

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้รับความนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายไปทั่วโลก โดยพบว่าตลาดสารเคมีเกษตรของโลกมีมูลค่าประมาณ 27,780 ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา (ปี 2545) เฉพาะสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีการใช้ประมาณปีละ 3 ล้านตัน รวม 1,600 ชนิด ภายใต้ชื่อการค้าอันนับหมื่นชื่อ โดยผู้ผลิตสารเคมีเกษตรส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้วคือ สหภาพยุโรป สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น มียอดขายรวมกันถึงร้อยละ 80 ของทั้งโลก โดยสารเคมีเกษตรส่วนใหญ่ถูกส่งไปขายในภูมิภาคอเมริกาเหนือ ร้อยละ 31 รองลงมาคือเอเชียแปซิฟิก ร้อยละ 26 ยุโรปตะวันตก ร้อยละ 21 ละตินอเมริกา ร้อยละ 3 และอื่นๆ ร้อยละ 9 (เดชรัตน์ สุขกำเนิด, 2546) เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้ว ประเทศกำลังพัฒนาใช้สารเคมีน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยองค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศกำลังพัฒนามีการใช้สารเคมีประมาณ 20% ของสารเคมีทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Salameh, et al., 2004) แต่มีสารเคมีหลายชนิดที่ประเทศพัฒนาแล้วสั่งห้ามใช้แต่ยังมีการใช้ในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศและหน่วยงานที่ใช้สารดีดีที (DDT) สามอันดับต้นๆ ของโลกคือ ประเทศอินเดีย บราซิล และหน่วยงานองค์การสหประชาชาติ (UN) ซึ่งใช้ ดีดีที ในการกำจัดยุงที่เป็นพาหะนำไข้มาเลเรีย และใช้เลือดออกประมาณครึ่งหนึ่งของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในประเทศกำลังพัฒนาคือสารเคมีที่มีพิษตกค้างนาน กลุ่มออการ์โนคลอริน เช่น ดีดีที สาเหตุที่ใช้มากเพราะเกษตรกรหรือผู้ใช้เห็นว่ามีความคุ้มค่าและมีพิษต่อสัตว์เลือดอุ่นหรือตัวเกษตรกรเองน้อย ในขณะเดียวกันประเทศที่พัฒนาแล้วยังมีผู้ผลิตสารเคมีบางประเทศยังคงส่งออกสารเคมีที่ห้ามใช้ (Banned or Restricted) ในประเทศของตนส่งขายให้กับประเทศกำลังพัฒนา ด้วยเหตุผลที่มีราคาถูกกว่าปกติสามารถทำกำไรได้มาก โดยไม่สนใจสุขภาพและความเสี่ยงชีวิตของผู้คน (ศักดิ์ดา ศรีนิเวศน์, 2550)

การเกษตรแผนใหม่ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิวัติเขียวในราว ค.ศ. 1960 (พ.ศ. 2503) โดยใช้ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เกษตรและเทคโนโลยี มาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้า ทำให้การปฏิวัติเขียวได้กลายเป็นนโยบายและแนวทางหลักของการพัฒนาประเทศส่วนใหญ่ในโลก นโยบายส่งเสริมการทำเกษตร รวมถึงเทคนิคการปลูกพืชและเลี้ยงสัตว์ได้ถูกกำหนดให้ใช้แนวทางเดียวกันจนกลายเป็นระบบหลักของทุกประเทศรวมถึงประเทศไทย เนื่องจากแนวคิดในเรื่องผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์ที่เน้นความสามารถในการเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร

เป็นจำนวนมากมีผลตอบแทนสูงกับผู้ผลิตได้กลายเป็นแนวทางหลักในการเลือกรูปแบบการผลิตทางการเกษตร ทั้งนี้การปฏิบัติเขียวได้เข้าสู่ประเทศในเอเชียตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยประเทศผู้ชนะสงครามได้นำการเกษตรกรรมที่เรียกว่า “เกษตรกรรมแผนใหม่” ที่เน้นการใช้สารเคมีสังเคราะห์เข้ามาสู่ประเทศญี่ปุ่น และได้แพร่ต่อไปยังประเทศพันธมิตร เช่น เกาหลีใต้ และอีกหลายประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย และไทย เป็นต้น และได้พัฒนากลายเป็นแนวทางหลักในการผลิตทางการเกษตรหลักของประเทศในเอเชีย (อาณัฐ ตันโช, 2550)

การพัฒนาประเทศไทยในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา ทำให้มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ได้รับเอาแนวคิดการผลิตภาคเกษตรกรรมแผนใหม่มาใช้โดยมุ่งไปที่การทำเกษตรอุตสาหกรรม โดยการแปรสภาพจากการผลิตเพื่อบริโภคภายในประเทศไปสู่การผลิตเพื่อการส่งออก ทำให้เกษตรกรต้องการเพิ่มผลผลิตให้ได้มากที่สุด แต่เกษตรกรมักประสบปัญหาการระบาดของโรคพืชและแมลงศัตรูพืช ทำให้ปริมาณและคุณภาพของผลผลิตลดลง เกษตรกรจึงจำเป็นต้องหาวิธีการในป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคและแมลงศัตรูพืชเหล่านั้นให้ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเกษตรกรจึงจำเป็นต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยสถิติข้อมูลการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ในปี พ.ศ. 2539 มีการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร จำนวน 45,701 ตัน มูลค่า 4,922 ล้านบาท และในปี พ.ศ. 2547 ปริมาณการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ถึง 93,531 ตัน คิดเป็นมูลค่า 9,596 ล้านบาท หมายความว่าในช่วงประมาณ 10 ปี เกษตรกรใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่า ซึ่งสารเคมีเหล่านี้ได้กระจายสู่ทุกภูมิภาค ทำให้เกษตรกรนิยมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลายเนื่องจากหาซื้อได้ง่าย โดยในปี พ.ศ. 2536 พบว่า มีจำนวนร้านค้าที่จำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประมาณ 2,000 ร้าน แต่ในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนร้านค้าเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 5,000 ร้าน ซึ่งร้านค้าเหล่านี้แทรกซึมอยู่ในทุกอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (กรมวิชาการเกษตร, 2549)

ถึงแม้ว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะสามารถป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคและแมลงศัตรูพืชได้และทำให้สามารถเพิ่มผลผลิตให้มากขึ้น แต่ผลกระทบที่ตามมาเนื่องจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งเกษตรกรผู้ผลิตและผู้บริโภค ตลอดจนส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมโดยรวมอย่างมากเพราะนอกจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่จะตกค้างในสิ่งแวดล้อมโดยตรงแล้ว อีกร้อยละ 25 ที่เหลือยังก่อให้เกิดปัญหาในรูปแบบของสารพิษตกค้างในผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร และที่สำคัญคือเกษตรกรเพราะเป็นผู้ที่ได้รับอันตรายจากสารพิษทางการเกษตรโดยตรง เนื่องจากเกษตรกรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการ

ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้ต้องพึ่งพิงสารอันตรายเหล่านี้มากขึ้น เมื่อมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณมากๆ โดยขาดความรู้และขาดความระมัดระวังในการป้องกันตนเอง รวมถึงการใช้โดยไม่ตระหนักถึงภัยอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเคมีและการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้สารเคมีให้ถูกต้อง (วิศิษย์ วัชรเทวินทร์กุล, 2533) นอกจากนี้ การใช้สารเคมีในปริมาณมากเกินไปและการใช้ที่ผิดวัตถุประสงค์ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงมากที่เกษตรกรจะได้รับอันตรายจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมทั้งผู้บริโภคได้รับอันตรายจากการบริโภคสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ตกค้างในพืชผลทางการเกษตรอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (สุรเดช เดชคุ้มวงศ์, 2543)

