

การให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการระบาดของโรคชิกุงุนยาในจังหวัดเลย Health Public Services of Local Government Organization and Outbreak of Chikungunya Disease in Loei Province

กรรณิกา คำแกม¹ อีรภัทร์ ศุภสาร¹ พันธกานต์ ราชพัฒน์¹ ศตวรรษ ภัคมี¹
อศัญญาทุธ ต้นกันยา¹ อนุพงษ์ แพนทิพย์¹ กัลยา ยศคำลือ²

E-mail: yaeduca@hotmail.com

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลยและ 2) การระบาดของโรคชิกุงุนยาในจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2563 กลุ่มเป้าหมายคือประชาชนที่ติดเชื้อไวรัสชิกุงุนยา จำนวน 5 คน เครื่องมือในการศึกษาคือ เอกสาร การสังเกตและสัมภาษณ์ พบว่า (1) การให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย เกิดจากการกระจายอำนาจทางปกครอง ปี พ.ศ. 2538 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 101 หน่วยงานดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ โดยบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความคาดหวังให้ประชาชนในพื้นที่จังหวัดเลยมีสุขภาพดี ซึ่งการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้นและบริการส่งต่อโรงพยาบาลในพื้นที่ และ (2) จังหวัดเลยมีประชาชนที่ติดเชื้อไวรัสชิกุงุนยา ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม 2563 เป็นการเกิดโรคซ้ำและมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ซึ่งมีจำนวน 15 คน ผู้ติดเชื้อโรคชิกุงุนยาได้ให้ข้อเสนอแนะ คือ ต้องการมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันโรคและได้รับการรักษาอาการเบื้องต้นจากอย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรคชิกุงุนยา

Abstract

This academic article was for educational purposes; 1) study the health public services of local government organizations in Loei Province and 2) study of Chikungunya Disease outbreak in Loei Province on 2020. Found that (1) the public health services of local government organizations in Loei Province caused by the decentralization of the government in 1995. Local government organizations in loei Province 101. Performance the health mission transfer action plan by integrating with relevant departments. Expectation for people in Loei Province have good health. The health public services of local government organizations was check basic patient and transfer to hospital in area. (2) Totally 30 people have viral infection Chikungunya between June and August 2020. It is a recurrence of the disease and the number is increasing from 2019 with 15 people. People infected with Chikungunya suggested that they would like to have basic knowledge about disease prevention and primary symptom treatment quickly.

Keywords: health public services, local government organization, Chikungunya disease

ความเป็นมาของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 78 กำหนดให้รัฐต้องมีการกระจายอำนาจทางปกครองไปให้ท้องถิ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน และแบ่งเบาภารกิจของส่วนกลาง รวมทั้งให้อำนาจแก่ประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นมากขึ้น โดยในปัจจุบันได้มีการกำหนดให้ท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น (กระทรวงมหาดไทย, 2562) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบลในการสร้างเสริมสุขภาพ และกฎหมายตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 ให้ภาคสุขภาพเคลื่อนไปในทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น มี 4 ประการคือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ, สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งและพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในเรื่องสุขภาพและการใช้ชีวิต (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ, 2553) ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย มีทั้งหมด จำนวน 101 หน่วยงาน เพื่อให้บริการสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่ (สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเลย, 2562) และส่วนกลาง ควรสนับสนุนส่วนท้องถิ่นให้มีการบริหารรูปแบบพิเศษที่สอดคล้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ (มานิตา พรหมวดี, 2560) และการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ต้องพัฒนาต่อไป ประกอบด้วย สนับสนุนการกระจายอำนาจทางการคลังขององค์กรปกครอง

¹ นักศึกษาสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

² อาจารย์สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ส่วนท้องถิ่น สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ยึดหลักธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้ ปรับบทบาทภารกิจของราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ให้ชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน และให้เชื่อมโยงกันและมีการสร้างแรงจูงใจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำงานดี (ชยุต อุดมเวชชวร, 2560)

โรคชิกุนกูญา เป็นโรคเก่าที่อุบัติขึ้นมาใหม่ เกิดจากเชื้อไวรัสชิกุนกูญา (Chikungunya virus) เป็นโรคที่มีอยู่กลายเป็นพาหะซึ่งได้พบการระบาดครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพฯ และกระจายไปยังจังหวัดอื่นในปีต่อมา โดยการระบาดส่วนมากพบในชาวไทย อายุ 35 - 44 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ปี พ.ศ. 2552 - 2560 พบว่าการระบาดติดต่อกันทุกปี ได้แก่ จังหวัดระยอง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช พัทลุง และกรุงเทพมหานคร โดยสถิติการระบาด ปี พ.ศ. 2552 สูงที่สุดจำนวน 52,057 ราย ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 1,565 ราย ซึ่งมีโอกาสเกิดเหตุการณ์แบบเดียวกันนี้ 3.33 % และปี พ.ศ. 2513 มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยลดลงเรื่อยๆ จนไม่พบการระบาดอีกในกรุงเทพมหานครและในปี พ.ศ. 2519 เริ่มมีการระบาดที่จังหวัดปราจีนบุรี, พ.ศ. 2531 จังหวัดสุรินทร์, ปี พ.ศ. 2534 จังหวัดขอนแก่น และปราจีนบุรี, ปี พ.ศ. 2536 จังหวัดพะเยา และ ปี พ.ศ. 2538 ที่จังหวัดเลย นครศรีธรรมราช และหนองคาย การระบาดซ้ำของโรคชิกุนกูญาในไทยระหว่าง 6 - 12 ปี ในทางภูมิศาสตร์การแพทย์ (medical geography) มีความก้าวหน้าโดย Mayer แบ่งภูมิศาสตร์การแพทย์ เป็นระบาดวิทยาทางภูมิศาสตร์ (geographical epidemiology) และบริการสุขภาพเชิงพื้นที่ (spatial health services) (Mayer, 1982) โรคในอดีตทางระบาดวิทยาให้ความสำคัญกับการระบาด ต่อมาได้ขยายขอบเขตมาถึงการเกิดโรคติดต่อที่เป็นโรคประจำถิ่น (endemic) และโรคติดต่อที่มีโอกาสแพร่กระจายได้น้อย (noncommunicable infectious disease) ซึ่งระบาดวิทยาเป็นเครื่องมือในการค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค (สริตา มิ่งมาลีโชคชัย, 2561) ปัจจุบันท้องถิ่นมีบทบาทจัดการด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น แต่การดำเนินงานในท้องถิ่นที่พบความไม่ชัดเจน ด้านการทำงานสาธารณสุขระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) เกิดความซ้ำซ้อนและช่องว่างในการดำเนินงาน รวมทั้งมีข้อขัดแย้งในการดำเนินงานจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินในการอนุมัติเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ส่งผลให้ท้องถิ่นเกิดความไม่แน่ใจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (กระทรวงมหาดไทย, 2551)

