมคาดหวังและตนเองคาดหวัง

สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม (2520) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวข้องกับบทบาทดังนี้ บทบาทมีความหมายใกล้เคียงกับสถานภาพ มากซึ่งบทบาทเป็นสิ่งที่บุคคลในสถานภาพต่าง ๆ พึงกระทำ ก็คือเมื่อสังคมกำหนดสิทธิ และหน้าที่ให้สถานภาพใดอย่างไร และบุคคลในสถานภาพนั้นย่อมจะต้องประพฤติหรือ ปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนดไว้

ณรงค์ เล็งประชา (2541) ได้ให้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบทบาทดังนี้ บทบาท คือพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามสถานภาพ บทบาทเป็นพฤติกรรมที่สังคมกำหนด และคาดหวังให้บุคคลต้องกระทำตามหน้าที่ เมื่อคนเราติดต่อกันสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ย่อมจะต้องแสดงบทบาทหลายบทบาท มากขึ้นตามคู่บท หรือตามสถานภาพอันเกิดจากความสัมพันธ์อื่นๆ และบางครั้งบทบาท ที่เกิดขึ้นอาจเกิดการขัดแย้งกันได้ เมื่อบุคคลได้ดำรงตำแหน่งในสังคม ย่อมจะต้องแสดงบทบาทตามตำแหน่งนั้นๆ สามารถสรุปได้ดังนี้ บทบาทเป็น แบบแผนพฤติกรรม หรือการได้กระทำของบุคคลที่สังคมคาดหวัง หรือกำหนดให้กระทำโดยจะมีความเกี่ยวเนื่องกับอำนาจหน้าที่ และสิทธิซึ่งขึ้นอยู่กับฐานะหรือตำแหน่งทางสังคมของบุคคลนั้นซึ่งจะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ดำรงตำแหน่งนั้นๆ ยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ หากบุคคลที่สังคมคาดหวังนั้นไม่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ตามที่ได้ดำรงตำแหน่งก็จะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม

จิระภา ฉิมสุข (2544) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องศักยภาพของชุมชนในด้านทัศนสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า ศักยภาพของชุมชนในด้านทัศนสาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.3 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ชุมชนมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาทางทัศนสาธารณสุขให้กับสมาชิกในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 77.7 และชุมชนมีความสามารถในการจัดตั้งและจัดการกลุ่มกองทุนทางทัศนสาธารณสุข คิดเป็น ร้อยละเพียง 39.5 เท่านั้น พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพของชุมชนในด้าน ทัศนสาธารณสุข ได้แก่

การได้รับการสนับสนุนจากภายนอกด้านวัสดุ อุปกรณ์ และการบริการ รักษาทางสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในงานพัฒนาของสมาชิกในชุมชน การได้รับการสนับสนุน จากภายนอกด้านข้อมูล ข่าวสารทางสาธารณสุข อายุของชุมชน และภาวะผู้นำของผู้นำในชุมชน

ภูริวัจน์ อินทร์คุ้ม (2544) ทำการศึกษาเรื่องศักยภาพของชุมชนชนบทในการจัดการปัญหา ด้านสุขภาพอนามัย ผลการศึกษาทราบว่า โครงสร้างทางสังคมของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กันใน ระดับครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน องค์กรชุมชน และเครือข่ายการเรียนรู้ทั้งใน และนอกชุมชน มีผลต่อสภาพการจัดการด้านสุขภาพอนามัยของชุมชน ในด้านการช่วยเหลือ เกื้อกูล การดูแลยาม เจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การตัดสินใจ การให้กำลังใจ การรวมกลุ่มเพื่อแก้ปัญหา และการประสาน ความช่วยเหลือจากภายนอกชุมชน เพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของชุมชน ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ คนในชุมชนมีรูปแบบ ความคิด ความเชื่อในการจัดการด้านสุขภาพอนามัยทั้งใน ภาวะปกติ และขณะเจ็บป่วย ชุมชนมีกลไกทางสังคม ได้แก่ ผู้นำ สถาบันหลักในชุมชน องค์กร ชุมชน และภูมิปัญญาชาวบ้าน ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เพราะ ชุมชนมีทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นกลไกทางสังคม ภูมิปัญญาชุมชนที่จะแสดงบทบาทของตนเพื่อ แก้ไขปัญหา