ในหลายประเทศที่มีการใช้สารเคมีในการเกษตรอย่างกว้างขวาง พบว่า มีข้อมูลการเจ็บป่วยหรือกลุ่มอาการที่เกิดจากพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่น่าเชื่อถือรวบรวมไว้ค่อนข้างน้อย และจำนวนตัวเลขที่แสดงในแต่ละปีมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากข้อมูลที่ได้เป็นเพียงข้อมูลบางส่วนของปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และมีการรายงานการเกิดโรคจากพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นบางกรณีเท่านั้น เช่น เกิดจากการกินสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อฆ่าตัวตาย แต่กรณีที่เกิดขึ้นจากการประกอบอาชีพ ซึ่งส่วนมากมีอาการปานกลาง หรือไม่รุนแรง จะไม่มีการบันทึกไว้ในรายงาน เนื่องจากไม่ได้ไปรับการรักษาพยาบาล รวมทั้งได้รับการวินิจฉัยที่ผิดเนื่องจากพิษที่เกิดจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชบางครั้งมีอาการคล้ายคลึงกับความเจ็บป่วยอย่างอื่น ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ตัวเลขผู้ป่วยที่เกิดจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีอยู่ต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งจากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2549) ตั้งแต่ปี 2541-2548 พบว่า ปี 2541 มีผู้ป่วยด้วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 4,398 ราย (อัตราป่วย 7.16 ต่อประชากรแสนคน) ปี 2542 จำนวน 4,169 ราย (อัตราป่วย 6.77 ต่อประชากรแสนคน) ปี 2543 จำนวน 3,109 ราย (อัตราป่วย 5.03 ต่อประชากรแสนคน) ปี 2544 จำนวน 2,653 ราย (อัตราป่วย 4.27 ต่อประชากรแสนคน) ปี 2545 จำนวน 2,571 ราย (อัตราป่วย 4.11 ต่อประชากรแสนคน) ปี 2546 จำนวน 2,342 ราย (อัตราป่วย 3.72 ต่อประชากรแสนคน) และปี 2548 จำนวน 1,321 ราย (อัตราป่วย 2.12 ต่อประชากรแสนคน) ถึงแม้อัตราป่วยจะมีแนวโน้มลดลง แต่สถานการณ์อัตราป่วยยังคงรุนแรงและตัวเลขดังกล่าวยังต่ำกว่าความเป็นจริง โดยจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุดของประเทศ 5 อันดับแรก ได้แก่ กำแพงเพชร พิจิตร สุโขทัย อุทัยธานี และนครสวรรค์ ตามลำดับ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้ปัญหาสุขภาพมีซับซ้อนมากขึ้น แบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นโรคที่เกิดจากสภาวะแวดล้อมที่เสื่อมโทรมและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม ในขณะเดียวกันอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้องปฏิบัติภารกิจ