จังหวัดเลยเป็นจังหวัดหนึ่งในประเทศไทยที่มีสภาพแวดล้อม ภูมิทัศน์ ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมความเชื่อที่น่าสนใจหลากหลาย (ไทยโรจน์ พวงมณี, 2559) เป็นจังหวัดอยู่ชายแดนติดริมแม่น้ำโขงมี 14 อำเภอ ประชาชนในท้องถิ่นส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เคารพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีความเชื่อในการปฏิบัติตามฮีตสิบสองคองสิบสี่ (กลุยา ยศคำลือ, 2562) ซึ่งในพื้นที่จังหวัดเลยมีการระบาดของโรคชิกุนกูญา ปี พ.ศ. 2538 - 2561 จำนวน 551 คน และ ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 15 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2562) ต่อมาปี พ.ศ. 2563 เกิดการระบาดของโรคชิกุนกูญาในจังหวัดเลยซ้ำอีก ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสุขภาพจะต้องร่วมกันรักษาผู้ป่วยในพื้นที่อย่างเร่งด่วน คณะผู้วิจัยเป็นนักศึกษาและอาจารย์สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ได้ตระหนักถึงปัญหาของการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย และการเกิดโรคระบาดของชิกุนกูญาในจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2563 จึงสนใจศึกษาเรื่อง การให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการระบาดของโรคชิกุนกูญาในจังหวัดเลย เพื่อนำข้อมูลเสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 101 หน่วยงานในจังหวัดเลย โรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้วางแผนร่วมกันวางแผนเพื่อป้องกันการระบาดของโรคชิกุนกูญาในพื้นที่จังหวัดเลยในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาการระบาดของโรคชิกุนกูญาในจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2563

การให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ ข้อ 10 / 1 (6) ส่งเสริมสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการบริหารงานและตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (7) ประสานรวบรวมวิเคราะห์และดำเนินการเกี่ยวกับการจัดทำงบประมาณเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อประกอบการ จัดทำคำขอ งบประมาณรายจ่ายประจำปีของกรม (ราชกิจจานุเบกษา, 2559)

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงมหาดไทยจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยกำหนดจากอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานทั้งด้านส่งเสริม

สุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่หรือท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดความซ้ำซ้อนและช่องว่างในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และเพื่อส่งผลกระทบต่อภูมิสุขภาพประกอบที่ดีของประชาชนแนวทางการปฏิบัติงาน ด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท. เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.) รัฐบาลได้มีการช่วยเหลือหรือสนับสนุนในการรักษาของโรคระบาดไวรัสซิกาคนกุนยา ด้วยการให้เงินอุดหนุนจากรัฐบาลเงินอุดหนุน หมายถึง เงินที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแหล่งรายได้เสริมที่รัฐบาลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยเหลือเสริมรายได้ทางการคลังให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐบาลสามารถใช้เป็นกลไกในการกำกับและควบคุมฐานะการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดสรรเงินอุดหนุนต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการจัดสรรเงินอุดหนุนมากกว่าขนาดของเงินอุดหนุน เงินอุดหนุนมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการคลังระหว่างชุมชนท้องถิ่น โดยอยู่บนหลักการสร้างความเป็นธรรมทางการคลังระหว่างพื้นที่ เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารจะได้รับบริการขั้นพื้นฐานอย่างเพียงพอและสมฐานะ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

การตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่ออุดหนุนให้ส่วนราชการอื่นๆ ในปัจจุบันหากมีหน่วยงานใดๆ มีความจำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องทำโครงการเสนอขอรับงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะให้การสนับสนุนจะต้องตั้งงบประมาณรายจ่ายไว้ในหมวด เงินอุดหนุน โดยถือปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2552 เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุนของ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลในการให้บริการสาธารณะ ดังนี้

- 1) ภารกิจที่จะสนับสนุนเป็นภารกิจด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุข หากเป็นภารกิจอื่นจะต้องขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการ
- 2) อำนาจการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นภารกิจที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สนับสนุน หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนจะต้องเสนอโครงการที่ขอรับการสนับสนุนพร้อมเหตุผลความจำเป็นและรายละเอียดของโครงการที่มีงบประมาณไม่เพียงพอ โดยแบ่งส่วนงบประมาณของตนเอง และงบประมาณที่จะขอรับ การสนับสนุนให้ชัดเจน
- 3) ผู้สนับสนุนพิจารณาโครงการตามหลักเกณฑ์ และอยู่ในอำนาจหน้าที่พิจารณาถึงสถานะทางการคลังแล้วกำหนดโครงการไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น เพื่อบรรจุโครงการที่ขอรับการสนับสนุนไว้ในข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติ งบประมาณรายจ่ายประจำปี และ
- 4) การสนับสนุนงบประมาณ ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อุดหนุนได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของรายได้ที่ผ่านมาไม่รวมเงินอุดหนุน, เทศบาลขนาดใหญ่อุดหนุนไม่เกินร้อยละ 2 ของรายได้ที่ผ่านมาไม่รวมเงินอุดหนุน, เทศบาลขนาดกลาง และขนาดเล็ก อุดหนุนได้ไม่เกินร้อยละ 3 ของรายได้ที่ผ่านมาไม่รวมเงินอุดหนุน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อุดหนุนได้ไม่เกินร้อยละ 5 ของรายได้ที่ผ่านมาไม่รวมเงินอุดหนุน ถ้าหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานอื่น เกินอัตราร้อยละที่กำหนดจะต้องขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการอำนาจการฯ ระดับจังหวัด แต่ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่สามารถจ่ายขาดเงินสะสม หรือเงินกู้เพื่อไปสนับสนุนหน่วยงานอื่นได้ อย่างไรก็ตามการอุดหนุน งบประมาณให้หน่วยงานอื่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมักจะมีปัญหาในกรณีที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินเรียกเงินคืน ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรพิจารณาการอุดหนุนงบประมาณให้หน่วยงานอื่น เป็นไปตามหลักเกณฑ์และรอบคอบ แนวทางการบังคับภาษี ค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมี 2 แนวทาง ดังนี้ (1) การดำเนินการฟ้องร้องต่อศาลภาษีอากรกลาง ซึ่งหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความประสงค์ดำเนินการด้วยวิธีดังกล่าว สำนักงานอัยการสูงสุดได้ให้ ข้อสังเกตว่าให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้อำนาจบังคับทางปกครองด้วยวิธีการยึดอายัด และขายทอดตลาดทรัพย์สินของผู้ค้างชำระภาษีก่อน หากไม่สามารถดำเนินการยึด หรืออายัดได้ หรือดำเนินการแล้วแต่ยังไม่ได้รับชำระหนี้ครบถ้วน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถส่งเรื่องให้สำนักงานอัยการพิเศษฝ่ายคดี ภาษีอากร สำนักงานอัยการสูงสุดพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง และ (2) ดำเนินการยึด อายัด และขายทอดตลาดทรัพย์สินของผู้ค้างชำระภาษี ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการยึด อายัด และขายทอดตลาดทรัพย์สินของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2551 (กระทรวงมหาดไทย, 2562)

แผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (1) ภารกิจที่ต้องถ่ายโอน ภารกิจหลักที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอนคือ การจัดการบริการสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล หมายความว่า การบริการสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ (25 แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไป (67 แห่ง) โรงพยาบาลชุมชน (714 แห่ง) และสถานอนามัย (9,661 แห่ง) จะต้องถูกถ่ายโอนให้อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของท้องถิ่น ซึ่งขณะนี้ได้ข้อตกลงเบื้องต้นร่วมกันแล้วว่า ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งเป็นกลไกของท้องถิ่น เป็นผู้กำกับดูแลเครือข่าย สถานบริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระดับ โดยไม่มีการแยกส่วนว่า สถานอนามัยยกให้องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชนยกให้เทศบาล หรือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ยกให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (2) งบประมาณที่ต้องถ่ายโอนงบประมาณบริการ สุขภาพจะต้องถ่ายโอน ไปตามภารกิจ ซึ่งแต่เดิมงบประมาณจะอยู่ภายใต้แผนงาน โครงการต่างๆ ที่ทางสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้จัดทำค่าขอ เช่น

แผนงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด แผนงานสวัสดิการสาธารณสุข และประกันสุขภาพ โครงการประกันสุขภาพ การรักษาพยาบาลผู้รายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นต้น เมื่อรัฐบาลมีนโยบายประกันสุขภาพ (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) จึงได้นำงบประมาณที่แยกย่อย ตามแผนงานและโครงการต่างๆ มารวมกันเป็นงบประมาณประกันสุขภาพ (งบ 30 บาท) นอกจากนี้ยังได้รวมเองงบประมาณ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล และครอบครัวของกรมต่างๆ มารวมไว้ในงบประมาณสุขภาพด้วย แล้วจัดส่งงบประมาณสุขภาพไปที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) นอกจากนี้ อาจมีงบท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.) จัดสรรไปให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ พิจารณาดำเนินการในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม งบประมาณในเรื่องการก่อสร้างสถานบริการสุขภาพขึ้นใหม่ หรือการจัดหาครุภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ของโรงพยาบาล ยังคงจัดตั้งงบประมาณไว้ที่ส่วนกลาง เพราะต้องกระจายงบประมาณไปให้ มีความครอบคลุมทั่วถึง และเท่าเทียมกันของพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ นอกจากนี้ ส่วนกลางยังต้องทำหน้าที่ในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการก่อสร้าง และคุณลักษณะของครุภัณฑ์ เพื่อให้ทางคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อก่อสร้าง หรือจัดหาครุภัณฑ์ ให้แก่สถานบริการสุขภาพ ทั้งนี้จะต้องให้มีผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้แทนจากภาคประชาสังคม เข้าไปมีส่วนร่วม ในการกำกับ และตรวจสอบการดำเนินการ ตลอดจนต้องเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชน สำหรับงบประมาณในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่เคยมีการจัดสรรโดยตรง ให้หมู่บ้านละ 7,500 บาทนั้น จะยังคงให้มีการจัดสรรงบประมาณก้อนนี้ ตรงไปที่หมู่บ้านเช่นเดิม เพราะถือว่าเป็นการกระจายอำนาจโดยตรงให้หมู่บ้าน (3) บทบาทของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องปรับเปลี่ยน การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จะมีผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบ โครงสร้าง กลไกกระบวนการ และวิธีการทำงานในพื้นที่ นอกจากนี้ จะยังส่งผลกระทบต่อ การรับรององค์กร ในกระทรวงสาธารณสุขเอง เช่น การรวมกองโรงพยาบาลภูมิภาค กับกองสาธารณสุขภูมิภาค เป็นสำนักพัฒนา เครือข่ายบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเครือข่าย บริการสุขภาพในพื้นที่ โดยสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพประกอบที่จัดตั้ง โดยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ในการสนับสนุนวิชาการ และการพัฒนามาตรฐานสถานบริการสุขภาพ ในส่วนภูมิภาค (กระทรวงมหาดไทย, 2562)

สรุป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย ได้รับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ให้การให้บริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุข โดยได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลเงินอุดหนุน ซึ่งเป็นเงินที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่ ถือเป็นงบประมาณที่ต้องถ่ายโอนบริการสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นภารกิจของส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย จำนวน 101 หน่วยงาน

โรคชิคุนกุนยา(Chikungunya virus)

โรคชิคุนกุนยาเกิดจากเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา มีอยู่หลายบ้านและอยู่กลายเป็นพาหะนำโรค เมื่อยุงลายตัวเมียกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่มีระยะไข้สูงซึ่งมีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุงและเพิ่มจำนวนจากนั้นเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย เมื่อยุงลายที่มีเชื้อไปกัดคนทำให้เกิดอาการของโรค เกิดอาการทำให้ผู้ป่วยมีไข้สูง มีผื่นแดงตามร่างกาย อาจมีอาการคัน ตาแดง ท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน และชัก ส่วนใหญ่เด็กมีอาการน้อยกว่าผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่จะมีอาการปวดข้อ อาจพบข้ออักเสบและมีอาการปวดนานเป็นเดือนหรือเป็นปี โรคนี้พบครั้งแรกที่ประเทศแทนซาเนีย ปี พ.ศ. 2495 ต่อมาในปี พ.ศ. 2548-2549 เกิดการระบาดที่หมู่เกาะตอนใต้ของมหาสมุทรอินเดียแล้วกระจายไปประเทศอื่นคือ สหภาพโคโมโรส สาธารณรัฐอริเชียส และสาธารณรัฐเซเชลส์ ในระยะเวลาใกล้เคียงกันเกิดการระบาดในทวีปเอเชีย ได้แก่ ประเทศอินเดีย ศรีลังกา สิงคโปร์ และมาเลเซีย โดยเฉพาะประเทศมาเลเซียพบผู้ป่วยร้อยละ 50 ในรัฐยะโฮร์ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานและนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากประเทศอินเดีย ประเทศไทยระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร จนถึงปี พ.ศ. 2513 มีการรายงาน จำนวนผู้ป่วยลดลงจนไม่พบอีก และในปี พ.ศ. 2519 เริ่มมีรายงานการระบาดของโรคที่จังหวัดปราจีนบุรี พ.ศ. 2531 ที่จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2534 จังหวัดขอนแก่นและปราจีนบุรี พ.ศ. 2536 ที่จังหวัดพะเยา พ.ศ. 2538 ที่จังหวัดเลย จังหวัดหนองคาย และนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยเป็นประเทศลำดับที่ 4 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่พบการระบาดของโรคครั้งแรกในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 ที่จังหวัดนราธิวาส ต่อมาในเดือนกันยายน ตุลาคม และพฤศจิกายน ของปีเดียวกันพบการระบาดบริเวณจังหวัดใกล้เคียง ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา และ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพเกษตรกร รับจ้าง และนักเรียน จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 ลำดับแรกคือ จังหวัดนราธิวาส ภูเก็ต พัทลุง สงขลา และปัตตานี ลักษณะของโรคชิคุนกุนยา (Chikungunya) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรค มีอาการคล้ายไข้เด็งกี (Dengue hemorrhagic fever) แต่แตกต่างกันที่ไม่มีการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด จึงไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากจนถึงมีการช็อก ซึ่งโรคชิคุนกุนยาเดิมพบในทวีปแอฟริกา โดยผู้บรรยายลักษณะของโรคชิคุนกุนยาเป็นคนแรก คือ Marion Robinson และ W.H.R. Lumsden ในปี ค.ศ. 1955 มีการระบาดของโรคในดินแดนที่ราบสูงมากอนดี พรหมแดนระหว่างประเทศโม

แฮมบิก และประเทศแทนซาเนียในปัจจุบัน พบการระบาดของโรคนี้เป็นครั้งคราวในทวีปแอฟริกา เอเชียใต้ และทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (สรีดา มิ่งมาลีโชคชัย, 2561)

การวินิจฉัยโรคประกอบด้วยวิธีการตรวจหาไตเตอร์ในซีรัม เช่น Enzyme-linked immunosorbent assays (ELISA) เพื่อตรวจหาแอนติบอดี IgM หรือ IgG ต่อเชื้อ Alphavirus ซึ่งระดับ IgM มักจะสูงสุดช่วง 3-5 สัปดาห์หลังเริ่มป่วย และคงอยู่นานประมาณ 2 เดือน และอาจแยกเชื้อไวรัสจากเลือดผู้ป่วยระยะเริ่มมีอาการในช่วง 2-3 วันได้, การเพาะเชื้อในลูกหนูแรกเกิด ในถุงหรือในเซลล์เพาะเลี้ยง, วิธี RT-PCR (Reverse transcriptase-polymerase chain reaction) และปัจจุบันได้มีการพัฒนาโดยใช้ real-time PCR และเทคนิคทาง bioinformatics ร่วมกับ molecular (genetics and proteomics) techniques เข้ามาใช้ในการวินิจฉัยเพื่อยืนยันการติดเชื้อและแยกสายพันธุ์ของไวรัสชิคุนกุนยาเพิ่มมากขึ้น การรักษาชิคุนกุนยา ไม่มีการรักษาเฉพาะสำหรับชิคุนกุนยา ขณะนี้ยังไม่มีวัคซีน Chikungunya ได้รับการรักษาตามอาการโดยปกติจะนอนพักให้ของเหลวและยาเพื่อบรรเทาอาการไข้และปวด เช่น ibuprofen, naproxen, acetaminophen หรือพาราเซตามอล ควรหลีกเลี่ยงแอสไพริน ผู้ติดเชื้อควรได้รับการปกป้องจากการสัมผัสสูงเพิ่มเติมในช่วงสองสามวันแรกของการเจ็บป่วยเพื่อไม่ให้เกิดวงจรการแพร่เชื้อ เนื่องจากชิคุนกุนยาหายได้ด้วยระบบภูมิคุ้มกันในเกือบทุกกรณีจึงไม่จำเป็นต้องกักตัว (Thavara, 2009)

สรุป จากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคชิคุนกุนยาข้างต้น คณะผู้เขียนบทความมีแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรค มีแนวโน้มจากประชากร สามารถที่จะนำมาใช้ในการอธิบายจุดเริ่มต้นของโรคระบาดและการกลับมาระบาดซ้ำ ในประเทศไทยมีอาการของโรคกระจายในพื้นที่จังหวัดที่มีป่าดิบและภูเขา ในจังหวัดเลยจะต้องพิจารณาว่าข้อมูลสุขภาพประชาชนในอำเภอที่เกิดซ้ำจากปี พ.ศ. 2561, 2562 และ ปี พ.ศ. 2563 หน่วยงานภาครัฐในจังหวัดเลยจะต้องพัฒนาระบบการเข้าถึงการให้บริการ และการวางแผนดูแลสุขภาพ มีจุดเน้นอยู่ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสาธารณะ ด้านสุขภาพของประชากรทุกช่วงวัย

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. ทฤษฎีมานุษยนิยม (Humanistic View of Motivation)