ศิริณี อินทรหนองไผ่ และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาศักยภาพเพื่อการควบคุม และป้องกันโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีพื้นฐาน ของประชากรกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน ผลการวิจัยทำให้ทราบว่ามีการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ปัทมา สุพรรณกุล (2541) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพของมารดาในการใช้ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรม ในจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองหลังได้รับคำแนะนำจาก อสม. ที่ผ่านการอบรมเรื่องการ ใช้ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก มีความรู้ ทักษะคิด และการลงบันทึก สุขภาพบุตร ดีกว่าก่อนได้รับ คำแนะนำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า คำแนะนำของ อสม. ที่ผ่านการอบรมมีผลต่อการ พัฒนาศักยภาพของมารดา ในการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ดังนั้นข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ให้มีการ อบรม อสม. เกี่ยวกับวิธีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในการประชุม ประจำเดือน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้คำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และ เด็ก อย่างถูกต้อง

สมพร ไชยเทพ (2552) ทำการศึกษาเรื่องศักยภาพของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าศักยภาพตามบทบาทหน้าที่โดยรวม อยู่ใน ระดับสูง เมื่อพิจารณาระดับศักยภาพของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายด้านพบว่าประชากรมีศักยภาพ

ตามบทบาทหน้าที่ด้านการให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การเยี่ยมบ้าน และการบันทึกการทำงานอยู่ในระดับสูง ส่วนศักยภาพตามบทบาทหน้าที่ด้านการประสานงานอยู่ในระดับปานกลาง

สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2542) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหา สาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีศักยภาพในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหา สาธารณสุขระดับชุมชนอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหา สาธารณสุขระดับชุมชนมากที่สุด คือ แรงจูงใจในการวางแผนงาน สาธารณสุข รองลงมาคือ การรับรู้บทบาทในการวางแผนงาน สาธารณสุข

เอกสุธี พุทธิมนตรี (2537) ทำการศึกษาวิจัยศักยภาพขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า องค์กรชุมชนบ้านแม่सान้อย เป็นองค์กรชุมชนที่มีศักยภาพในการดำเนินงาน เรื่องโรคเอดส์ในชุมชน เนื่องจากมีองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดความพร้อมในด้านเวลาและจิตใจ คือ เป็นองค์กร ชุมชนที่มีผู้นำที่เข้มแข็ง เสียสละ สนใจปัญหา และต้องการแก้ปัญหาชุมชน รวมทั้งเป็นองค์กรชุมชนที่มีอำนาจเครือข่าย ในชุมชน การได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่า มีประสบการณ์ ในการศึกษาและการพัฒนาในชุมชนดีพอควร และมีระบบเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลและองค์กรทั้งในและนอกชุมชน

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ทำการศึกษารื่องการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่เปลี่ยนแปลง พบว่า อสม. มีความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค อาการโรค และการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนของทักษะการให้คำแนะนำมีค่อนข้างน้อย และมีน้อยในส่วนของการเป็นวิทยากรการอบรมหรือการประชุม ในส่วนของบทบาทงานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุดคือการแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน

สรุปได้ว่าศักยภาพหมายถึง ความสามารถของ อสม. ในการกระทำเพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ด้วยการประเมินทั้งหมด 4 ด้านคือ 1 ด้านความรู้ ที่มุ่งเน้นการประเมินเฉพาะความจำ 2 ทักษะการปฏิบัติ เป็นการประเมินทักษะภายหลังการฝึกอบรมโดยมุ่งเน้นความสามารถในการประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติ 3 การถ่ายทอดความรู้เป็นการประเมินการถ่ายทอดความรู้จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งที่เน้นการถ่ายทอดโดยการบรรยายหรือชี้แนะ และ 4 บทบาท เป็นการทำตามหน้าที่ที่ได้กำหนดโดยสังคมที่ต้องทำหน้าที่นั้นตามความคาดหวังของสังคม

