

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง จัดอยู่ในกลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลง (Vector borne diseases) โดยมีขลุ่ยลายเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โรคไข้เลือดออกระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ ในปี พ.ศ. 2497 และแพร่ระบาดในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2501 ในระยะ 5 ปี ต่อจากนั้นมาพบมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี และได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะจังหวัดที่เป็นหัวเมืองใหญ่ซึ่งมีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวกเพราะง่ายต่อการย้ายถิ่นของประชากร พบว่ามีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้ ในทุกจังหวัดของประเทศไทย (กองติดต่อโรคทั่วไป, 2536) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ป่วย 40,258, 55,787, 33,719 ราย ตามลำดับ เสียชีวิต 45, 71, 27 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยต่อแสนประชากร คิดเป็น 64.08, 88.5, 53.19 ตามลำดับ อัตราป่วยตายต่อแสนประชากร คิดเป็น 0.11, 0.13 , 0.08 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้ป่วยสะสมตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2553 รวม 75,852 ราย เสียชีวิต 87 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร คิดเป็น 119.4 อัตราป่วยตายต่อแสน คิดเป็น 0.11 (สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง, 2553)

จังหวัดพิจิตรเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง จากรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา 3 ปี ย้อนหลัง ของจังหวัดพิจิตรมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2552 คือ จำนวน 663 ราย, 1,171 ราย และ 605 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยต่อแสนประชากร คิดเป็น 64.12, 161.07, 220.82 ตามลำดับ อัตราป่วยตายต่อแสนประชากร คิดเป็น 0.56, 0, 0.18 ตามลำดับ และอำเภอ ดงเจริญเป็นอำเภอหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง จากสถิติพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยในปีดังกล่าว จำนวน 19 ราย, 30 ราย และ 28 ราย ตามลำดับ คิดเป็น อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 94, 148, 139 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง, 2553) หากพิจารณาจากการระบาดของโรค 3 ปีย้อนหลังดังกล่าว โดยคิด อัตราป่วยต่อแสนประชากรแล้ว พบว่าสูงเกิน 50 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานที่

กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมกับปัญหาเนื่องจาก จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับอำเภอมีจำนวนน้อย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เฉลี่ย 1 คน ต้องรับผิดชอบประชากร จำนวน 721 คน (สรุปผลการดำเนินงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงเจริญ, 2552) ซึ่งส่งผลให้การป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกในชุมชนไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบของต้นทุนทางสังคม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกำลังสำคัญอย่างมากในการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน คู่อับรับผิดชอบประชาชนในละแวก 8 - 15 หลังคาเรือน

ผลกระทบจากการระบาดของโรคไข้เลือดออก พบว่าโรคไข้เลือดออกอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง เช่น จะทำให้เกิดภาวะของระบบการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว เนื่องจากการรั่วของพลาสมา ทำให้เกิดการช็อก เป็นต้น หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจเสียชีวิตภายใน 12 - 24 ชั่วโมง จากการศึกษาของสุจิตรา นิมนานิตย์ (2541) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เป็นภาระของครอบครัว มีผลต่อการเรียน การทำงาน และค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ค่ารักษาพยาบาลและยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆของญาติผู้ป่วย ตลอดจนอาจมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอีกด้วย นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียงบประมาณของประเทศในการณรงค์ควบคุมและป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกประมาณปีละ 50 ล้านบาท สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย นัทรชนาวรี และชุตินา หล่อกิตติวัฒน์ (2544) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการมารับการรักษาพยาบาล โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลศิริราช พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 3,969.39 บาท ต่อราย

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามหาแนวทางแก้ไขอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระยะแรกส่วนใหญ่รัฐเป็นผู้ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ยังไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ จากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการปฏิบัติงาน จากการตั้งรับไปสู่นโยบายเชิงรุก ซึ่งวิธีลดอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลสำเร็จจะต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องยั่งยืน เพราะปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีสาเหตุมาจากวิถีการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อมในชุมชน การควบคุมโรคจะไม่ประสบความสำเร็จหากการดำเนินการต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ของรัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยเจ้าหน้าที่มีบทบาทช่วยสนับสนุน กระตุ้น และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (สิวิกา แสงธราทิพย์, 2542) สอดคล้องกับหลักการที่

สำคัญที่สุดประการหนึ่งของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้มีการมุ่งเน้นการสาธารณสุขมูลฐานคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญได้แก่ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ, 2550)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานด้านสุขภาพในชุมชน เป็นประชาชนในหมู่บ้านหรือในชุมชนที่อยากให้ชุมชนตนเองมีความก้าวหน้า มีความรู้สึกเป็นคนหนึ่งในชุมชนที่มีความสำคัญมากต่อการที่จะพัฒนาให้ชุมชนเข้มแข็ง และได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในระบบสังคม เป็นผู้ที่เสียสละเวลา ความคิด เงินทอง และร่างกายต่างๆ เพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขทั้งการพึ่งตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน อสม.จึงเป็นตัวกลางของการเปลี่ยนแปลง (change agent) ของประชาชนในด้านสุขภาพและเป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนในหมู่บ้าน ดังนั้นบทบาทของอสม.ในการ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชีวีบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ของประชาชน ดำรงเป็นตัวอย่างที่ดี” จึงเป็นบทบาทที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527) ปัจจุบันมี อสม. จำนวนกว่า 800,000 คน ครอบคลุมอยู่ทุกหมู่บ้าน และชุมชนทั่วประเทศ ถือว่าเป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญของระบบสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน บทบาทของ อสม.ที่ผ่านมาสะท้อนความสำเร็จตามแนวคิดดังกล่าวได้เป็นอย่างดี (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณะ, 2550)

และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.ต้องอาศัยการทำงานด้วยความสมัครใจและความเสียสละเป็นหลัก ซึ่งผลประโยชน์ตอบแทนที่ได้รับและมองเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน ได้แก่ ส่วนลดค่าโดยสารรถไฟ สวัสดิการในการรักษาพยาบาลทั้งครอบครัว การได้รับรางวัลและเข็มเชิดชูเกียรติ การสนับสนุนทุนการศึกษาแก่บุตรของ อสม. การจัดสรรโควตาให้แก่ อสม.และบุตร ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขดีเด่น หรือเป็นกรรมการชมรม อสม. ให้เข้าศึกษาในหลักสูตรของสถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นได้ว่าจากการปฏิบัติงานของ อสม.ในอดีตที่ผ่านมา อาศัยเพียงความเสียสละและความสมัครใจในการดำเนินงานเท่านั้น ผลตอบแทนและสวัสดิการที่ได้รับยังไม่เคยได้รับในลักษณะของค่าตอบแทนเป็นรายเดือน

ใน พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้กำหนดให้มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ อสม. เพื่อช่วยงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานพยาบาลต่างๆ ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อช่วยลดภาระงานเจ้าหน้าที่ที่มีจำนวนไม่เพียงพอ และเป็นการสร้างรายได้ กระตุ้นการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพให้แก่ อสม.ที่ได้ช่วยงานด้านสาธารณสุข โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 13 มกราคม ปี พ.ศ. 2552 เห็นชอบมาตรการส่งเสริม อสม.เชิงรุก ปี พ.ศ. 2552 โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนซึ่ง

ไม่ใช่เงินเดือนให้แก่ อสม. ทั่วประเทศ โดยให้ค่าตอบแทน ในการเรียนรู้ควบคู่ กับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ ในการดูแลผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลในชุมชน ในการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและต่อเนื่องจากโรงพยาบาล การฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการช่วยเหลือผู้ที่ช่วยตนเองไม่ได้ ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี รายละ 600 บาทต่อเดือน เพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพและเป็นค่าชดเชยค่าพาหนะเดินทางและค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่ ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่กำหนดยุทธศาสตร์เชิงรุกด้านสุขภาพ โดยใช้ อสม. เป็นบุคคลสำคัญที่จะต่อสู้กับปัญหาสุขภาพของประชาชนชาวไทย (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ, 2552) ซึ่งก่อนปี พ.ศ. 2552 การทำงานของ อสม. มีการทำงานโดยไม่หวังค่าตอบแทนและสะท้อนความสำเร็จตามแนวคิด การมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เป็นรูปธรรมได้เป็นอย่างดี(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ, 2550) อย่างไรก็ตามขณะนี้การจ่ายตอบแทนแก่ อสม. ได้ดำเนินมาระยะหนึ่งแล้ว และยังไม่มีการศึกษาผลการดำเนินงานของ อสม. หลังได้รับค่าตอบแทนว่าเป็นอย่างไร

อำเภอคงเจริญ จังหวัดพิจิตร มีประชากรทั้งหมด 20,203 คน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 6,035 หลังคาเรือน มี อสม. จำนวน 563 คน ครอบคลุมทั้ง 55 หมู่บ้าน เฉลี่ย อสม. รับผิดชอบหลังคาเรือน คือ 1 คน ต่อ 10 หลังคาเรือน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติทั้งหมด 28 คน เฉลี่ยเจ้าหน้าที่ 1 คน รับผิดชอบประชากร จำนวน 721 คน (สรุปผลการดำเนินงานประจำปี สาธารณสุขอำเภอคงเจริญปี, 2552) หาก อสม. มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพย่อมทำให้งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบรรลุเป้าประสงค์โดยง่าย จากการศึกษาวิจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ของปราโมทย์ เกรียงคันดิวงส์ (2550) พบว่าหน่วยงานสาธารณสุขควรให้ความสนใจและดำเนินการพัฒนา อสม. โดยวิธีการจูงใจต่างๆ ให้มีการปฏิบัติงานและควรสนับสนุนทรัพยากรสาธารณสุขให้เพียงพอในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากนั้นควรมีการศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของ อสม. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนที่ อสม. จะได้รับค่าตอบแทน ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามการมอบหมายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนการดำเนินงานหลังจากได้รับค่าตอบแทนนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการดำเนินงานตามหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ในขอบเขตการปฏิบัติงานแต่ละด้านและต้องจัดทำรายงานเพื่อนำส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการดำเนินงานของ อสม. หลังการได้รับค่าตอบแทนดังกล่าว ยังไม่มีการวิจัย

จากเหตุผลข้างต้น ผู้ศึกษาเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในการติดตามประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขของอสม. จึงมีความสนใจศึกษาถึงผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ก่อนและหลังได้รับคำตอบแทน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนพัฒนาและส่งเสริมการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับคำตอบแทน อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ในด้านการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ด้านการกำจัดยุงลาย ด้านการป้องกันไม่ให้ยุงกัดและด้านอื่นๆ

คำถามการวิจัย

ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในด้านการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ด้านการกำจัดยุงลาย ด้านการป้องกันไม่ให้ยุงกัดและด้านอื่นๆของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการได้รับคำตอบแทน อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตรเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (Comparative descriptive study) รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับคำตอบแทน อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ในระหว่างเดือน มกราคม 2554 ถึง มีนาคม 2554

นียมศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการศึกษา

1. **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ยังคงสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีชื่อในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป

2. **การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ด้านการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย, การกำจัดยุงลายและการป้องกันไม่ให้ยุงกัด ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง

3. **ค่าตอบแทน** หมายถึง ค่าป่วยการที่รัฐบาลตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมให้ ปฏิบัติงานเชิงรุก โดยไม่ถือเป็นเงินเดือน อัตราเดือนละ 600 บาทต่อคน ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2552