

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องบทบาทการป้องกันควบคุมโรคชิกุนกูยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ
สถานีอนามัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอ ดังนี้

1. ความหมาย ทฤษฎี และหลักการของบทบาท
2. บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย
3. ความรู้เรื่องโรคชิกุนกูยา (Chikungunya)
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมาย ทฤษฎี และหลักการของบทบาท

1. ความหมาย

บทบาท (Role) มีผู้ให้ความหมายไว้ในลักษณะต่าง ๆ กันดังนี้

แมคโดนัล และ สเชลเลนเบิร์ก (McDonal and Schellenberg, 1971, P. 4) อ้างใน
ทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 9) ได้กล่าวถึงบทบาทในเชิงพฤติกรรมทางสังคมว่า บทบาท
หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและพฤติกรรมซึ่งสมาชิกในสังคมคาดหวังจะให้บุคคลนั้น
ประพฤติ

กู๊ด (Good, 1973, P.502) อ้างใน ทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 9) อธิบาย
ความหมายของบทบาทไว้ใน 2 ลักษณะด้วยกันคือ

1. ลักษณะที่แสดงออกของบุคคลภายในกลุ่ม
2. รูปแบบของพฤติกรรมที่คาดหวัง ตามตำแหน่งหน้าที่หรือการแสดงออกของ
แต่ละบุคคลตามความมุ่งหวังของสังคม

กัญญา สาธร (2517, หน้า 304) ได้ให้ความหมายของบทบาทไว้ว่าหมายถึงความ
มุ่งหวัง (Expectation) ที่บุคคลในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งควรจะทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่าง
ใดอย่างหนึ่งออกมาในสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง บทบาท (Role) นี้จะมีความคู่กับตำแหน่ง
(Position) ที่บุคคลนั้นดำรงตำแหน่งอยู่

สุพัตรา สุภาพ (2530, หน้า 30) ได้กล่าวว่าบทบาท คือการปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่
ของสถานภาพ (ตำแหน่ง) ซึ่งมนุษย์แต่ละคนจะมีหลายบทบาท และแต่ละบทบาทจะมีความ

สมบูรณ์หรือสมดุลกันพอควร นอกจากนี้ยังได้กล่าวว่า บทบาทจะกำหนดความรับผิดชอบของงานต่าง ๆ ที่ปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

จากความหมายของบทบาทที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่า “บทบาท” หมายถึง การกระทำของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่แสดงออกมาตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย หรือตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งการแสดงออกของบทบาทนั้นจะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ทั้งนี้จะต้องเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับด้วย

2. แนวความคิดของทฤษฎีบทบาท

ความคิดความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท เชื่อว่าบทบาทเป็นแนวความคิดที่สำคัญในวิชาสังคมวิทยา มนุษยวิทยา วัฒนธรรม และจิตวิทยา ซึ่งนักสังคมศาสตร์ได้ให้ความสนใจทำให้แนวความคิดของบทบาทกลายเป็นเครื่องมือเครื่องใช้ในการวิเคราะห์ด้านสังคมศาสตร์มากขึ้น ซึ่ง พาร์สัน (Parson, 1951, P.24) อ้างในทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 10) ได้กล่าวถึงบทบาทว่าเป็นการจัดระเบียบโดยการสร้างและกำหนดการมีส่วนร่วมของบุคคลในกระบวนการที่มีการกระทำร่วมกันซึ่งเป็นการรวบรวมความคาดหวังที่เกี่ยวกับตัวเอง และของบุคคลอื่น ๆ ที่เขามีสัมพันธด้วย ส่วนเครช (Krech, 1962, P.338) อ้างในทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 10) ได้กล่าวไว้ว่า บทบาท จะเป็นแบบแผนของความต้องการเป้าหมาย ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม และการกระทำที่สมาชิกของชุมชนคาดหวังว่าควรเป็นไปตามชนิดของตำแหน่งที่อยู่ ฉะนั้นบทบาทจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานภาพ ซึ่งลินตัน (Linton, 1936, P. 114-115) อ้างใน ทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 10) นักมนุษยวิทยาคนแรกที่เสนอแนวคิดของบทบาทที่น่าเชื่อถือเขา กล่าวว่าสถานภาพคือตำแหน่งที่มีรูปแบบเฉพาะเป็นตำแหน่งสูงสุดของพฤติกรรมในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกันเมื่อเขาได้รับสิทธิและหน้าที่ซึ่งประกอบขึ้นเป็นสถานภาพที่มีประสิทธิภาพ แสดงว่าเขากำลังปฏิบัติบทบาท และเลวินสัน (Levinson) อ้างใน ทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 11) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากลินตัน กล่าวว่าบทบาทจะมีความหมายอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. บทบาทเป็นโครงสร้างที่มีความต้องการ เช่นความต้องการบรรทัดฐาน ความคาดหวังซึ่งสัมพันธ์กับตำแหน่งทางสังคม
2. บทบาทคือ การเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของแนวความคิดที่เขาได้แสดงในองค์กร

3. บทบาทคือการกระทำของสมาชิกที่เป็นปัจเจกบุคคล

นอกจากนี้เขายังได้ตั้งสมมุติฐานว่า บทบาททั้งสามลักษณะนี้มีความสอดคล้องกันมาก และอาจเรียกใหม่ว่าบทบาทที่ต้องการ บทบาทที่เป็นแนวคิด การปฏิบัติตามบทบาท (Brain Morris, 1971, P.394-409) อ้างในทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 11) ซึ่งตามปกติสมาชิกแต่ละคนของสังคม ถ้ามีสถานภาพเดียวกัน เขาจะเรียนรู้บทบาทจากการติดต่อกับคนอื่น ๆ

เดวิส (Davis, 1948, P.90) อ้างในทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 11) นักสังคมวิทยาให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาท โดยการเพิ่มหน้าที่ (Office) เข้าไปว่าบทบาทเป็นพฤติกรรมที่ได้กระทำจริง ๆ และเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ส่วนสถานภาพเป็นการกำหนดพฤติกรรมของเจ้าของตำแหน่ง

อัลพอร์ท (Allport, 1964, P.181-184) อ้างในสมชัย อมรวิณสวดี (2542, หน้า 6) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของบุคคลว่าขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 อย่าง ดังต่อไปนี้

1. ความคาดหวังในบทบาท (Role Expectation) เป็นบทบาทตามความคาดหวังของผู้อื่นหรือเป็นบทบาทที่สถาบัน องค์กร หรือกลุ่มสังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ที่บุคคลนั้นครองตำแหน่งอยู่

2. การรับรู้บทบาท (Role Conception) เป็นการรับรู้บทบาทของตนเองว่าควรจะมีบทบาทอย่างไรและสามารถจะมองเห็นบทบาทของตนเองได้ ตามการรับรู้ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการของบุคคลนั่นเอง โดยการรับรู้ในบทบาทและความต้องการของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิต และค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น

3. การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role acception) จะเกิดขึ้นเมื่อมีความสอดคล้องของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและบทบาทที่ตนเองรับรู้อยู่ การยอมรับบทบาทเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบทบาทและการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้เพราะบุคคลไม่ได้ยินดียอมรับบทบาททุกบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับการคัดเลือกหรือถูกแรงผลักดันจากสังคมได้รับตำแหน่งและมีบทบาทหน้าที่ปฏิบัติก็ตาม เพราะถ้าหากบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหายหรือเสียผลประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขัดแย้งกับความต้องการ (Role conflict) หรือค่านิยมของบุคคลนั้น ผู้ครองตำแหน่งอยู่ก็พยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้น ไม่ยอมรับบทบาทนั้น ๆ

4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role performance) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพจริง (Actual role) ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวังหรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้และตามคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทที่ได้รับได้ดีเพียงใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ซึ่งเนื่องมาจากความสอดคล้องกันของบทบาทตามคาดหวังของสังคมและการรับรู้บทบาทของตนเอง