การสาธารณสุขมูลฐาน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้การยอมรับประเทศไทยเป็นประเทศในเครือสมาชิกและยกย่องว่ามีประสิทธิภาพการริเริ่ม ส่งเสริมพัฒนาการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในลักษณะของประชาชนบริการประชาชนที่ไม่หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ (รูปแบบอาสาสมัคร) และนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ การสาธารณสุข คิดค้นพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพในการจัดระบบสาธารณสุขเบื้องต้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีผลการวิจัยที่เกิดจากการทดลองหลายพื้นที่ สรุปเป็นเอกสารสำคัญโดยได้ระบุถึงรูปแบบของการพัฒนาศักยภาพประชาชน และชุมชนให้สามารถจัดการบริหารการสาธารณสุขเบื้องต้นของชุมชนได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นที่มาของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีแนวคิดและกลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดระบบสาธารณสุขเบื้องต้น นำเสนอในเวทีการประชุมร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก และองค์กรยูนิเซฟในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน ณ เมือง อัลมา-อตา สหภาพโซเวียต รัสเซีย เมื่อปี พ.ศ. 2521 เพื่อที่จะยังผลให้ประชาชนในชาติบรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และตามคำประกาศแห่ง อัลมา-อตา นั้น ได้เรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ด้วยเป้าหมายของการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ ในการมีชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2523 เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 “Health For All By the year 2000” และได้มีการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานภายใต้กรอบแนวคิดและหลักการไป กำหนดเป็นนโยบาย จัดให้มีระบบการสนับสนุนจากส่วนกลางลงไปสู่พื้นที่ เพื่อกระทำทุกวิถีทางที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2523 (ปัจจุบันเปลี่ยนมาเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ขึ้นมาทำหน้าที่รับผิดชอบต่อ นโยบายดังกล่าวโดยตรง เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) โดยกำหนดกิจกรรมสำคัญ คือ

1. อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ในการทำหน้าที่เป็นครูฝึกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน
2. อบรมอาสาสมัคร 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสศ.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดเลือกโดยวิธีการทางสังคมมิติ

3. จัดทำแบบเรียนด้วยตนเองของ ผศศ. และ อสม. ครอบคลุมเนื้อหาทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพและได้มอบให้ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ผศศ. และ อสม. ใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานในหมู่บ้าน

4. กำหนดกิจกรรมการบริการด้านการสาธารณสุขมูลฐาน 8 องค์ประกอบในเบื้องต้น (เพิ่มเติมเป็น 14 องค์ประกอบในปัจจุบัน) รวมทั้งการสนับสนุนที่จำเป็นให้ อสม. ไว้บริการประชาชนภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

การกำหนดเป้าหมาย “การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า” ของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักให้บรรลุผล ที่องค์การอนามัยโลกประกาศใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 นั้น เป็นกระบวนการเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในสังคมโดยมีคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และการให้ความสำคัญกับปัจจัยและเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สุขภาพ และพิจารณาเป็นภาพรวมของความคิดและการปฏิบัติ ตลอดจนพัฒนาให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืน แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาก็มีปัญหาอุปสรรคหลายประการที่สำคัญคือ ระบบการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ ที่ยังไม่เอื้อและส่งเสริมการพัฒนาเท่าที่ควร แนวโน้มการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานจึงต้องทำความชัดเจนในเชิงโครงสร้างทั้งระบบการคิด และการปฏิบัติ ผสมผสานกับแนวคิดและกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ ที่เป็นทิศทางใหม่ของการพัฒนาระบบสุขภาพ