ความต้องการของมนุษย์ แนวความคิดนี้เป็นของมาสโลว์ (Maslow) ที่ได้อธิบายถึงลำดับความต้องการของมนุษย์ โดยที่ความต้องการจะเป็นตัวกระตุ้นให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่ความต้องการนั้น ดังนั้นถ้าเข้าใจความต้องการของมนุษย์ก็สามารถอธิบายถึงเรื่องแรงจูงใจของมนุษย์ได้เช่นเดียวกัน นักจิตวิทยาปัจจุบันได้สรุปองค์ประกอบของแรงจูงใจมี 3 ด้านคือ (1) องค์ประกอบทางด้านกายภาพ (Biological Factor) ในองค์ประกอบด้านนี้จะพิจารณาถึงความต้องการทางกายภาพของมนุษย์ เช่น ความต้องการปัจจัย 4 เพื่อจะดำรงชีวิตอยู่ได้ (2) องค์ประกอบทางด้านการเรียนรู้ (Learned Factor) องค์ประกอบด้านนี้เป็นผลสืบเนื่องต่อจากองค์ประกอบข้อ 1 ทั้งนี้เพราะมนุษย์ทุกคนไม่สามารถได้รับการตอบสนองความต้องการในปริมาณ ชนิดและคุณภาพตามที่ตนเองต้องการ สิ่งแวดล้อมเป็นตัววางเงื่อนไขในการสร้างแรงจูงใจของมนุษย์ (3) องค์ประกอบทางด้านความคิด (Cognitive Factor) ประเภทของแรงจูงใจ นักจิตวิทยาได้แบ่งลักษณะของแรงจูงใจออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ดังนี้ กลุ่มที่ 1 แรงจูงใจขับพลัน (Aroused Motive) คือ แรงจูงใจที่กระตุ้นให้มนุษย์แสดงพฤติกรรม ออกมาทันทีทันใด แรงจูงใจสะสม (Motivational Disposition หรือ Latent Motive) คือแรงจูงใจที่มีอยู่แต่ไม่ได้แสดงออกทันที จะค่อยๆ เก็บสะสมไว้รอการแสดงออกในเวลา ใดเวลาหนึ่ง กลุ่มที่ 2 แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motive) คือ แรงจูงใจที่ได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งเร้าภายในตัวของบุคคลผู้นั้นแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motive) คือแรงจูงใจที่ได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งเร้าภายนอกและกลุ่มที่ 3 แรงจูงใจปฐมภูมิ (Primary Motive) คือแรงจูงใจอันเนื่องมาจากความต้องการที่เห็นพื้นฐานทางร่างกาย เช่น ความหิว, กระจาย แรงจูงใจทุติยภูมิ (Secondary Motive) คือ แรงจูงใจที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากแรงจูงใจขั้นปฐมภูมิ (Herzberg, 1959)

2. ทฤษฎีการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมหมายถึง การทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความร่วมมือร่วมใจโดยกระทำการดังกล่าว ถูกจังหวะและเหมาะสมกับทั้งกระทำการงานดังกล่าวด้วยความรู้สึกร่วมกันให้ประจักษ์ว่าเชื่อถือได้แสดงว่าการมีส่วนร่วมเป็นผลของความร่วมมือร่วมใจการประสานงานและความรับผิดชอบ (นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์, 2537) ลักษณะการมีส่วนร่วมกล่าวถึงเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมว่าจะต้องประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ อย่างน้อย 3 ประการ คือประชาชนต้องมีอิสระที่จะมีส่วนร่วมประชาชนสามารถมีส่วนร่วมและประชาชนต้องเต็มที่จะมีส่วนร่วม ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไข 5 ประการ คือประชาชนต้องมีเวลาที่จะมีส่วนร่วมกิจกรรมและร่วมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ประชาชนต้องไม่เสียเงินทอง ค่าใช้จ่ายในการมีส่วนร่วมมากเกินไปผลตอบแทนที่เขาประเมินจะได้รับประชาชนต้องมีความสนใจที่จะสัมพันธ์สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้นประชาชนต้องสามารถสื่อสารเรื่องกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายและประชาชนต้องไม่รู้สึกกระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่ หรือสถานการณ์ทางสังคมหากจะมีส่วนร่วม (จริยา กลิ่นอุตม, 2527)

3. ทฤษฎีการยอมรับของโรเจอร์ กล่าวว่ากรยอมรับเป็นกระบวนการทางจิตใจของแต่ละคนที่เริ่มตั้งแต่การรับรู้ข่าวสารไปถึงการยอมรับอย่างเต็มที่โดยเปิดเผย ซึ่งกระบวนการยอมรับมี 5 ขั้นตอนคือ (1) ขั้นรับทราบ (Awareness stage) เป็นการเริ่มต้นที่บุคคลได้รับทราบแนวคิดใหม่ๆ (2) ขั้นสนใจ (Interest stage) เป็นขั้นที่บุคคลเกิดความสนใจในข้อมูลข่าวสารนั้น จึงมีการแสวงหาข่าวสารและรายละเอียดเพิ่มเติม (3) ขั้นไตร่ตรองและขั้นประเมิน (Evaluation stage) เป็นขั้นที่บุคคลเกิดความสนใจจนถึงระดับหนึ่งที่จะไตร่ตรองหรือประเมินโดยเทียบกับประสบการณ์หรือความรู้สึกของตน (4) ขั้นลองทำ (Trial stage) โดยการลองทำตามว่าจะเกิดผลอย่างไร และ (5) ขั้นยอมรับหรือนำไปใช้ (Adoption) ขั้นนี้มักเกิดขึ้นหลังจากได้มีการลองทำและประสบผลดีเป็นที่ประจักษ์แล้วนั้นๆ แต่การตั้งถิ่นฐานแบบนี้จะมีศูนย์กลางร่วมกัน (Roger, 2005)

4. ทฤษฎีว่าด้วยการรับรู้และการจำสภาพแวดล้อมและระบบโมโนทัศน์ ทฤษฎีการรับรู้ เป็นกระบวนการรับรู้ซึ่งบุคคลได้รับจากสิ่งรอบตัวแล้วส่งผ่านไปที่สมองและเกิดการตีความหมายของการรู้สึกสัมผัสที่ได้รับจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งและแปลความหมายเป็นความเข้าใจในสาระที่แตกต่างกันได้ขึ้นอยู่กับความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของบุคคลนั้นสังคมความเชื่อเจตคติความคาดหวังและสภาวะจิตใจของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป จึงทำให้การรับรู้และตีความหมายแตกต่างกันออกไป เช่น ทฤษฎีการรับรู้ภาพ (Perception Theories of Visual Communication) คือการรับรู้ภาพประกอบที่เกิดขึ้นอยู่ทุกวันในชีวิตประจำวันด้วยความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งต่างๆ การรับรู้จะเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้สิ่งใหม่ เพราะถ้าเราสามารถจดจำสิ่งนั้นๆ ได้จะช่วยให้การเรียนรู้สิ่งใหม่ได้และสามารถรับรู้ได้ด้วยการรู้สึกได้รวมทั้งจะช่วยให้เราสามารถเลือกใช้เพื่อสื่อความหมายได้ดี ส่วนการรับรู้สภาพแวดล้อมของมนุษย์ เป็นแนวความคิดเชิงนามธรรมที่สัมพันธ์กับมนุษย์พฤติกรรมและสภาพแวดล้อมทางกายภาพการรับรู้นี้ เป็นตัวกำหนดที่ทำให้เกิดความแตกต่างกันและเกิดความเปลี่ยนแปลงไปโดยกระบวนการทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ 3 แบบคือ 1) กระบวนการรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการรับข่าวสารผ่านทางประสาทสัมผัสทำให้เกิด ความรู้สึก 2) กระบวนการรู้ (Cognition) เป็นกระบวนการที่ทางจิตได้เรียนรู้จดจำและคิดพัฒนาการเป็นกระบวนการทางปัญญาที่มีการตอบสนองทางอารมณ์และ 3) กระบวนการเกิดพฤติกรรมในสภาพแวดล้อม (Spatial behavior) เป็นกระบวนการที่มนุษย์มีการกระทำสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นพฤติกรรมภายนอก ดังนั้นเมื่อนักศึกษามีการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมแล้วมนุษย์ย่อมเกิดความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ทางการผสมรวมกันทางวัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดการรวมกันเป็นหนึ่งเดียวของสังคมที่สะท้อนมาจากระบบคุณค่าของวัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันโดยที่ระบบคุณค่าที่ยึดถือกันนั้นมาแตกต่างกันมาก (วิมล สิทธิพรยางกูร, 2541)

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมหมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกอย่างของสิ่งมีชีวิต ดังนั้นพฤติกรรมของคนจึงหมายถึงปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ทั้งสิ่งที่สมัครใจจะกระทำหรือละเว้นการกระทำ ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมพฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งสาเหตุการเปลี่ยนแปลงอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น เปลี่ยนแปลงเองจากการเรียนรู้ตามวุฒิภาวะหรือระยะพัฒนาการเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับหรืออิทธิพลระหว่างบุคคล เปลี่ยนแปลงเพราะการลอกเลียนแบบ และ เปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคลยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง มีความเหมาะสมตรงกับค่านิยม และแนวคิดของตนเอง ซึ่งสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างเช่น วุฒิภาวะหรือพัฒนาการ การเรียนรู้ ยาและสิ่งเสพติด พันธุกรรม เป็นต้น แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งเน้นความสำคัญของสติปัญญาในการที่จะช่วยควบคุมพฤติกรรม แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็น แบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม (Modifying factors) และ สิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to action) คือ 1) ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive Perceptual Factors) ปัจจัยนี้นับเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และที่สำคัญปัจจัยด้านนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วย ความสำคัญของสุขภาพ (The importance of health)

การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived health status) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers of health promoting behaviors) 2) ปัจจัยส่งเสริม (Modifying Factors) จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางอ้อม โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้ ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วย ปัจจัยทางประชากร (Demographic factors) ลักษณะทางชีววิทยา (Biological characteristics)

อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ปัจจัยสถานการณ์ (Situational factors) และปัจจัยพฤติกรรม (Behavior factors) และ 3) สิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to Action) มี 2 ลักษณะคือ สิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง สิ่งชักนำภายนอก เช่น การพูดคุยสนทนากับบุคคลอื่น ล้วนมีส่วนผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริม จากปัจจัยทั้ง 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ปัจจัยส่งเสริม และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้มีการปรับปรุงแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาใหม่ (Pender, 1987)

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ทฤษฎีนี้พัฒนาโดย Fishbein and Ajzen (1975) บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติอะไรก็ตามจะต้องมีความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมนำมาก่อน ความตั้งใจมีอิทธิพลมาจากเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้นและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่บุคคลนั้นให้การเชื่อถือ ในขณะที่เดียวกันความตั้งใจกระทำ พฤติกรรมยังขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ และรวมถึงการคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ อย่างไรก็ตามได้มีนักวิชาการตั้งข้อสังเกตว่า แนวคิดทฤษฎีนี้เน้นปัจจัยหรือตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเฉพาะ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เจตคติ แต่ในความเป็นจริงการปฏิบัติพฤติกรรมยังขึ้นกับปัจจัยภายนอกอื่นๆ และหากพฤติกรรมสุขภาพประกอบที่ตั้งใจปฏิบัติเป็นพฤติกรรมง่ายๆ เช่น ตั้งใจว่าจะแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง หากอยู่ที่บ้านหรือที่ทำงานก็สามารถทำได้ทันที แต่หาก เป็นการรับประทานขณะเดินทาง เช่น โดยสารรถไฟ หรือรถยนต์ก็ไม่สามารถทำได้ตามที่ตั้งใจไว้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับเจตคติแต่เพียงอย่างเดียว และบริบทหรือความเหมาะสมของสถานการณ์ต่างๆ ก็เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้อง ลักษณะการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเพื่อให้เป็นไปตามที่ต้องการ จึงมีทั้งที่ควบคุมได้บางส่วน ควบคุมได้ทั้งหมด และควบคุมไม่ได้

สรุป มนุษย์ทุกคนความต้องการมีความสุขดี เมื่อเกิดโรคระบาด จะต้องป้องกันตนเอง เป็นไปตามทฤษฎีว่าด้วยการรับรู้และทฤษฎีการยอมรับ และประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมสื่อสารข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพและส่วนท้องถิ่นจะต้องบูรณาการร่วมกันเพื่อบริการสาธารณะด้านสุขภาพร่วมกัน

สรุปผลการศึกษา

1. การให้บริการสาธารณะด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย เกิดจากการกระจายอำนาจทางปกครองไปให้ท้องถิ่นส่งผลให้เกิดการบริการสาธารณะด้านสุขภาพต่อประชาชนในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2538 จังหวัดเลยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 101 หน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงมหาดไทยจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยกำหนดจากอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่อย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม ให้เกิดการบูรณาการดำเนินงานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่หรือท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย 3 ส่วน (1) ภารกิจที่ต้องถ่ายโอน (2) งบประมาณที่ต้องถ่ายโอนและ (3) บทบาทหน้าที่ของสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยน และปัจจุบันท้องถิ่นมีบทบาทจัดการด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น แต่การดำเนินงานในท้องถิ่นที่พบความไม่ชัดเจนด้านการทำงานสาธารณสุข ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน รวมทั้งมีข้อขัดแย้งในการดำเนินงานจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินในการอนุมัติเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตามหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลยก็มีความพยายามดำเนินการแบบบูรณาการเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพประกอบที่ดีถึงแม้ว่าจะพบปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น



ภาพประกอบที่ 1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริการส่งผู้ป่วยโรคซิคุนกุญาไปรักษาโรงพยาบาลเลย
 ที่มา: นายพันธกานต์ ราชพัฒน์ ถ่ายภาพ

2. จังหวัดเลยมีประชาชนที่ติดเชื้อไวรัสซิคุนกุญา เป็นโรคที่มีอยู่กลายเป็นพาหะ มีการระบาดของโรคซิคุนกุญาในจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2563 การบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพเมื่อเกิดโรคระบาดซิคุนกุญาในจังหวัดเลย ข้อมูลเฝ้าระวังโรคซิคุนกุญา ในพื้นที่จังหวัดเลย พบผู้ป่วย 551 คน โดยอำเภอที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อำเภอวังสะพุง จำนวน 211 คน รองลงมา อำเภอท่งลี่ จำนวน 201 คน, อำเภอเมืองเลย จำนวน 88 คน, อำเภอภูเรือ จำนวน 15 คน, อำเภอเชียงคาน จำนวน 9 คน, อำเภอหนองหิน จำนวน 6 คน, อำเภอเอราวัณ, อำเภอนาดัง, อำเภอผาขาว, อำเภอภูกระดึง จำนวน 5 คน และ อำเภอปากชม, อำเภอด่านซ้าย, อำเภอภูหลวง จำนวน 1 คน ตามลำดับ ต่อมาในพื้นที่จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคซิคุนกุญา จำนวน 15 คน และ ปี พ.ศ. 2563 พบประชาชนมีอาการโรคซิคุนกุญา ในจังหวัดเลย จำนวน 30 คน จำแนกเป็น อำเภอท่งลี่ จำนวน 3 คน และอำเภอเมืองเลย จำนวน 27 คน ในพื้นที่ตำบลนาโป่ง อำเภอเมือง จังหวัดเลย ระหว่างวันที่ 9 มิถุนายน 2563 จำนวน 10 คน, วันที่ 2 กรกฎาคม 2563 จำนวน 15 คน และวันที่ 4 สิงหาคม 2563 จำนวน 1 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซิคุนกุญาในจังหวัดภาคใต้ตอนล่างมีการเข้ารับการรักษาจากอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 44 มีผู้ติดเชื้อไวรัสซิคุนกุญา ที่เทศบาลตำบลนาโป่ง ตำบลนาโป่ง อำเภอเมือง จังหวัดเลย ซึ่งงบประมาณที่ใช้รักษาหรือป้องกันการระบาดของโรคไวรัสซิคุนกุญาปัจจุบันนี้ ตามเทศบัญญัติเรื่องงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ตามงบงานบริการสาธารณสุขและงานสาธารณสุขอื่น ซึ่งโรคระบาดไวรัสซิคุนกุญยานั้น จัดอยู่ในค่าใช้จ่ายโครงการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและโรคระบาด เพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดเช่นโรคไข้เลือดออกไข้หวัดใหญ่ ไข้ฉี่หนู ไข้หวัดนก เป็นต้น ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2552 มาตรา 50(4) ปรากฏในแผนพัฒนาท้องถิ่นท้องถิ่น (พ.ศ. 2561 – 2565) ผู้ป่วยโรคซิคุนกุญา จำนวน 5 คนได้ให้ข้อเสนอแนะ คือ ต้องการมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการรักษาอาการเบื้องต้น



ภาพประกอบที่ 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยให้ข้อมูลการป้องกันโรคซิคุนกุญา
 ที่มา: นางสาวกรรณิการ์ คำแกม ถ่ายภาพ



ภาพประกอบที่ 3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโป่ง อำเภอเมือง จังหวัดเลยบริการรักษาผู้ป่วยชิคุนคุนยา
 ที่มา: นายศตวรรษ ภัคมี ถ่ายภาพ



ภาพประกอบที่ 4 อาคารของผู้ป่วยโรคชิคุนคุนยา (Chikungunya) ในผู้ใหญ่และเยาวชน
 ที่มา: นายพันธกานต์ ราชพัฒน์ ถ่ายภาพ