กรอสส์ เมสัน และเอเชิร์น (Gross Mason & Eachern, 1985, P.11) อ้างในทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 12) ได้พยายามจัดระเบียบให้แก่บทบาท โดยกำหนดความหมายและบทบาทตามหลักเกณฑ์ทางสังคมศาสตร์ ตามความคิดเห็นของพวกเขา โดยแบ่งเป็นสามความหมาย คือ

1. บทบาทเป็นการรวมรูปแบบของวัฒนธรรมที่เป็นบรรทัดฐาน
2. การกำหนดความหมายของบทบาทขึ้นอยู่กับสถานการณ์ โดยอาศัยตำแหน่งทาง

สังคม

3. บทบาทคือการแสดงพฤติกรรมของเจ้าของตำแหน่งทางสังคม

ทศนา บุญทอง (2524, หน้า 95) ได้ให้แนวคิดในเรื่องของมโนทัศน์ของทฤษฎีบทบาทหน้าที่ตามตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งนั้น ได้ถูกคาดหวังจากสังคมรอบด้าน เช่น จากผู้อยู่ในตำแหน่งอื่นรอบตัว (ผู้ร่วมงาน) รวมทั้งตัวเราเองด้วย สิ่งเหล่านี้เกิดจากกระบวนการซึ่งเรียกว่า “กระบวนการทางสังคม” (Socialization) ถ้าความคาดหวังจากทุกฝ่ายไม่ตรงกัน และผู้ครองอยู่ในบทบาทไม่สามารถปรับให้มีความพอดี ก็จะเกิดปัญหาต่อต้านขัดแย้งในบทบาท หรือความล้มเหลวในบทบาทได้และผลที่ตามมาก็คือความล้มเหลวของงาน ดังนั้นการแสดงบทบาทของบุคคลตามตำแหน่งหน้าที่จะเป็นไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัย หลายอย่าง และที่สำคัญได้แก่

1. ความเข้าใจในบทบาทที่ตนต้องแสดงหรือต้องปฏิบัติตาม
2. ประสิทธิภาพของผู้ที่ต้องแสดงบทบาท
3. บุคลิกของผู้แสดงบทบาทนั้น

เมื่อบุคคลดำรงอยู่ในสถานภาพใดสภาพหนึ่ง เขาแสดงบทบาทตามความคาดหวังของบทบาทและการรับรู้ในบทบาทของเขาซึ่ง เกทเซล (Getzels, 1964, P.390-398) อ้างในทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 13) กล่าวว่าความคาดหวังในบทบาทของสถาบัน และความต้องการส่วนบุคคลนั้น จะไม่สอดคล้องกันอย่างสมบูรณ์จึงเกิดคาดหวัง การมีบทบาทที่คลุมเครือไม่ชัดเจนและการไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการส่วนตัวของปัจเจกบุคคลหรือแนวความคิดของบทบาทและความคาดหวังในบทบาทขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับ ทิทยา สุวรรณชฎ (2517, หน้า 129) ที่ว่าบทบาทที่ควรจะเป็นนั้นไม่แน่นอนเสนอว่าจะเหมือนกับพฤติกรรมจริง ๆ เพราะพฤติกรรมจริงนั้นเป็นผลของปฏิริยาของคนที่ครองฐานะตำแหน่งที่มีบทบาทที่ควรจะเป็นบุคลิกภาพของตนเองและบุคลิกภาพของผู้อื่นที่เข้าร่วมกันในพฤติกรรม

ดังนั้น บทบาทของบุคคลจึงต้องมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของโสภา ชูพิกุลชัย และอรทัย ชื่นมนุญย์ (2525, หน้า 129) ที่ได้กล่าวถึงบทบาทว่าทุกตำแหน่ง

หรือชั้นจะถูกสมาชิกในชุมชนคาดหวังไว้ระดับหนึ่งว่า พฤติกรรมของคนที่อยู่ในตำแหน่งหนึ่ง ๆ ควรทำอะไรบ้าง ซึ่งในระบบสังคมหรือองค์กรใด ๆ บุคคลต่างสังเกตบทบาทซึ่งกันและกันและเข้าใจว่าตนเองควรแสดงบทบาทหรือพฤติกรรมอย่างไรในขณะเดียวกันก็คาดหวังว่า บุคคลที่อยู่ในตำแหน่งนั้น ๆ ควรจะแสดงบทบาทหรือพฤติกรรมเช่นไรด้วย

3. บทบาทที่ปฏิบัติจริงและบทบาทที่คาดหวัง

1. บทบาทที่ปฏิบัติจริง บทบาทที่ปฏิบัติจริงตามแนวคิดของ มีด (Mead, 1950, P.270 อ้างใน ถวิล ธาราโกษณ์, 2526, หน้า 42) อธิบายว่า องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติจริงหรือบทบาทที่เป็นจริงนั้นจะต้องประกอบด้วย

1.1 แบบ หรือลักษณะเฉพาะของตนเอง (An identification of self)

1.2 พฤติกรรมในสถานการณ์ที่กำหนดให้ จะต้องพอเหมาะ กับลักษณะเฉพาะของตน (Behavior in given situation appropriate to this identification)

1.2.1 ภูมิหลังของการกระทำที่เกี่ยวข้องกับสิ่งอื่น ๆ จะเป็นตัวช่วยชี้แนวทางในการกระทำที่เกิดขึ้น (A background of related acts by others (Counter roles) which serve as cues to guide specific performance)

1.2.2 ในการแสดงบทบาทนั้น จะต้องมีการประเมินผลด้วยตัวเอง และผู้อื่น (An evaluation by the individual and by others of the role enactment)

การ์ดอน (Gardner, 1963, P.357) อ้างในทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 14) ให้ความเห็นว่าบทบาทที่ปฏิบัติจริง หมายถึงพฤติกรรมที่ แต่ละบุคคลกระทำจริง ๆ ในการตอบสนองต่อข้อกำหนดต่าง ๆ ในตำแหน่งที่เขากำลังครอบครองอยู่ โดยปกติจะมีช่องว่างที่เป็นความแตกต่างระหว่างบุคคลหรือแบบแผนในหน้าที่ของสังคมที่ปฏิบัติต่อ ๆ กันมาซึ่งเกิดจากสิ่งที่บุคคลตั้งขึ้นไว้ และแต่ละคนนำเอาไปใช้ด้วยถึงแม้ว่าภายในกลุ่มเดียวกันก็ตาม การคาดหวังอื่น ๆ ก็ไม่เป็นแบบเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่คาดหวังหรือความเข้มแข็งซึ่งผู้ทำหน้าที่นั้นจะต้องมีในพฤติกรรมเหล่านั้นการทำให้เป็นแบบเดียวกันหมดหรือความเข้มของการคาดหวังแตกต่างกันไปจากกลุ่มและจากบทบาทกับบทบาท (Person, 1968, P.64) อ้างใน ทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 14)

2. บทบาทที่คาดหวัง หมายถึง การคาดหมายสิ่งที่ปรากฏไว้ล่วงหน้า การคาดหวังมี 2 แบบคือสิทธิและหน้าที่ สิทธิคือบทบาทที่คาดหวังซึ่งผู้สวมบทบาทคาดหมายการกระทำบางอย่างจากบุคคลที่ตนจะต้องแสดงตอบ หน้าที่คือบทบาทที่คาดหวัง ซึ่งผู้สวมบทบาทคาดหวังการกระทำบางอย่างต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง (Gardner, 1959, P.226) อ้างในทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 14) แต่ วอลเตอร์ (Walter, 1962, P.218) อ้างใน ทรงธรรม กาญจนพิบูลย์

(2541, หน้า 14) ให้ความเห็นเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวังว่า สมาชิกของสังคมที่ซับซ้อนไม่ใช่จะแสดงบทบาทเพียงอย่างเดียวแต่ละคนขึ้นอยู่กับ การเข้าร่วมปฏิบัติจริง หรือการเข้าร่วมโครงการคาดคะเนในระบบต่าง ๆ ของสังคมและไม่ได้หมายความว่า การแสดงบทบาทต่าง ๆ จะต้องสอดคล้องกันเสมอไป โดยเฉพาะในกลุ่ม ซึ่งเกิดจากการรวมตัวแบบชั่วคราวและไม่ใช่ว่าความสัมพันธ์ส่วนตัว บทบาทที่คาดหวังและการแสดงออก อาจจะแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งแต่ละบุคคลถูกคาดหวังให้กระทำในระบบสังคมนั้น ๆ ซึ่งซีคอร์ด และ แบคค์แมน (Secord & Backman, 1964, P.456) อ้างในทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 14) กล่าวว่าความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับบทบาทประเภทต่าง ๆ ซึ่งแต่ละคนจะคาดหวัง บทบาทแตกต่างกันไป การคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับอายุ เพศ ตำแหน่ง เป็นการคาดหวังเนื่องมาจากวัฒนธรรมทำนองเดียวกับ สทิลล์ (Still, 1968, P. 230-261) อ้างในทรงธรรม