สำหรับประเทศไทยนั้นมีการกำหนดกลวิธีและกระบวนการดำเนินงานสาธารณสุข ออกเป็น 4 ช่วงคือ ช่วงที่หนึ่ง เป็นการจัดตั้งโครงสร้างพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ คือ การจัดตั้ง ผศศ./อสม. ขึ้นครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ และการกำหนดกรอบดำเนินงาน เป็น 8 องค์ประกอบ ซึ่งในการดำเนินงานก็ประสบกับปัญหาหลายประการ เช่น ปัญหาระบบราชการ การสั่งการจากเบื้องบน และการเร่งรัดจัดตั้ง ผศศ./อสม. ช่วงที่สอง เป็นช่วงการพัฒนาคุณภาพโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญคือ การจัดตั้งกองทุนประเภทต่างๆ ขึ้นมาในชุมชนเพื่อให้ชาวบ้านสามารถบริหารจัดการกันเองได้ และการใช้กรอบการวางแผนและการดำเนินงานตาม “ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)” ซึ่งการดำเนินงานก็มีปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของประชาชนยังเป็นไปในลักษณะเป็นฝ่ายถูกกระทำ (Passive Participation) ช่วงที่สาม เป็นการจัดตั้ง ศสมช. ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการถอยกลับสู่ภาคสุขภาพที่เป็นการจัดตั้งสถานบริการฯ ในระดับหมู่บ้านทำให้มีผลกระทบต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน กองทุนบัตรสุขภาพ และโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต และช่วงที่สี่ การจัดตั้งชมรม อสม. และการสนับสนุนงบประมาณ 7,500 บาท ให้หมู่บ้านบริหารจัดการกันเอง อาจกล่าวได้ว่าเป็นความพยายาม

พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การสร้างประชาคมสุขภาพให้เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานยังมีปัญหาหลายประการ เช่น กระบวนการดำเนินงานของโครงการดังกล่าวยังต้องพึ่งเจ้าหน้าที่รัฐหน่วยราชการ และขาดความชัดเจน โปร่งใสรวมทั้งมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้องกับ โดยเฉพาะการนำชมรม อสม. เข้าไปเกี่ยวข้องกับการเมืองด้วย (ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และคณะ, 2544)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2549) ได้ทำการศึกษาวิจัยศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง : การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา ในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับกลยุทธ์ศาสตร์การพัฒนา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกมักเป็นผู้ที่ชุมชนเชื่อถือและไว้วางใจว่าจะอุทิศตนให้กับการทำงานเพื่อชุมชน มีความสามารถในการทำงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้นๆ เช่นการรวบรวมข้อมูล การรณรงค์ป้องกันโรค มีฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษาที่ไม่สูงนัก ระบบการสนับสนุนจากนโยบายการกระจายอำนาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่าง อสม. ผู้บริหารท้องถิ่นและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการประสานงานระดับที่สูงกว่าจังหวัดค่อนข้างน้อยมีการพัฒนานวัตกรรมและรูปแบบของอาสาสมัครมากขึ้นจนเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์ (2550) ยังได้กล่าวไว้ในการศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุข : ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป ว่าในระยะหลังการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทำให้ อสต. ต้องเข้ามามีส่วนพัวพันกับการเมืองในลักษณะต่างๆ มากขึ้นสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้รูปแบบเดิมของ อสต. มีข้อจำกัดมากขึ้น

ทวีศิลป์ ไชยบุตร (2550) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร ทราบว่า อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในระดับปานกลาง ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการและการวางแผนเพียงการเข้าร่วมประชุมรับฟังนโยบายเท่านั้น อสม. ส่วนใหญ่เข้าร่วมการประชุมประจำเดือน แต่ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมการให้สูงศึกษาที่ขอกระจายข่าว และปัจจัยสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนจากประชาชน และการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสต. ในกิจกรรมของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมานมิตร พัฒนา (2541) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเป็นผู้นำในการแยกประเภทขยะชุมชน ในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการแยกประเภทขยะชุมชนนั้น ความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะ และทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ อสม. ที่จะสามารถรับบทบาทการเป็นผู้นำในการแยกประเภทขยะชุมชนได้เป็นอย่างดี