ภายใต้สภาวะแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่ยากยิ่งขึ้น จึงได้มีการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งองค์กรเป็นชมรม อสม. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และเป็นศูนย์รวมของการให้การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม อีกทั้งเพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะขององค์กร อสม. ให้สามารถดำเนินบทบาทในการเป็นผู้โน้มนำ อสม. ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนและสังคมโดยรวม ทั้งนี้โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับให้การสนับสนุนแนะนำ ให้คำปรึกษา และจัดการประชุม อบรม สัมมนา เพื่อพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในด้านการบริหารจัดการองค์กร การพัฒนาองค์กร การประสานงาน การสร้างเสริมเครือข่าย การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาในชุมชน เป็นการสร้างและประสานเครือข่าย ทั้งภายในและภายนอกเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการพัฒนา (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2549) แต่ในการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. เพื่อให้สามารถดำเนินการพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่ผ่านมานั้น ยังอยู่ในรูปการพึ่งพากรัฐเป็นส่วนใหญ่โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดภาระงานที่ต้องดำเนินการ กำหนดรูปแบบการดำเนินงานและทรัพยากรในการดำเนินงาน แล้วมอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จัดการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ อสม. ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นไปในรูปของการอบรมให้ความรู้เพื่อให้ อสม. นำความรู้ที่ได้ไปประกอบการปฏิบัติงาน (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2542) ซึ่งการกำหนดวิธีการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของ อสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น ทำให้การดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของ อสม. ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามที่กระทรวงสาธารณสุขคาดหวัง (ประจวบ เหลลมหลัก, 2547) และยังพบว่า อสม. สามารถทำหน้าที่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมอบหมายได้ดี แต่ในประเด็นเกี่ยวกับการคิดริเริ่ม และการตัดสินใจในการพัฒนาสุขภาพอนามัยในชุมชนโดยการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้องหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังอยู่ในระดับน้อย (สมโภชน์ แก้วรักษา, 2548) นอกจากนี้หลังจากมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีผลบังคับใช้ ทำให้งบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เคยจัดสรรให้กับกระทรวงสาธารณสุขและส่งผ่านไปยังกองทุนหมู่บ้านจัดการสุขภาพเพื่อให้ อสม. ได้นำไปใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ได้ถูกจัดสรรและถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง ทำให้ อสม. ประสบปัญหาในการเขียนแผนงาน/โครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณดังกล่าว เนื่องจาก อสม. ขาดความรู้และทักษะในการค้นหาปัญหาเพื่อวางแผนและเขียนข้อเสนอโครงการขอรับงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง

งบประมาณในการจัดอบรม อสม. ใหม่ และการอบรมฟื้นฟูเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ในระดับจังหวัดได้รับการจัดสรรน้อยลง อสม. จึงขาดการพัฒนาสมรรถนะที่ต่อเนื่อง ทำให้ อสม. ขาดความรู้ ทักษะและทัศนคติด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และมีความแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ที่มีขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดย อสม. จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพอันเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน (รจยา ชัชวาลยางกูร, 2549) โดยในการให้ความรู้ ควรเน้นการทำมวลชนสัมพันธ์ มากกว่าการอบรม สิ่งที่ต้องพัฒนาคือ การสร้างเครื่องมือในการนิเทศสัมพันธ์คือ การใช้กระบวนการที่เจ้าหน้าที่ไปพบปะกับ อสม. เพื่อเยี่ยมเยียนและให้ความรู้ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ การเพิ่มความรู้ให้กับ อสม. ควรจำแนกกลุ่ม อสม. ควรจัดการอบรมให้มีความรู้พื้นฐานในด้านการดูแลสุขภาพ และพัฒนาความเป็นผู้นำมากขึ้น โดยเน้นหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน รวมทั้งการพัฒนาทักษะความสามารถของ อสม. จำเป็นต้องพัฒนาการเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ การเป็นวิทยากรในการอบรม หรือการประชุม และการเจรจาต่อรอง (รับร้องทุกข์ / สิทธิ) ให้มีความสามารถมากยิ่งขึ้น (แสงเทียน อัจฉิมางกูร และคณะ, 2549)

แนวคิดในการพัฒนาสมรรถนะเชื่อว่า บุคลากรจะทำงานดีหรือไม่อยู่ที่สมรรถนะของแต่ละคนคือการยึดหลักเหตุและผลคือบุคลากรที่มีสมรรถนะสูงจะทำให้มีผลงานสูงกว่าคนที่สมรรถนะต่ำ ดังนั้นในการประเมินผลงานบุคคลจะประเมินจากสมรรถนะ (Input) ไม่ใช่ผลงาน (Output) เพราะสมรรถนะสามารถพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้ ส่วนผลงานเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ปรับปรุงแก้ไขได้ยากกว่า แนวคิดในการพัฒนาสมรรถนะจึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ หรือขีดความสามารถของ อสม. ในการทำงานในระดับชุมชนเพราะมีฐานแนวคิดหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่ง อสม. นับว่าเป็นองค์กรชุมชนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อน เชื่อมโยงประสานและสานต่อระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชนเพราะมีการรวมตัวกันเป็นองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม มีบทบาทภารกิจชัดเจน มีการกำหนดคุณสมบัติความรู้ และกระบวนการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ หาก อสม. ได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มความรู้เฉพาะในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ในด้านการพัฒนาอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะทำให้องค์กรของ อสม. สามารถ

ทำงานเชิงรุกเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2550)

เนื่องจากบุคคลมีตัวกำหนดวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงเกิดแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพ แนวใหม่คือการเสริมสร้างพลัง (Empowerment) ซึ่งเป็น กระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล กลุ่มบุคคลและชุมชน หรือองค์กรมีพลัง และมีความสามารถในการควบคุม และร่วมมือกันในการควบคุม การเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และหาแนวทางแก้ปัญหา ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ และนำตนเองไปสู่สุขภาพที่ดีได้ นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการทางสังคม (Social Action Process) ที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตนเองและใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Gibson, 1991; Minkler, 1990; Rappaport, 1984) รวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรและชุมชนสามารถควบคุม หรือมีความสามารถในการเลือก และกำหนดอนาคตของชุมชนและสังคม (Wallerstein and Bernstein, 1988) ดังนั้นการเสริมสร้างพลัง จึงเป็นกระบวนการพัฒนาคน และกลุ่มบุคคล และชุมชนโดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกันร่วมกัน การระบุปัญหาตลอดจนวิเคราะห์หาสาเหตุ และความเป็นมาของปัญหา โดยใช้วิจารณ์ญาณ มีการมองภาพ หรือชุมชนของตนที่ควรจะเป็น และร่วมกันพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขปัญหามุ่งสู่บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ อีกทั้งเป็นการเพิ่มพูนความสามารถของบุคคล ในการค้นพบความต้องการที่แท้จริงของตน แก้ปัญหาของตน และรู้จักใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการกำหนดหรือควบคุมในการดำเนินชีวิตของตนเอง นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังยังเป็นทั้งกระบวนการ (Process) และเป็นผลลัพธ์ (Outcome) เพราะการเกิดพลังนั้นต้องเริ่มจากบุคคลและชุมชนตระหนักในปัญหา และเห็นความสำคัญของปัญหา จึงรวมตัวกันขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน แบ่งปันอำนาจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้วิธีการปฏิบัติ (Action) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อให้เกิดความรู้สึกนึกคิด (Consciousness) มองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาและได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ส่วนการเสริมสร้างพลังมีการพัฒนาให้มีความเข้มแข็งพอที่จะควบคุมตนเองจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้ดำเนินชีวิตไปในทางที่ถูกต้องและประเมินได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วม การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่ม (Simons - Morton and Davis Crump, 1996)

สำหรับจังหวัดสุโขทัยนั้น มีรายงานว่าในปี 2544 พบผู้ป่วยด้วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 165 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 26.41 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2545 พบผู้ป่วยด้วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 130 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 20.81 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2546 พบผู้ป่วยด้วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 122 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 19.57 ต่อประชากรแสนคน (อัตราป่วยของภาคเหนือ 10.82 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยของประเทศ 3.72 ต่อประชากรแสนคน) และในปี 2548 พบผู้ป่วยด้วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 66 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10.80 ต่อประชากรแสนคน (อัตราป่วยของภาคเหนือ 5.12 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยของประเทศ 2.12 ต่อประชากรแสนคน) (สำนักกระบวนวิชา, 2549) ถึงแม้ว่าอัตราป่วยในระดับจังหวัดจะมีแนวโน้มลดลง แต่ลดลงไม่มาก และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราป่วยระดับประเทศแล้ว พบว่า มีอัตราป่วยสูงกว่าระดับประเทศถึงประมาณ 5 เท่า นอกจากนี้ ในปี 2546 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร จำนวน 2,888 คน พบว่า ร้อยละ 34.11 มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างอยู่ในระดับไม่ปลอดภัยและมีความเสี่ยง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2546) รวมทั้งจากผลการศึกษาของจริยา ม่วงงาม (2544) ที่พบระดับเอนไซม์โคลีเนสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรชาวไร่ยาสูบ จังหวัดสุโขทัย อยู่ในระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 51.0 และในระดับที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 20.5