กาญจนพิบูลย์ (2541, หน้า 14) เห็นว่าผู้ได้ตำแหน่งไม่เพียงแต่แสดงพฤติกรรมตามบทบาท ซึ่งสอดคล้องกับการคาดหวังของคนอื่น ๆ ในสังคมทั่วไป การที่จะแสดงบทบาทให้ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทที่คาดหวังกับความต้องการของบุคคลนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับบทบาทเป็นพฤติกรรมที่กล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ปฏิบัติจริงตามหน้าที่ซึ่งได้รับการแต่งตั้ง หรือสังคมยอมรับการแสดงออกของบทบาทจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ด้วยคำว่าบทบาทยังรวมถึงการแสดงออกเป็นคำพูดลักษณะท่าทางการตอบสนองกิริยาอาการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้อื่นทราบว่าตนกำลังทำหน้าที่อะไรด้วย

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย

1. สถานีอนามัย สถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานอยู่ได้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นองค์กรประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

สถานีอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน 5 สาขา ทั้งในและนอกสถานบริการ ได้แก่ 1. การส่งเสริมสุขภาพ 2. การควบคุมและป้องกัน 3. การรักษาพยาบาล 4. การฟื้นฟูและดูแลผู้ป่วยพิการ 5. การสนับสนุนบริการ รวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขและการพัฒนาชุมชน ตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องที่ เช่น เขตชนบท เขตทุรกันดาร เขตชนบทกึ่งเมือง และเขตชานเมือง เป็นต้น

2. ลักษณะของสถานีนามัย สถานีนามัย ได้วิวัฒนาการทั้งด้านโครงสร้างและบริการประชาชนตั้งแต่ ปี 2456 เป็นต้นมา และได้มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จึงได้จัดแบ่งเป็น 2 ลักษณะตามโครงสร้างและระดับขีดความสามารถในการบริการประชาชน

2.1 สถานีนามัยทั่วไป หมายถึง สถานีนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ มีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ทั้งสิ้น 4 งาน ได้แก่ การบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน บริหารงานวิชาการ งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด

2.2 สถานีนามัยขนาดใหญ่ คือ สถานีนามัยทั่วไปซึ่งถูกคัดเลือกให้พัฒนาขึ้นเป็นสถานีนามัยขนาดใหญ่ในโครงการพัฒนาทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย มีบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับสถานีนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางอย่างสูงขึ้น เช่น งานบริการทันตกรรมพื้นฐาน นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เสมือนพี่เลี้ยงสนับสนุนสถานีนามัยทั่วไปที่กำหนดเป็นสถานีนามัยลูกข่ายทั้งในด้านการบริการรับส่งต่อผู้ป่วย การบริหารและวิชาการ

3. หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีนามัย สถานีนามัยมีหน้าที่ และความรับผิดชอบ ตามกรอบอัตรากำลังรอบที่ 3 (พ.ศ.2538-2540) ดังนี้

3.1 งานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 5

สาขา คือ

3.1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการพัฒนาวิถีชีวิตที่เหมาะสม ได้แก่

3.1.1.1 การบริการอนามัยแม่และเด็ก ให้การดูแลแม่ตั้งแต่เริ่มมีครรภ์ ทั่วคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนดูแลเด็ก 0-5 ปี ในด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนดูแลด้านโภชนาการ ทั้งค้นหา เฝ้าระวัง และติดตามทาง โภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ เด็ก 9-5 ปี และเด็กวัยเรียน

3.1.1.2 การบริการวางแผนครอบครัว ให้บริการวางแผนครอบครัวในสถานบริการ ตลอดจนค้นหา ติดตาม และรณรงค์วางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมเป้าหมาย

3.1.1.3 การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน ให้บริการอนามัยเด็กวัยเรียนและ ให้บริการอนามัยโรงเรียน และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน ส่งเสริมสุขภาพเยาวชนนอกระบบโรงเรียน

3.1.1.4 การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายแก่บุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการให้บริการไอโอดีนในพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดสารไอโอดีน

3.1.1.5 การบริการทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนทั่วไปในเขตรับผิดชอบ ให้การสนับสนุนประชาชนและชุมชนในการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัคร

3.1.1.6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ทราบข่าวสารที่ถูกต้อง สามารถเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัยมีคุณภาพได้มาตรฐาน เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายและได้มาตรฐาน ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มคุ้มครอง

3.1.2 ด้านรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้บริการได้ตามสภาพปัญหาของในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ เขตทุรกันดาร เขตชุมชน เขตชุมชนกึ่งเมือง เขตเกษตรกรรม โดยสามารถปฏิบัติการได้ตามกฎเกณฑ์การปฏิบัติงานทั้งในและนอกสถานบริการ มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ตลอดจนรักษาพยาบาลโรคต่าง ๆ ได้ตามเกณฑ์ทั้งโรคทั่วไปและโรคประจำถิ่นดังต่อไปนี้คือ

3.1.2.1 เกณฑ์การปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาล ได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของแต่ละท้องถิ่นทั้งโรคทั่วไป โรคประจำถิ่นโดยสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและคัดกรองผู้ป่วยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ นอกจากนั้นแล้วสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการ โดยจัดระบบ ส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

3.1.2.2 ขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ในการปฐมพยาบาล การชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยศัลยกรรม ด้านสูติกรรม ด้านทันตกรรม เป็นต้น

3.1.2.3 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ตามมาตรฐานที่กระทรวงกำหนดตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือสภาเทศบาลไทยมอบหมายให้ ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2539

3.1.3 ด้านควบคุมและป้องกันโรค ดำเนินการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เพื่อควบคุมและป้องกันทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด ดังต่อไปนี้ คือ

3.1.3.1 การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสมเพื่อลดอัตราความชุกชุมและความรุนแรงของโรค โดยระบบการเฝ้าระวังและการสอบสวน โรคการสร้างความภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชากรเป้าหมาย ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ให้สุขศึกษาและฝึกอบรมต่อประชาชน ครู นักเรียน การรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรคตามลักษณะของกลุ่มโรคซึ่งแบ่งเป็นกลุ่ม ดังต่อไปนี้

3.1.3.1.1 กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนองพยาธิ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก และโรคติดต่อระหว่างสัตว์กับคน

3.1.3.1.2 กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลงหรือยุงเป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง

3.1.3.1.3 กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

3.1.3.1.4 กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรน โปลิโอ บาดทะยัก วัณโรค หัด หัดเยอรมัน และตับอักเสบ

3.1.3.2 การควบคุมและการป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคหรือปัจจัยเสี่ยง การให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไปและโรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรมและอื่น ๆ

3.1.3.3 การอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้การบริการเพื่อการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งมาจากน้ำ อากาศ และสารพิษอื่น ๆ พัฒนามาตรการการให้บริการตามสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ได้แก่

3.1.3.3.1. การจัดหา น้ำสะอาด เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ได้บริโภค น้ำที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค

3.1.3.3.2 งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมและให้บริการประชาชนในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ โดยการสนับสนุนให้มีและใช้ส้วมที่ถูกหลัก สุขาภิบาล ทารป้องกัน กำจัดแมลงพาหะนำโรค การกำจัดน้ำเสียจากบ้านเรือน การกำจัดขยะ การรักษาความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยทุกหลังคาเรือน ตลอดจนการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและสถานประกอบการต่าง ๆ

3.1.3.3.3 งานควบคุมงานคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบและเฝ้าระวังสภาพแวดล้อมได้แก่การปนเปื้อนสารเคมี และเชื้อโรคในแหล่งน้ำสาธารณะสวนใหญ่ ตลอดจนมลพิษในอากาศ

3.1.3.3.4 งานสุขาภิบาลอาหาร ส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ปลูกฝังพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้อง สามารถพิทักษ์ผลประโยชน์และดูแลตนเองได้ รวมทั้งส่งเสริมให้สถานที่ปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารทั้งในชุมชนและโรงเรียนมีการปรับปรุงให้ได้มาตรฐานหรือข้อกำหนดทางสุขาภิบาลอาหาร

3.1.3.4 งานอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้ประกอบอาชีพทุกประเภท ตลอดจนป้องกันและควบคุมโรคและอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ

3.1.3.4.1 งานฟื้นฟูสภาพดูแลผู้ป่วยพิการและเรื้อรัง โดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติหรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยพิการ ในชุมชนรับผิดชอบอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

3.1.3.4.2. ด้านสนับสนุนบริการอื่น ๆ ในการให้สุขศึกษาถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขในเรื่องการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ โดยวิธีการทางสุขศึกษาให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการสาธารณสุขใน และนอกสถานบริการรวมทั้งสถานศึกษา

3.2 งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3.2.1 งานสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และชุมชนโดยการสนับสนุนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ และสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนการให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา

3.2.2 ด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต วินิจฉัยปัญหาชุมชน การจัดทำแผนโดยการประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก ดำเนินการตามแผนพัฒนาชนบทแห่งชาติ ตลอดจนการควบคุมกำกับงานและประเมินผลความสำเร็จของงานเพื่อเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชาติ

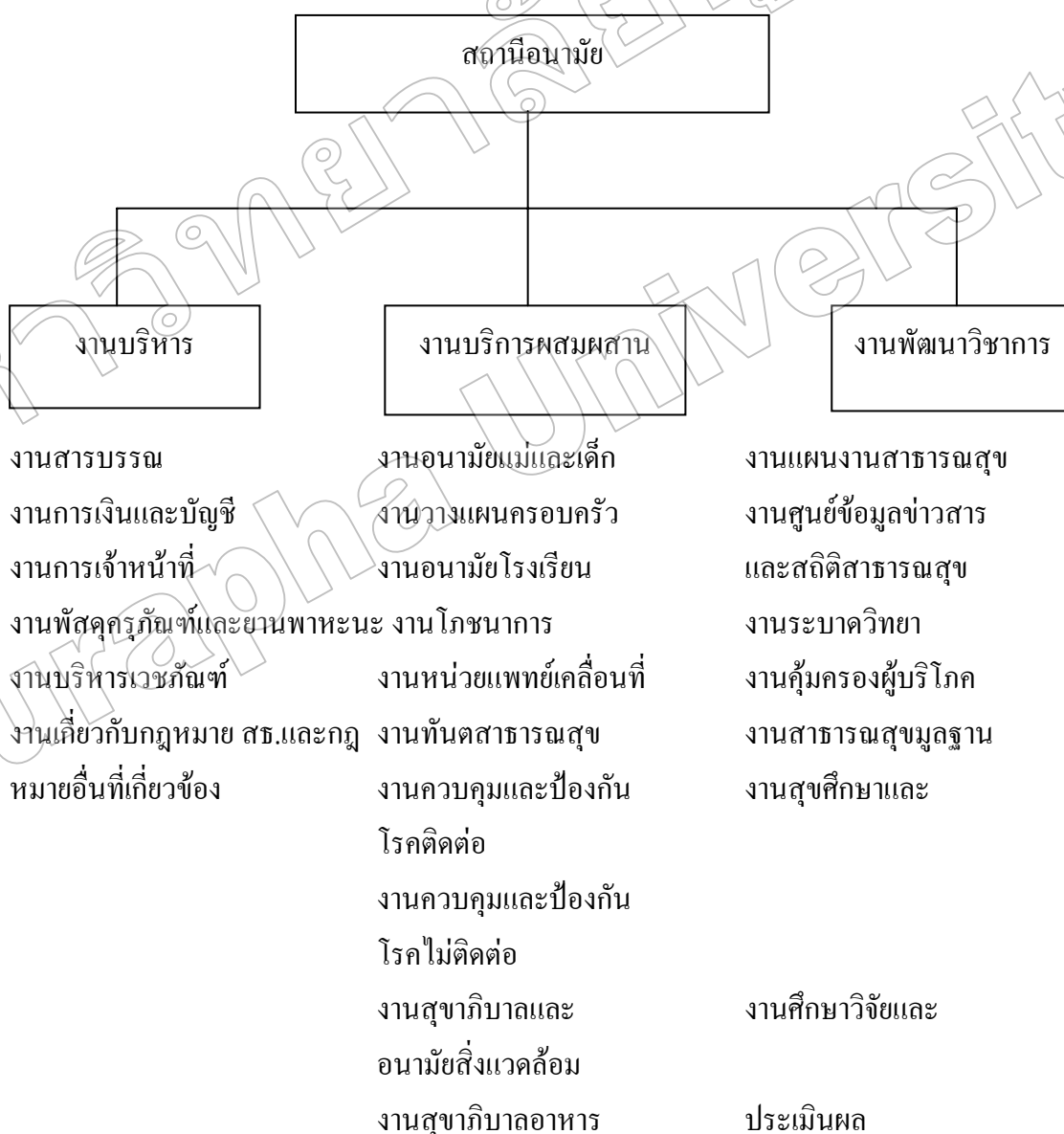
3.3 งานบริหาร

3.3.1 การบริหารงานทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชี การพัสดุ และยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

3.3.2 การวางแผนและประเมินผล วางแผนปฏิบัติการ จัดทำรายการ
ประสานข้อมูลข่าวสารและระบาคติวิทยา

3.3.3 การประสานงานและการประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับหน่วยงาน
6 กระทรวงหลัก องค์กรท้องถิ่นตลอดจนองค์กรเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงานให้เป็น
ที่แพร่หลายในทุกระดับ

3.4 งานวิชาการ ดำเนินการวิจัยเบื้องต้น ให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของ
สถานบริการและสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัย
ต่าง ๆ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)



งานชีวอนามัย

งานสุขภาพจิต

งานรักษาพยาบาล

งานแพทย์แผนไทย

งานโครงการสวัสดิการ

ด้านรักษาพยาบาล

ภาพที่ 2 แผนภูมิแนวทางการแบ่งงานในสถานอนามัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ความรู้เรื่องโรคชิคุนกุนยา (Chikungunya)

โรคชิคุนกุนยา(Chikungunya) เป็นโรคติดเชื้อไวรัส เกิดจากเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (Chikungunya virus) ซึ่งเป็น RNA Virus จัดอยู่ใน Genus alphavirus และ Family togaviridae มี ยุงลาย Aedes aegypti, Aedes albopictus เป็นพาหะนำโรค พบครั้งแรกที่ประเทศแทนซาเนีย ในปี พ.ศ. 2495 ชื่อนี้มาจากภาษา Kimakonde ซึ่งเป็นภาษาท้องถิ่นของทวีปแอฟริกา หมายถึง” เอ็นจนตัว งอ (That which bend up)” (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา, 2552)

ระบาดวิทยา

การติดเชื้อ Chikungunya virus เดิมมีรกรากอยู่ในทวีปแอฟริกา ในประเทศไทยมีการ ตรวจพบครั้งแรกพร้อมกับที่มีไข้เลือดออกระบาด และเป็นครั้งแรกในทวีปเอเชีย เมื่อ พ.ศ. 2501 โดย Prof.W McD Hammon แยกเชื้อชิคุนกุนยา ได้จากผู้ป่วยโรคพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร

ในทวีปแอฟริกา มีหลายประเทศที่พบเชื้อชิคุนกุนยา มีการแพร่เชื้อ 2 วงจร คือ primate cycle (rural type) (คน-ยุง-ลิง) ซึ่งมี Cercopithicus monkeys หรือ Barboon เป็น Amplifier host และอาจทำให้มีผู้ป่วยจากเชื้อนี้ประปราย หรืออาจมีการระบาดเล็ก ๆ (Miniepidemics) ได้เป็นครั้ง คราว เมื่อมีผู้ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันเข้าไปในพื้นที่ที่มีเชื้ออยู่ และคนอาจนำมาสู่ชุมชนเมือง โดยเฉพาะใน พื้นที่ที่มียุงลายชุกชุมมาก ทำให้เกิด Urban cycle (คน-ยุง) โดยยุง Aedes aegypti และ Mansonia africanus เป็นพาหะ

ทวีปเอเชีย การแพร่เชื้อต่างจากในทวีปแอฟริกา การเกิดโรคเป็น Urban cycle จากคนไป ยุง โดยมี Aedes aegypti และ Aedes albopictus เป็นพาหะที่สำคัญ ระบาดวิทยาของโรคมีรูปแบบ คล้ายคลึงกับโรคติดเชื้อที่นำโดย Aedes aegypti อื่น ๆ ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคเป็นไปตามการ แพร่กระจายและความชุกของยุงลาย หลังจากที่เราตรวจพบครั้งแรกในประเทศไทย ก็มีรายงานจาก ประเทศต่าง ๆ ในทวีปเอเชีย ได้แก่ เขมร เวียดนาม พม่า ศรีลังกา อินเดีย อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ โรคนี้จะพบมากในฤดูฝน เมื่อประชากรยุงเพิ่มขึ้นและมีการติดเชื้อในยุงลายมากขึ้น พบโรคนี้ได้ทุก

กลุ่มอายุ ในประเทศไทยพบมีการระบาดของโรคชิคุนกุนยา 6 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2531 ที่จังหวัด สุรินทร์ พ.ศ. 2534 ที่จังหวัดขอนแก่นและปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. 2536 มีการระบาด 3 ครั้ง ที่จังหวัด เลย นครศรีธรรมราช และหนองคาย และมีการระบาดครั้งล่าสุดในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2551 ที่จังหวัดนราธิวาส

ลักษณะอาการ

ระยะการฟักตัวของโรคนี้นี้โดยทั่วไปประมาณ 1-12 วัน แต่ที่พบบ่อยคือ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงอย่างฉับพลัน มีผื่นแดงหนา (Maculopapula rash) ขึ้นตามร่างกาย บริเวณหลัง แขน และขาเห็นชัดเจนที่สุด มีอาการปวดข้อ ซึ่งอาจพบข้ออักเสบได้ ส่วนใหญ่จะปวดที่ข้อ ข้อมือ ข้อเท้า อาการปวดข้อจะพบได้หลายข้อ เปลี่ยนตำแหน่งไปเรื่อย ๆ (Migratory polyarthritits) อาการปวดจะรุนแรงมากขึ้นบางคนปวดจนขยับไม่ได้ อาการจะหายภายใน 1-12 สัปดาห์ ในบางรายอาจปวดข้ออยู่เป็นเดือนหรือเป็นปี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี HLA-B27 ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงถึงช็อก ซึ่งแตกต่างจากโรคไข้เลือดออก อาจพบ Tourniquet test ให้ผลบวกและจุดเลือดออก (Petichiae) บริเวณผิวหนังได้ และในช่วงแรกของการป่วย 3-5 วันแรก จะเป็นระยะแพร่เชื้อ เนื่องจากมีไวรัสในกระแสเลือด จึงควรป้องกันไม่ให้ยุงกัดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดต่อของโรค

การติดต่อของโรค

ประมาณ 3-5 วันแรกที่มีอาการ จะเป็นระยะที่มีเชื้อไวรัสในกระแสเลือด ช่วงนี้จะมีไข้ ต้องระวังไม่ให้ยุงกัด เพราะยุงลายเป็นพาหะนำเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา เมื่อกัดผู้ป่วยแล้วกัดผู้อื่น จึงเป็นสาเหตุในการแพร่สู่ผู้อื่น การเกิดอาการของโรคจะปรากฏหลังจากได้รับเชื้อประมาณ 2-3 วัน

การวินิจฉัย

ในการวินิจฉัยจะตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อโรค ด้วยวิธี Haemagglutination Inhibition (HI) ต้องเจาะ 2 ครั้ง อย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อดูระดับเพิ่มขึ้นของภูมิคุ้มกันอย่างน้อย 4 เท่า เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของภูมิคุ้มกันจะสูงสุดในสัปดาห์ที่ 3-5 หลังจากมีไข้ การส่งตรวจเพียงครั้งเดียว ส่วนใหญ่ระดับจะต่ำจนแปลผลไม่ได้ แต่ถ้าระดับสูงกว่า 1:40 ก็สามารถวินิจฉัยได้

ในระยะที่ผู้ป่วยมีไข้สามารถเจาะเลือดหาเชื้อไวรัสด้วยวิธี Polymerase chain reaction (PCR) ได้ การตรวจเพื่อยืนยันด้วยผลทางน้ำเหลืองดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นการส่งตรวจควรส่งตรวจในกรณีรายแรกในพื้นที่ หรือมีอาการผิดปกติ ควรส่งตรวจไม่เกิน 10 รายต่อหนึ่งอำเภอหรือหนึ่งการระบาด

การรักษา

ผู้ป่วยด้วยโรคชิคุนกุนยามักหายได้เอง ยังไม่มียารักษาเฉพาะและไม่มียาฆ่าเชื้อไวรัส จะรักษาตามอาการ และรักษาแบบประคับประคอง เช่น ให้ยาลดอาการไข้ ปวดข้อ และให้พักผ่อน

ไม่ควรใช้ยาแอสไพริน เพราะในระยะแรกอาจวินิจฉัยแยกโรคจากไข้เลือดออกได้ยาก จึงอาจเป็นอันตราย การรับประทานยาแก้ปวดข้อนั้น ต้องรับประทานหลังอาหารทันที และระวังอาจทำให้เกิดโรคกระเพาะอักเสบหรือติดเชื้อได้ ในกรณีที่มีอาการปวดข้อระยะยาวเป็นเดือน มีรายงานการใช้ Chloroquin วันละ 1 เม็ดรวม จะช่วยให้อาการดีขึ้นได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาล แนะนำให้ใช้ยาทาแก้ปวดข้อ เพื่อไม่ให้ยุ่งยากกับผู้ป่วย และไปแพร่ให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และควรต้องกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์และพ่นทำลายยุงในโรงพยาบาลทุกสัปดาห์

การเฝ้าระวังโรค

1. นิยามในการเฝ้าระวังโรค (Case Definition for Surveillance)

1.1 เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria) มีไข้สูง ร่วมกับ อาการอย่างน้อยสองอาการ ดังนี้ ปวดข้อ ข้อบวม ข้ออักเสบ มีผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ และปวดกระบอกตา

1.2 เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria)

ทั่วไป (Complete Blood Count (CBC) อาจมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดปกติ ซึ่งสามารถแยกจากไข้แดงก็ได้

จำเพาะ ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ (Paired sera) ด้วยวิธี Haemagglutination inhibition (HI) ≥ 4 เท่า หรือ ถ้าน้ำเหลืองเดียวกันนั้น ต้องพบภูมิคุ้มกัน $> 1:1,280$ หรือ ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM โดยวิธี ELISA หรือ ตรวจพบเชื้อได้จากเลือด โดยวิธี PCR หรือการแยกเชื้อ (Culture)

2. ประเภทผู้ป่วย (Case classification)

2.1 ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ไข้ ออกผื่น ปวดข้อ

2.2 ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

มีผลการตรวจเลือดทั่วไป

มีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

2.3 ผู้ป่วยที่ยืนยันผล (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3. การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค รง.506 (Reporting criteria) ให้รายงานผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable case) และผู้ป่วยที่ยืนยันผล (Confirmed case) โดยรายงานในช่องอื่น ๆ ของรายการโรคในบัตรรายงาน 506 (ระบุรหัส 84)

4. การสอบสวนโรค (Epidemiological investigation)

4.1 สอบสวนเฉพาะราย (Individual Case Investigation) เมื่อมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามโรค Chikungunya ให้สอบสวนโรค ยืนยันการวินิจฉัย ค้นหาแหล่งติดเชื้อ และควบคุมโรค

4.2 สอบสวนการระบาด (Outbreak investigation) เมื่อมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามโรค Chikungunya โดยเกิดโรคเป็นกลุ่ม (cluster) ให้สอบสวนโรค ยืนยันการวินิจฉัย/การระบาด หาสาเหตุและระบาดวิทยาของการระบาด และควบคุมโรค

มาตรการการป้องกันและควบคุมโรค

มาตรการต่อโรค การรู้สถานการณ์ในระดับชุมชนให้เร็วที่สุด และการดำเนินการต้องทันทีแม้ว่าเป็นรายสงสัย การวางเครือข่ายในระดับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน ผู้นำศาสนา เป็นผู้สื่อข่าว โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรวบรวมข้อมูล ทำแผนที่รายสัปดาห์ หรือตามสถานการณ์ การตั้ง war room ทำทันทีถึงแม้มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย นอกจากนี้ ขอความร่วมมือจากร้านขายยาและคลินิกเอกชน แจ้งรายงานผู้ป่วยมาที่ผู้เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

มาตรการต่อฝูง ในพื้นที่ประชิดหรือพื้นที่ที่มีประชาชนเดินทางไปติดต่อกับพื้นที่ระบาด ต้องทำเป็นพื้นที่กันล้อมกรอบ โดยช่วยกันรณรงค์ลดความหนาแน่นของฝูงลาย โดยทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ฝูงลาย ทำกิจกรรม Big cleaning day และมีการพ่นทำลายฝูงลายป้องกันล่วงหน้าในพื้นที่ฝูงลายชุกชุมมาก นอกจากนี้ประชาชนต้องป้องกันยุงกัดร่วมด้วย

ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยจะควบคุมสำเร็จหรือไม่อยู่ที่ รู้เร็วเพียงใด ถ้ามีผู้ป่วยแม้ว่า 1 รายให้ดำเนินการรณรงค์ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำฝูงลาย และพ่นเคมีปูพรมทั้งหมู่บ้านทันที

การพ่นสารเคมีในการควบคุมฝูงพาหะ ต้องพ่นอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์

การทำแผนที่ แสดงบ้านผู้ป่วย บ้านที่ได้รับการพ่นหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แล้ว ดูการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ (เกิดขึ้นหลังจากแรกมากกว่า 1 สัปดาห์) ร่วมกับการประเมินผลสำรวจลูกน้ำฝูงลายซ้ำ มีความสำคัญมากในการดูทิศทางแพร่โรค และประเมินผลการควบคุมโรค

มาตรการต่อคน ให้สุศึกษาในกลุ่มที่มีโอกาสเดินทาง เช่น คนไทยที่เดินทางไปมา ประเทศมาเลเซียนักเรียน ตำรวจทหารที่กลับภูมิลำเนา รวมทั้งแรงงานต่างถิ่นที่กลับบ้าน ให้ทราบ อาการของโรค การป้องกันยุงกัด หากมีอาการป่วยอย่างน้อย 5 วันแรกที่มีอาการ ต้องไม่ให้ถูกยุงกัด หรือเดินทางไปอื่น

ให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์อาการไข้ปวดข้อและการติดต่อยุงลายแก่ประชาชน ให้มีการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทั้งในบ้านและนอกบ้าน

การทำงานในสวนหรือบริเวณบ้านต้องป้องกันยุงลายกัด โดยหลีกเลี่ยงการอยู่บริเวณใกล้ ต้นไม้ร่มรื่นมาก ควรอยู่ในบริเวณโล่ง ลมโกรก และสวมเสื้อมีดซิด ทายากันยุง จุดยากันยุง เป็นต้น

การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เพื่อลดการเข้ามาของยุงลายสวนในบ้าน โดยปรับแต่งกิ่งไม้ให้ โปรงและมีช่องว่างแสงส่องหรือช่องลม ระหว่างต้นไม้กับหน้าต่างในบ้าน

มาตรการต่อชุมชน เสนอข้อมูลให้ผู้บริหารขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ตระหนักถึง ความสำคัญและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสนับสนุนงบประมาณในการประชาสัมพันธ์ ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

กระตุ้นในชุมชนมีส่วนร่วมในการรณรงค์ลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรค ในชุมชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค

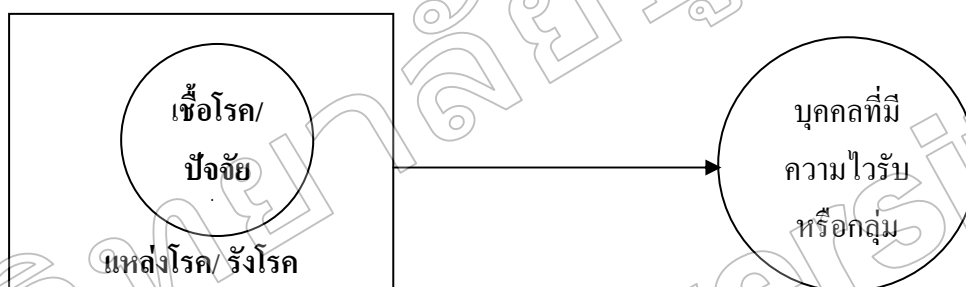
ความหมายของการป้องกันควบคุมโรค

“การป้องกันควบคุมโรค”การดำเนินการต่อกระบวนการเกิดโรคทุกระยะ ตั้งแต่การ ป้องกันไม่ให้มีโรคเกิดขึ้น หรือป้องกันไม่ให้ความรุนแรงในกรณีที่มีโรคเกิดขึ้นแล้ว หรือป้องกัน ไม่ให้พิการทั้งเสียชีวิต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2547)

การป้องกันและควบคุมโรคต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค (Natural history of disease) ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา ได้แก่ โฮสต์ สิ่งแวดล้อม และสิ่งที่ทำให้เกิดโรค การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยสาม ทำให้เกิดภาวะความไม่สมดุล ทำให้เกิดโรคหรือการ ระบาดของโรคเกิดขึ้น ในการป้องกันและควบคุมโรคจะต้องทราบถึงจุดที่จะเข้าดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรค (Point of intervention) และตัดสายใยของการติดต่อ (Chain of transmission)

หลักการป้องกันควบคุมโรค กำหนดกลวิธีหรือกิจกรรมจากหลักการต่อไปนี้

1. กำจัดที่ต้นเหตุ โดยการควบคุมแหล่งโรคไม่ให้แพร่เชื้อรวมถึงกำจัดเชื้อโรคและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย
2. ตัดการถ่ายทอดโรค หรือขัดขวางวิธีการที่เชื้อโรคหรือปัจจัยเสี่ยงจะเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง รวมถึงระงับกระบวนการในการก่อโรคของโรค และควบคุมปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดโรค
3. สร้างเสริมความต้านทานให้กับผู้ที่เสี่ยงต่อโรค รวมถึงการรู้จักป้องกันหรือหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ



กำจัดหรือลดเชื้อโรค,แหล่งโรคหรือปัจจัยเสี่ยง	ตัดการถ่ายทอดโรค หรือระงับกระบวนการก่อโรค	ส่งเสริมให้บุคคลมีความต้านทาน หรือการป้องกันตัว
1. การวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยที่ถูกต้องโดยเร็ว 2. ค้นหาพาหะและผู้ป่วยรายอื่น 3. รักษาหรือกำจัดสัตว์ป่วย 4. แยกกักผู้ป่วยและผู้สงสัยไม่ให้แพร่เชื้อ (Isolation) 5. กักกัน(Quarantine) ผู้ที่อยู่ในระยะฟักตัว จนแน่ใจไม่ป่วย 6. การฆ่าเชื้อโรคในแหล่งโรคภายนอกร่างกาย 7. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง 8. การควบคุมแหล่งกำเนิดปัจจัยเสี่ยง 9. การรายงานผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรค 10. การชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ	1. การจัดหาน้ำสะอาด 2. การจัดสุขาภิบาลอาหารน้ำ 3. การใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ 4. การกำจัดน้ำเสียและขยะ 5. การกำจัดสัตว์และแมลงนำโรค 6. การทำลายเชื้อในอากาศ 7. การจัดบ้านเรือนให้ถูกสุขลักษณะ 8. จำกัดการเคลื่อนย้ายของประชากร 9. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน	1. การให้วัคซีน 2. การให้ยาป้องกัน 3. การส่งเสริมโภชนาการ 4. ส่งเสริมการออกกำลังกาย 5. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 6. การอนามัยแม่และเด็ก 7. การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล 8. การรู้จักหลีกเลี่ยงเหตุอันตราย