อภิปรายผล

การให้บริการสาธารณะด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย และจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย เป็นผลมาจากการปฏิรูปประเทศด้านการกระจายอำนาจการจัดการบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตระกูล มีชัย, 2559) เนื่องจากประเทศไทยขับเคลื่อนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม นับตั้งแต่มีการปฏิรูปการเมืองภายหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ซึ่งส่งผลให้การปกครองท้องถิ่นมีพัฒนาการในหลายด้าน ทั้งในเชิงโครงสร้างการปกครอง การเป็นตัวแทนของประชาชนในท้องถิ่นการกระจายอำนาจหน้าที่ งบประมาณ และบุคลากรสู่ท้องถิ่น รวมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นยังคงมีปัญหาหลายประการ เช่น กระบวนการกระจายอำนาจทั้งในเรื่องอำนาจหน้าที่และงบประมาณไม่เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ ปัญหาในเชิงโครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งกระทบต่อความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และปัญหาความไม่ไว้วางใจต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการทุจริต เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากการบริการสาธารณะที่จัดทำโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นการบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสอดคล้องกับความต้องการของคนในท้องถิ่น โดยเป็นภารกิจที่เป็นไปเพื่อสนองความต้องการของคนในท้องถิ่นนั้น และเป็นภารกิจที่ใกล้ชิดกับคนในท้องถิ่น ได้แก่ การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของคนในท้องถิ่น เช่น การฉาปนกิจ การจัดให้มีน้ำสะอาด ไฟฟ้า การดูแลที่สาธารณะในเขตท้องถิ่น และด้านสุขภาพ เป็นต้น (นันทวัฒน์ บรมานนท์, 2547) ซึ่งการจัดทำบริการสาธารณะขั้นมาตรฐาน มีองค์ประกอบหลัก คือ 1) ระบบการบังคับใช้มาตรฐาน กฎหมายกำหนดอำนาจหน้าที่และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบการจัดบริการอย่างชัดเจน 2) มาตรฐานด้านกระบวนการดำเนินงานบริการสาธารณะ คือข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติที่พึงปรารถนาของกระบวนการดำเนินงาน การจัดทำบริการสาธารณะต่างๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้มีการกำหนดไว้ให้เป็นลายลักษณ์อักษรและ 3) มาตรฐานด้านผลงานบริการสาธารณะ หมายถึงข้อกำหนดคุณสมบัติที่พึงปรารถนาของผลการดำเนินงาน เพื่อให้เป็นหลักประกันว่าประชาชนผู้ใช้บริการจะได้รับบริการในปริมาณและคุณภาพประกอบที่ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานขั้นต่ำอย่างเท่าเทียมกัน กรณีที่ไม่ได้รับบริการตามมาตรฐานขั้นต่ำที่ได้ประกาศหรือให้สัญญาไว้ ผู้ใช้บริการสามารถร้องเรียน อุทธรณ์ กล่าวโทษ ฟ้องร้องดำเนินคดีผู้ปฏิบัติงานและหน่วยปฏิบัติงาน ได้ตามที่กฎหมายกำหนด (จรัส สุวรรณมาลา, 2544) สำหรับจังหวัดเลยมีประชาชนที่ติดเชื้อไวรัสชิคุนคุนยาปี พ.ศ. 2563 นับว่าเป็นอุบัติการณ์เกิดซ้ำประชาชนที่เป็นโรคชิคุนคุนยาได้ให้ข้อเสนอแนะ คือ ต้องการมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการรักษาอาการเบื้องต้น ดังนั้นหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องกับจังหวัดเลย เช่น โรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 101 หน่วยงานในจังหวัดเลยและมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย จะต้องร่วมกันบริการวิชาการความรู้เรื่องการป้องกันโรคนี้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยควรให้ความรู้เรื่องการระบาดของโรคชิคุนคุนยาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การเฝ้าระวังสถานะสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเลย
2. โรงพยาบาลเลยควรจัดหาเวชภัณฑ์สนับสนุนท้องถิ่นสำหรับควบคุมและป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และควรมีหน่วยงานทำหน้าที่เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพเป็นผู้กำหนดมาตรฐานกิจกรรมด้านโรคระบาดชิคุนคุนยาในแต่ละท้องถิ่น
3. องค์การบริหารส่วนจังหวัดเลย ควรให้การสนับสนุนงานให้บริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขแก่ เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยเฉพาะกลุ่มโรคระบาด โดยดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการให้รวดเร็วขึ้น ให้เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่นที่ให้บริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขมีความต่อเนื่องในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน
4. มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ควรให้บริการวิชาการความรู้เรื่องโรคชิคุนคุนยา ในเชิงลึกกับประชาชนในพื้นที่
5. ควรวิจัยเชิงปริมาณเรื่องความคิดเห็นของประชาชนต่อการนำนโยบายด้านสุขภาพลงสู่การปฏิบัติขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย
6. ควรวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของชุมชนในจังหวัดเลยและ
7. ควรวิจัยเชิงปริมาณเรื่องความคิดเห็นของประชาชนต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในจังหวัดเลย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงมหาดไทย. (2562). **แนวทางการปฏิบัติ งานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**. กรุงเทพฯ: กองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ศูนย์ข่าวเวชภัณฑ์.
- _____. (2562). **การถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: กองสาธารณสุขท้องถิ่นกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.
- กรรณิการ์ คำแกม. (2563). **ภาพประกอบที่ 2**. เลย: โรงพยาบาลเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย.
- กรมอนามัย. (2552). **แผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: สำนักที่ปรึกษากรมอนามัย.
- จรัส สุวรรณมาลา. (2544). **การพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, หน้า 191.
- ชยุต อุดมเวชชกร. (2560). **บทบาท การกิจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ**. กรุงเทพฯ: ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ 4.0 พ.ศ. 2560 –2579 อย่างบูรณาการ.
- ตระกูล มีชัย. (2559). **การปฏิรูปประเทศด้านการกระจายอำนาจ การจัดการบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า, หน้า 120.
- ไทยโรจน์ พวงมณี. (เมษายน-มิถุนายน 2559). **การศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนอัตลักษณ์ชุมชนท้องถิ่นสู่การเป็นพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงศิลปะและวัฒนธรรม อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 11(36), 22-33.**
- เทศบาลท่าลี่. (2562). **ข้อมูลบริการสาธารณสุข**. เลย: สำนักงานปลัดเทศบาลท่าลี่.
- _____. (2562). **ข้อมูลผู้สูงอายุ**. เลย: กองการศึกษาเทศบาลตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย.
- นันทวัฒน์ บรมานันท์. (2547). **หลักกฎหมายปกครองเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- พันธกานต์ ราชพัฒน์. (2563). **ภาพประกอบที่ 1 และ 4**. เลย: ตำบลนาโป่ง อำเภอเมือง จังหวัดเลย.
- มานิตา พรธมวดี. (2560). **บทบาท การกิจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ**. กรุงเทพฯ: ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ 4.0 พ.ศ. 2560 –2579 อย่างบูรณาการ.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2559). **กฎกระทรวง**. กรุงเทพฯ: แบ่งส่วนราชการกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2559 เล่มที่ 133 ตอนที่ 6 ก, หน้า 34-35.
- วิมล สิทธิทรยางกูร. (2541). **พฤติกรรมมนุษย์กับสภาพแวดล้อม**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิลาศ อรุณศรี, (2559). **ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579**. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ. (2553). **การกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- ศตวรรษ ภัคมี. (2563). **ภาพประกอบที่ 3**. เลย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโป่ง อำเภอเมือง จังหวัดเลย.
- สรिता มิ่งมาลีโชคชัย.(2561). **การแพร่ระบาดของโรคชิคุนกุนยาช่วง พ.ศ.2552 -2560 ในประเทศไทย**. พิษณุโลก: ภาควิชาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คณะเกษตรศาสตร์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยนเรศวร
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2562). **ข้อมูลโรคระบาดในจังหวัดเลย**. เลย: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเลย. (2562). **ข้อมูลส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย**. เลย: สำนักปลัด.
- Fishbein and Ajzen. 1975. **Belief Attitude Intention and Behavior : An Introduction to theory and Research**. Mass: Addison-Wesley.
- Herzberg. Frederoc and Block Snyderman. (1959). **The Motivation of Work (2nded)**. New York: John Wiley Andersons Inc.
- Pender, N.J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. 2 nd ed. Norwalk: Appleton & Lange.
- Rogers, J. (2005). **Aspiring to leadership—identifying teacher-leaders**. Medical Teacher, 27(7), p 629-633.
- Thavara, Usavadee and team. (2009). **Outbreak of chikungunya fever in Thailand and virus detection in field population of vector mosquitoes, Aedes aegypti (L.) and Aedes albopictus Skuse (Diptera: Culicidae) . Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**. 40(5) September, p.951-962.