ถึงแม้จะมีหน่วยงานที่ราชการรับผิดชอบเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และสำนักงานเกษตรจังหวัดสุโขทัย แต่สถานการณ์ปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของจังหวัดสุโขทัยยังอยู่ในระดับรุนแรง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้ได้ผลจริงจึงและต่อเนื่องจำเป็นต้องใช้กลไกการขับเคลื่อนโดย อสม. เพราะเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพภาคประชาชน เนื่องจาก อสม. เป็นฟันเฟืองที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นตัวเชื่อมประสานระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนและเป็นตัวแทนทางด้านสุขภาพในชุมชน อีกทั้งเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับชุมชนอย่างแท้จริงเพราะเป็นผู้ที่ประชาชนรักใคร่ให้การยอมรับนับถือ เพราะเป็นชาวบ้านด้วยกัน ทำให้มีความใกล้ชิดสนิทสนม สามารถรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ วิถีชีวิต บริบทและเงื่อนไขทางสังคมของชุมชน ของชาวบ้านได้อย่างเข้าใจ ถ้า อสม. มีสมรรถนะในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เหมาะสมย่อมส่งผลสะท้อนถึงระบบสุขภาพภาคประชาชนทำให้ระบบสุขภาพประชาชนได้รับการขับเคลื่อนไปในทิศทางที่ถูกต้องผ่านตัวจักรสำคัญคือ อสม. ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การพัฒนา

สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการเสริมสร้างพลังที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน

### คำถามในการวิจัย

1. สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นอย่างไร
2. การใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังสามารถพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนได้หรือไม่อย่างไร
3. มีปัจจัยและเงื่อนไขใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการเสริมสร้างพลังที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการเสริมสร้างพลังที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขด้านบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน
4. เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการเสริมสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้แผนชุมชนและโครงการในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชุมชนในพื้นที่



2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไข ปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตลอดจนจัดทำแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหามาจากสารเคมี กำจัดศัตรูพืชได้

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. สมรรถนะ หมายถึง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการแก้ไขปัญหามาจาก สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ดังนี้

1.1 สมรรถนะด้านความรู้ หมายถึง สิ่งที่ อสม. รู้และเข้าใจในหลักการ แนวคิดเฉพาะ ด้านเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ โทษภัยและอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การ ป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการแก้ไขปัญหามาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

1.2 สมรรถนะด้านทักษะ หมายถึง สิ่งที่ อสม. รู้และสามารถทำได้เป็นอย่างดี ได้แก่ ทักษะในด้านการวิเคราะห์ปัญหา ทักษะในการจัดทำแผนงาน/โครงการ และทักษะการประเมินผล

1.3 สมรรถนะด้านพฤติกรรม หมายถึง ท่าที ความรู้สึกที่ อสม. มีต่อสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชและบทบาทของ อสม. ในการแก้ไขปัญหามาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งจะเป็นพลังผลักดันให้ อสม. มีพฤติกรรมที่ต้องการ