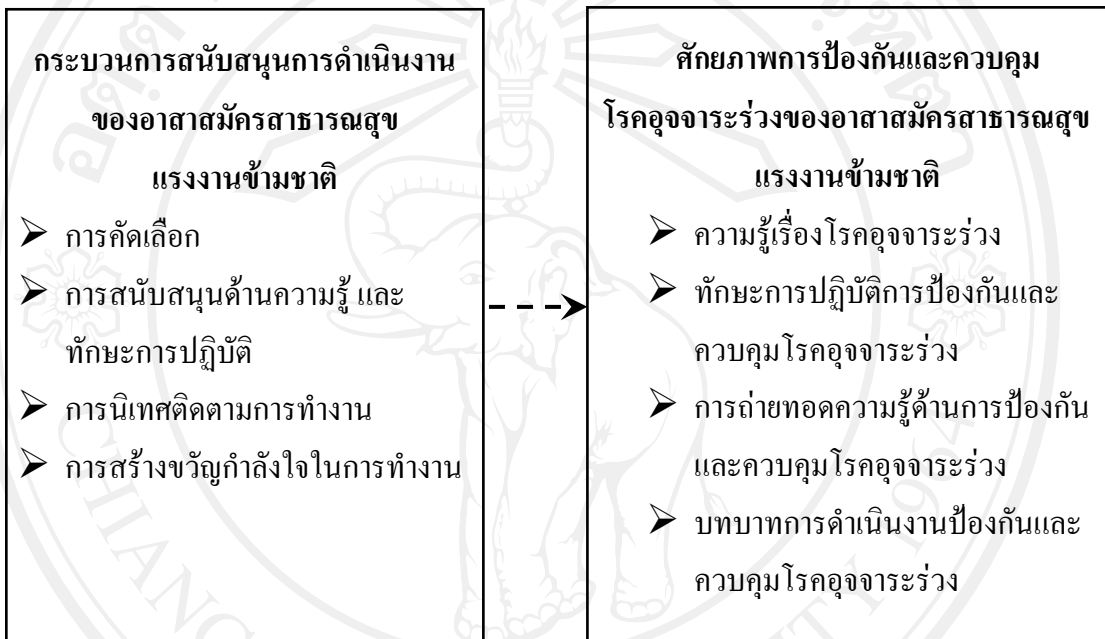
ศุจิตรา อูถาวรยิ่ง (2544) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีความรู้ในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และการสนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนการปฏิบัติงานในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในภาพรวม และรายได้ ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ ด้านความสามารถในการให้บริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการหาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข และการสนับสนุนการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2541) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่า อสม. ได้รับการนิเทศงานร้อยละ 49.3 ได้รับการฝึกอบรมทุกเดือนร้อยละ 60 เคยไปศึกษาดูงานร้อยละ 58.8 ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ครบร้อยละ 88.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนร้อยละ 75.3 โดยภาพรวมความรู้ การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจ การปฏิบัติงาน ของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าด้านข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณอยู่ในระดับมาก ด้านการบริหาร สสมช. อยู่ระดับมาก ด้านเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ อยู่ในระดับมาก ด้านการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่การนิเทศงาน การศึกษาดูงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน การรับรู้บทบาทหน้าที่โดยรวมและแรงจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เป็นที่มาของแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยการผลักดันให้ประชาชนบริการประชาชนด้วยตนเองโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรืออาสาสมัคร เน้นการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน แนวคิดดังกล่าวประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลก และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. จนกระทั่งเป็น อสม. ณ ปัจจุบัน ซึ่งนับได้ว่า อสม. เป็นผู้ที่มีความเสียสละ ชุมชนให้ความเชื่อถือ และมีความรู้ความสามารถ จากแนวคิดดังกล่าวได้นำมาพัฒนา และปรับใช้ในประชากรแรงงานข้ามชาติ เพื่อหวังว่า อสม. จะเข้ามามีบทบาทการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชากรแรงงานข้ามชาติ และเกิดความยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดการศึกษา

จากการศึกษาเอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงของอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ สามารถกำหนดกรอบแนวคิดการศึกษาได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แนวคิดการศึกษาศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงของอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่ชายแดน จังหวัดตาก