ภาพที่ 3 กระบวนการเกิดโรคกับหลักการป้องกันควบคุมโรค (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2547)

ระดับของการป้องกันควบคุมโรค เป็นการใช้ความรู้ด้านธรรมชาติของการเกิดโรคเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกกลวิธีในการป้องกันควบคุมโรคให้เหมาะสม ซึ่งมี 2 แบบ

1. การป้องกันควบคุมโรคระดับบุคคล สำหรับผู้มารับบริการหรือผู้ที่พบขณะเยี่ยมบ้าน
2. การป้องกันควบคุมโรคระดับชุมชน ควรใช้กลวิธีสอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคในพื้นที่

2.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) การป้องกันระดับนี้เป็นการป้องกันในระบะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น โดยการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ทั้งนี้เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการหรืออาการแสดงออกของโรคเกิดขึ้น การป้องกันจะต้องมุ่งไปที่ระยะมีความไวต่อการเกิดโรค (Stage of susceptibility) โดยถือหลักดังนี้

2.1.1 เปลี่ยนความไวต่อการเกิดโรค (Susceptibility) ของประชากร

2.1.2 ลดโอกาสผู้ที่มีความไวในการเกิดโรค (Susceptible individual) จะไปสัมผัสโรค

2.1.3 กำจัดหรือลดสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรค

2.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) การป้องกันระดับนี้เป็นการป้องกันเมื่อโรคได้เกิดขึ้นแล้ว เพื่อที่จะลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรค หยุดยั้งการดำเนินการของโรค ลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและลดระยะเวลาการติดต่อของโรค ซึ่งประกอบด้วย

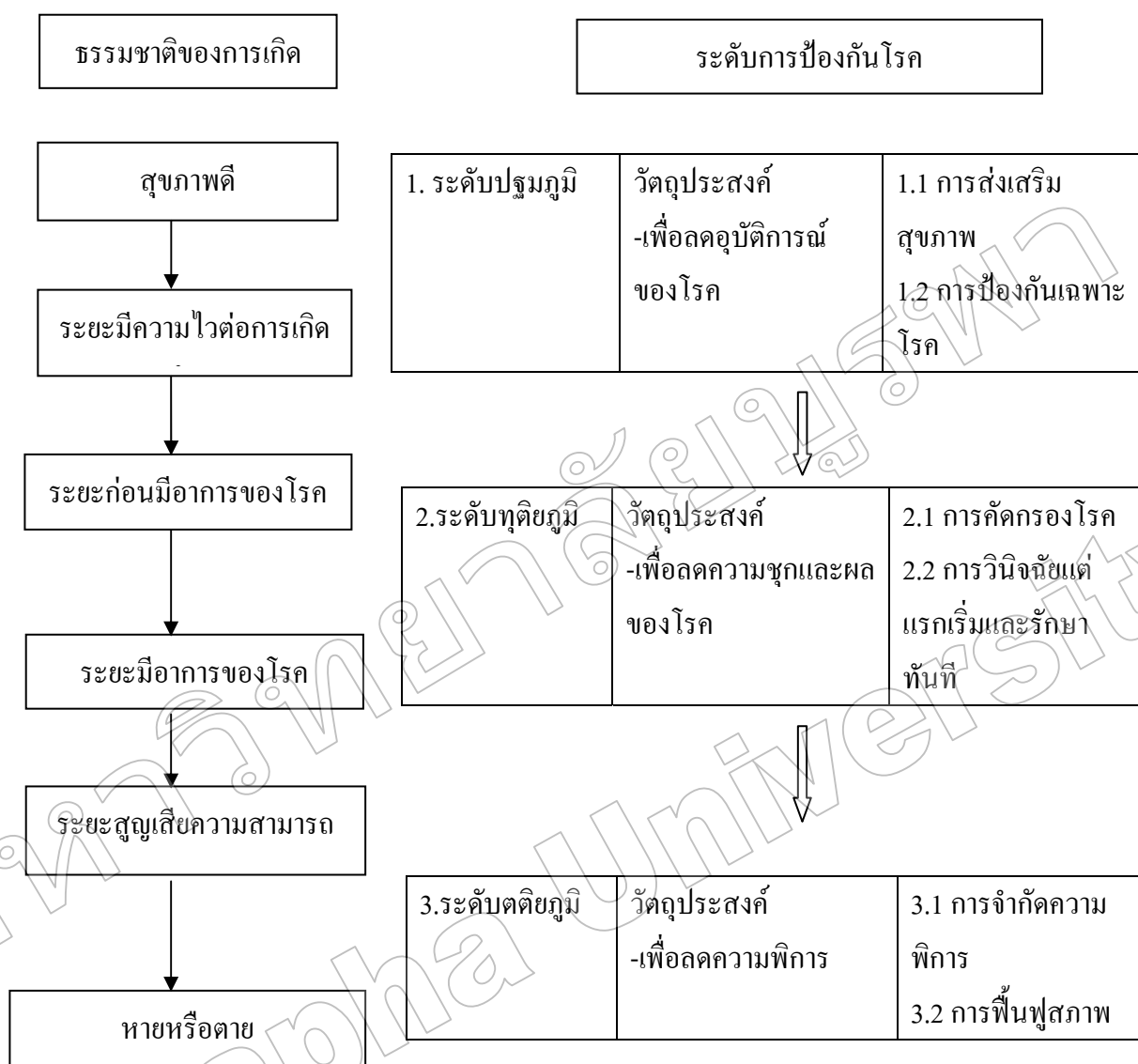
2.2.1 การค้นหาผู้ป่วยในระบะที่ยังไม่มีอาการ (Early detection of asymptomatic cases)

2.2.3 การวินิจฉัยผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเมื่อพบมีอาการ (Early diagnosis of asymptomatic cases)

2.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) การป้องกันในระบะนี้เป็นการป้องกันในระบะที่มีความพิการหรือป่วยมาก (Stage of disability of advanced disease) เป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความพิการของโรคตลอดจนผลเสียต่าง ๆ ประกอบด้วย

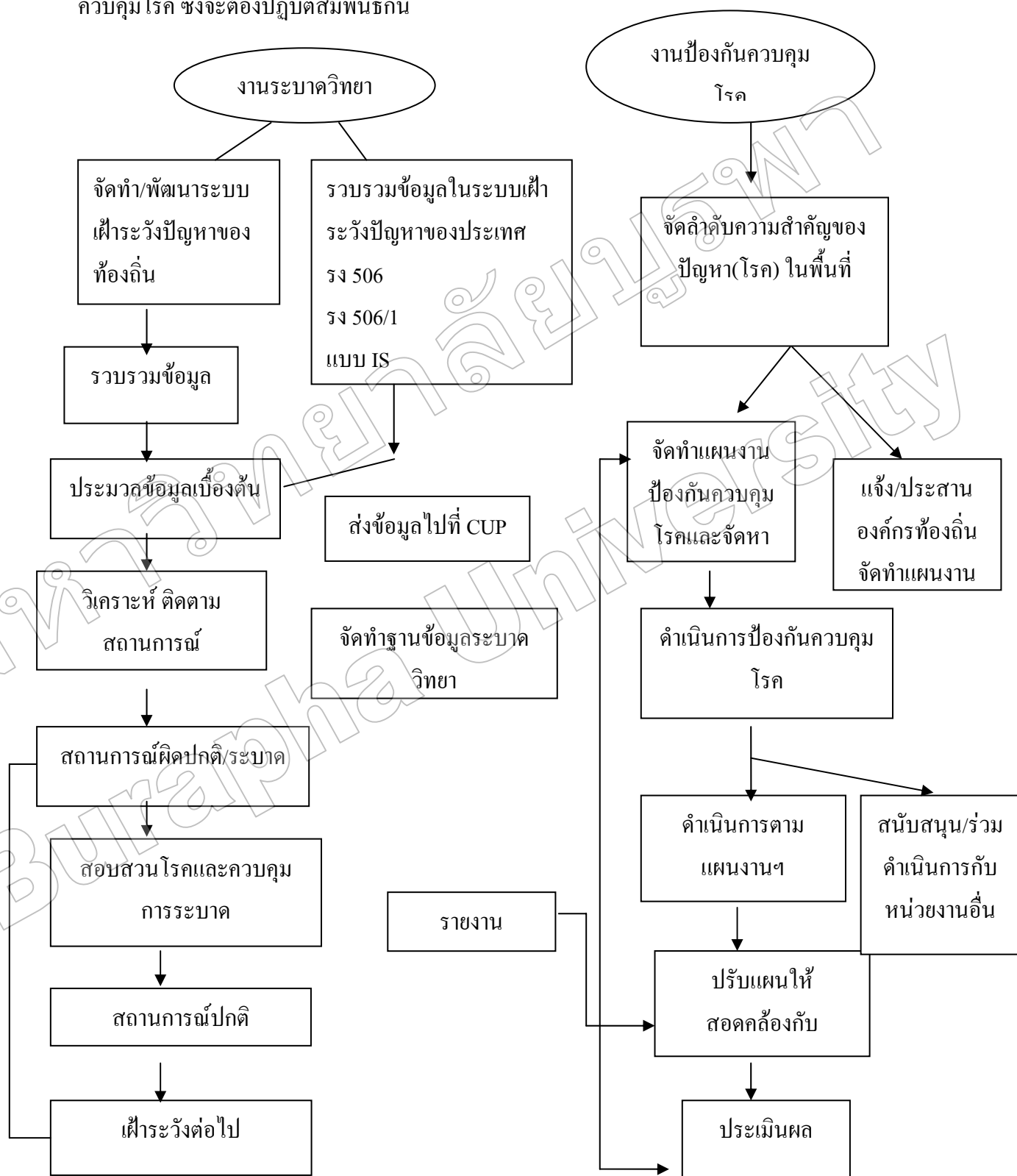
2.3.1 การกำจัดความพิการ ซึ่งทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับการรักษาที่ถูกต้อง

2.3.2 การฟื้นฟูสุขภาพ



ภาพที่ 4 ธรรมชาติของการเกิดโรคกับระดับการป้องกันโรค (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2547)

การป้องกันควบคุมโรค ประกอบด้วยงานหลัก 2 งาน คืองานระบาดวิทยากับงานป้องกัน
ควบคุมโรค ซึ่งจะต้องปฏิบัติสัมพันธ์กัน



ภาพที่ 5 กระบวนการป้องกันควบคุมโรค (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2547)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทรงธรรม กาญจนพิบูลย์ (2541) ได้ศึกษาบทบาทของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษาในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษา มีความคิดเห็นบทบาทที่ปฏิบัติจริงและบทบาทที่คาดหวังของผู้บริหารสถานศึกษาในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นรายด้าน จำแนกตามอายุ ด้านการประชาสัมพันธ์เรื่องสิ่งแวดล้อม ต่อชุมชน ผู้บริหารที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีบทบาทที่ได้ปฏิบัติจริงสูงกว่าผู้บริหารสถานศึกษาที่มีอายุ 50 ปี และต่ำกว่า 50 ปี

กัญญา นาสิงขันธ์ (2550) ได้ศึกษาบทบาทกำนันผู้ใหญ่บ้านที่ปฏิบัติจริงกับบทบาทที่ควรจะเป็น กรณีศึกษาในเขตพื้นที่ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่าบทบาทที่ปฏิบัติจริงโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และบทบาทที่ควรจะเป็น โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบบทบาทที่ปฏิบัติจริงกับบทบาทที่ควรจะเป็นพบว่าแตกต่างกัน

สัมฤทธิ์ ใจสุทธี (2543) ได้ศึกษาบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวัง การดำเนินกิจกรรมการนิเทศภายในของผู้บริหาร โรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดจันทบุรี พบว่าระดับบทบาทที่เป็นจริงในการดำเนินกิจกรรมการนิเทศภายในของผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดจันทบุรี ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนบทบาทที่คาดหวังโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ปกครอง รัตนชุม (2538) ได้ศึกษาบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังในการนิเทศภายในของผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้บริหารในโรงเรียน พบว่าบทบาทการปฏิบัติงานที่คาดหวังในการนิเทศของผู้บริหารโรงเรียนสูงกว่าการปฏิบัติงานนิเทศที่เป็นจริง

ชุมยยะห์ สาและ (2550) ได้ศึกษาบทบาทที่เป็นจริงในการจัดการเรียนการสอนของวิทยากรอิสลามศึกษา ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือวิทยากรอิสลามศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดยะลา ปีการศึกษา 2550 พบว่าบทบาทการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เป็นจริงของของวิทยากรอิสลามศึกษา ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดยะลา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าอยู่ในระดับมาก 7 รายการ และอยู่ในระดับปานกลาง 8 ข้อ เมื่อเปรียบเทียบบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังในการจัดการเรียนการสอนที่มีอายุ เพศ พบว่าวิทยากรอิสลามศึกษาเพศชายกับเพศหญิงมีบทบาทที่เป็นจริงและคาดหวังในการจัดการเรียนการสอน ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดยะลา ไม่แตกต่างกัน และพบว่าวิทยากรอิสลามศึกษา ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดยะลา ที่มีอายุต่างกันมีบทบาท

ที่เป็นจริงและคาดหวังในการจัดการเรียนการสอน ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดยะลา ไม่แตกต่างกัน

ชีวบุรณ์ วิริยะพงษ์ (2545) ได้ศึกษาบทบาทการนิเทศการศึกษาที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังของศึกษานิเทศก์อำเภอเมืองระยอง ตามทัศนะของผู้บริหารและครูผู้สอนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเมืองระยอง พบว่าบทบาทการนิเทศการศึกษาของศึกษานิเทศก์ที่เป็นจริงตามทัศนะของผู้บริหารสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเมืองระยอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนบทบาทที่คาดหวังโดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน

อับดุลรอหมะ สามะอาลี (2550) ได้ศึกษาบทบาทครูสอนศาสนาโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในการพัฒนาชุมชนจังหวัดชายแดนใต้ตอนล่าง พบว่าบทบาทของครูสอนศาสนาโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในการพัฒนาชุมชนจังหวัดชายแดนใต้ตอนล่าง ด้านการศึกษามีบทบาทในการในการพัฒนาชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง และได้ศึกษาเปรียบเทียบบทบาทในการพัฒนาชุมชนจังหวัดชายแดนใต้ตอนล่างด้านการศึกษาจำแนกตามเพศ พบว่าครูสอนศาสนาโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามเพศชายและหญิง มีบทบาทในการพัฒนาชุมชนจังหวัดชายแดนใต้ตอนล่างไม่แตกต่างกัน และได้ศึกษาเปรียบเทียบบทบาทในการพัฒนาชุมชนจังหวัดชายแดนใต้ตอนล่างด้านการศึกษาจำแนกตัวแปรอายุ พบว่าครูสอนศาสนาโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามที่มีอายุต่างกัน มีบทบาทในการพัฒนาชุมชนจังหวัดชายแดนใต้ตอนล่างแตกต่างกัน และได้ศึกษาเปรียบเทียบบทบาทในการพัฒนาชุมชนจังหวัดชายแดนใต้ตอนล่างด้านการศึกษาจำแนกตัวแปรตำแหน่งในโรงเรียน พบว่าครูสอนศาสนาโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามที่มีตำแหน่งเป็นผู้บริหารและครูผู้สอนมีบทบาทต่อการพัฒนาชุมชนจังหวัดชายแดนใต้ตอนล่างแตกต่างกัน