2. การเสริมสร้างพลัง หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างให้ อสม. มีพลังและมีความสามารถระดับบุคคล โดย ความสามารถของ อสม. เกิดจากการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ ทำความเข้าใจกับปัญหา และฝึกทักษะในการแก้ปัญหามาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การเสริมสร้าง พลังในระดับบุคคลนี้ ทำให้ อสม. รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ มีอำนาจในการควบคุม ตนเองให้ดำเนินชีวิตไปในทางที่ปลอดภัยจากสารเคมี ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมและความสามารถนี้จะขึ้นอยู่กับคุณภาพและประสิทธิภาพที่ไม่เท่าเทียมกันของ อสม. แต่ละบุคคล ซึ่งวิธีการเสริมสร้างพลังเพื่อเพิ่มความสามารถในตัวบุคคล กระทำโดยการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งของจิตใจ เพื่อให้ อสม. สามารถพัฒนาความรู้สึกที่ต้องการต่อสู้ หรือเอาชนะตนเอง ในการเริ่มกิจกรรมใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหามาจากสารเคมี ส่วนการพัฒนาความรู้สึกในกลุ่ม ให้ กระทำโดยการปลูกจิตสำนึกในตัวสมาชิกของกลุ่มให้มีความรู้สึกร่วมที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การตระหนักถึงโครงสร้างหน้าที่ทางสังคมของ อสม. ที่มีอิทธิพลต่อ กลุ่มและสังคม

3. สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง วัตถุมีพิษที่ได้มาจากธรรมชาติหรือสังเคราะห์ขึ้นมา โดยมนุษย์นำมาใช้กำจัด ทำลาย ควบคุม และป้องกันสิ่งมีชีวิตหลายชนิดที่เป็นศัตรูของพืช สัตว์

และมนุษย์ หรือเบียดเบียนความเป็นอยู่ของมนุษย์และสัตว์เลี้ยง เช่น เชื้อโรค ปาราสิต แมลงวัน ยุง แมลงสาบ หนู วัชพืช ศัตรูพืช ซึ่งนำพาโรคภัยไข้เจ็บร้ายแรงมาสู่มนุษย์ และทำความเสียหายต่อพืชผักที่เป็นแหล่งอาหารของมนุษย์

4. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน / ชุมชน

5. วิถีชีวิตและบริบทของชุมชน หมายถึง รูปแบบพฤติกรรมที่บุคคลถือปฏิบัติในชีวิตประจำวัน วิถีชีวิตมีความสัมพันธ์กับบริบททางกายภาพ สังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นที่อยู่อาศัยและปรัชญาในการดำเนินชีวิต

6. กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ หมายถึง ขั้นตอน วิธีการในพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชภายใต้บริบทและวิถีชีวิตของชุมชน ด้วยการพัฒนาสมรรถนะความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้บทบาทและการจัดการความรู้ การพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและการพัฒนาสมรรถนะด้านพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้บทบาทและการรับรู้ความสามารถตนเอง

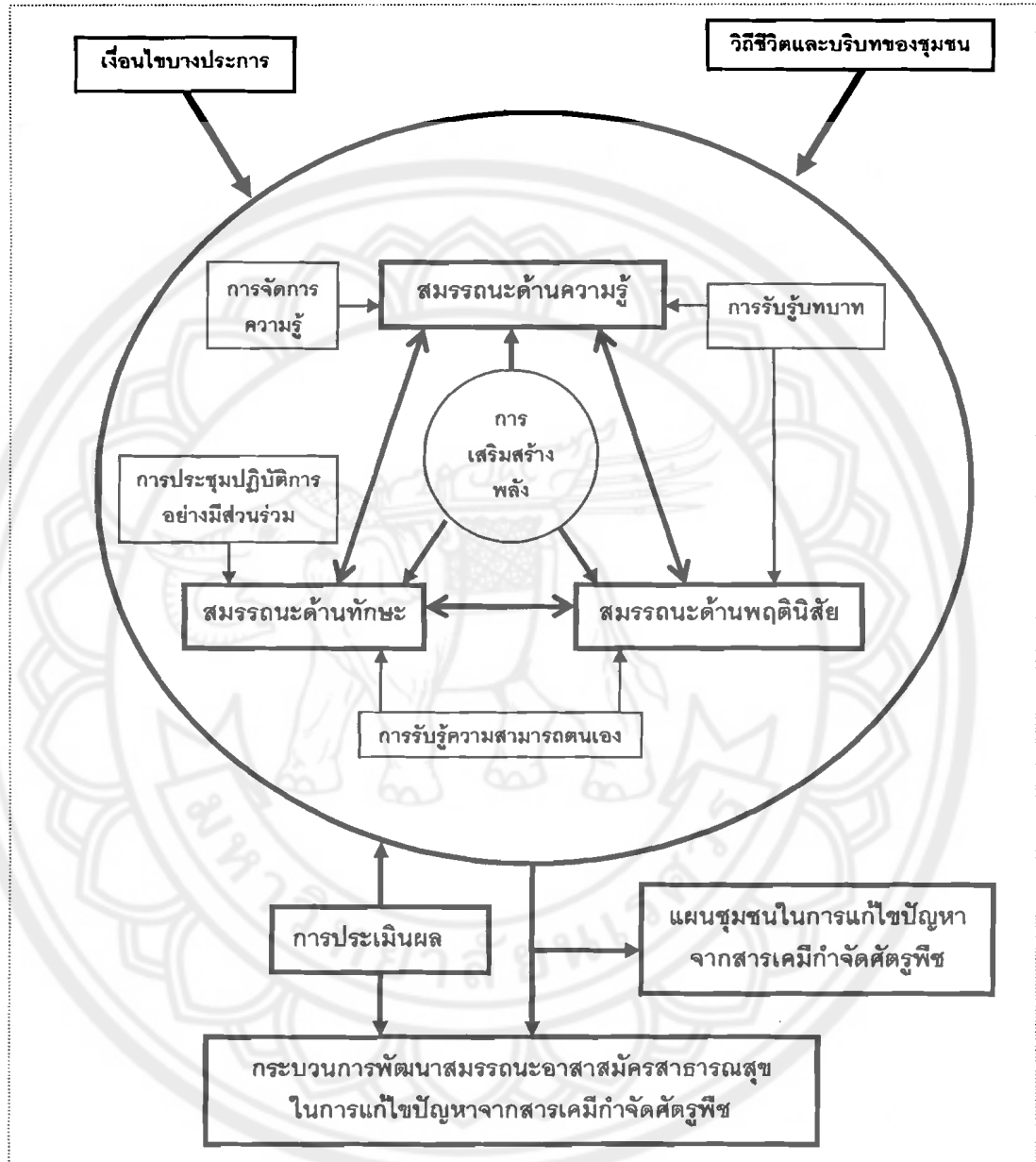
และมนุษย์ หรือเบียดเบียนความเป็นอยู่ของมนุษย์และสัตว์เลี้ยง เช่น เชื้อโรค ปาราสิต แมลงวัน ยุง แมลงสาบ หนู วัชพืช ศัตรูพืช ซึ่งนำพาโรคภัยไข้เจ็บร้ายแรงมาสู่มนุษย์ และทำความเสียหายต่อพืชผักที่เป็นแหล่งอาหารของมนุษย์

4. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน / ชุมชน

5. วิถีชีวิตและบริบทของชุมชน หมายถึง รูปแบบพฤติกรรมที่บุคคลถือปฏิบัติในชีวิตประจำวัน วิถีชีวิตมีความสัมพันธ์กับบริบททางกายภาพ สังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นที่อยู่อาศัยและปรัชญาในการดำเนินชีวิต

6. กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ หมายถึง ขั้นตอน วิธีการในพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชภายใต้บริบทและวิถีชีวิตของชุมชน ด้วยการพัฒนาสมรรถนะความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้บทบาทและการจัดการความรู้ การพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและการพัฒนาสมรรถนะด้านพฤติกรรมนิสัยโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้บทบาทและการรับรู้ความสามารถตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย