

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า บ้านสันช้างมูบ ตำบลคันเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาและรวบรวมจากเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน
2. โรคพิษสุนัขบ้าและการป้องกัน
3. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

การมีส่วนร่วมของประชาชน (people participation)

1. ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน

ได้มีนักวิชาการและองค์กรต่างๆ ให้ความหมายในหลายลักษณะ หลายรูปแบบดังนี้ องค์กรสหประชาชาติ (United Nation , 1975, อ้างใน ธวัช เบญจาทิกุล, 2529, หน้า 20) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า "เป็นกิจกรรมที่มวลชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการพัฒนา เข้าร่วมดำเนินการ ในการใช้ความพยายามในการพัฒนา และได้รับส่วนแบ่งในผลประโยชน์จากการพัฒนา"

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526, อ้างใน เมธี จันทร์จรุภรณ์และสุธิดา รัตนวาณิชพันธ์, 2541, หน้า 5) ได้อธิบายความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าหมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชน ได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มการพิจารณา ตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบมาถึงตัวประชาชนเอง และการที่จะสามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นแล้ว จำเป็นที่จะต้องยอมรับปรัชญาที่ว่า มนุษย์ทุกคนต่างปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของกลุ่ม ขณะเดียวกันจะต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจว่า มนุษย์สามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้ทางที่ถูกต้อง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์(2527, หน้า 2) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนคือการที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้และ

กระจายทรัพยากร ตลอดจนปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทาง เศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม ในการมีส่วนร่วม ประชาชนได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญา ซึ่งแสดงออกในรูปการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของ ตนอย่างเป็นตัวของตัวเอง

บิวเรศ ประไซโยและคณะ(2538, อ้างใน ยุทธ เทพกุล, 2541, หน้า 17) กล่าวว่า การมี ส่วนร่วมหมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของกลุ่มมีความสนใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อ เป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน

ปรัชญา เวสารัชช (2528, หน้า 5) ได้ให้นิยามของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็น การที่ประชาชนเข้าเกี่ยวข้องโดยการใช้ความพยายามหรือใช้ทรัพยากรบางอย่างส่วนตน ในกิจกรรม ซึ่งมุ่งสู่การพัฒนาชุมชน

สุจินต์ ดาววิระกุล (2527, อ้างใน เพ็ญฟ้า ฅมานุรักษ์, 2530, หน้า 13) ได้ให้ความหมาย ของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึงกระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสนใจเข้ามา มีส่วนในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจ เพื่อตนเอง และมีส่วนดำเนินการ เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ตั้งที่ปรารถนา หรือที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ ต้องมิใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

อดิน รพีพัฒน์ (2527, หน้า 320) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า การมีส่วนร่วมเป็นการให้ประชาชนเป็นผู้ค้นคิดปัญหา เป็นผู้ที่ทำทุกอย่าง ไม่ใช่เป็นการกำหนดให้ ประชาชนเข้าร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องของประชาชนที่คิดขึ้นมา

เลวิน (Lewin, มปป, อ้างใน วัชรารัตน์ เขียววัฒนา, 2536, หน้า 45.) กล่าวว่า การได้มี ส่วนร่วม (participation) ในการช่วยแก้ปัญหาบางอย่างทำให้บุคคลที่มีส่วนร่วมนั้นเกิดความรู้สึก พอใจต่อวิธีการแก้ปัญหานั้น เพราะบุคคลนั้นมีความรู้ดีกว่าตนเองได้ "ลงทุน" ในการตัดสินใจ ได้ อุทิศพลังงานทุกอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งกระบวนการเหล่านี้ มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติของตนเอง

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527, หน้า 183) และเดวิส คีซ (Davis Keith, 1972, อ้างใน สมภพ ฅชินธนานันท์, 2541, หน้า 13) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่คล้ายคลึงกัน โดย กล่าวว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional involvement) ของบุคคลในสถานการณ์กลุ่ม (group situation) ซึ่งผลการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุ เร้าใจให้กระทำการให้ บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับ กลุ่มดังกล่าวด้วย

ลือชัย ศรีเงินยวงและผาสุก เอกฉนิช (2526, อ้างใน บังอร อุตริภักดิ์, 2528, หน้า 13) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงจะต้องไม่หมายความเพียงแต่การดึงประชาชนเข้ามาร่วมโครงการที่รัฐเป็นผู้กำหนด "รูปแบบเป้าหมายของงาน" และ "กำหนดให้มีการเข้าร่วมงาน" ดังที่ผ่านมา แต่จะต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างมีสำนึกรับผิดชอบ และมีบทบาทอย่างเต็มที่ ตั้งแต่คิดค้นปัญหา วางแผนปฏิบัติงาน ดูแลกำกับ ตลอดจนประเมินผล คิดตามงานการมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริง จะต้องหมายถึงการมอบอำนาจอธิปไตยขั้นพื้นฐานคืนสู่ประชาชน การพยายามจัดตั้งและพัฒนาองค์กรประชาชนให้เข้มแข็งบนพื้นฐานของการพึ่งพาตนเองเป็นสำคัญ

จากความหมายของการมีส่วนร่วมสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงการดำเนินกิจกรรมโดยประชาชน ซึ่งจะต้องเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจของประชาชน ในชุมชน รวมทั้งประชาชนจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจ คิดค้นปัญหา วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผล โดยการดำเนินการดังกล่าว จะต้องมีเป้าหมายร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหา และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประชาชน กับทั้งให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันด้วย

2. ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมจะแบ่งเป็นหลายขั้นตอนแตกต่างกัน ตามแต่วิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนดังที่นักวิชาการต่างๆ ได้กล่าวไว้ดังนี้

จอห์น เอ็ม โคเฮน และนอร์แมน ที อัฟฮอฟฟ์ (John M.Cohen and Norman T.Uphoff, 1980, pp. 219-222) ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนคือ

2.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นการแสดงออกด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบ หรือกำหนดระบบของโครงการ เป็นการประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่จะสามารถเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา (ทัศนีย์ ไทยภิรมย์, 2526, อ้างใน ชวัช เบลญาธิกุล, 2529, หน้า 21) ซึ่งในขั้นตอนนี้ ได้แบ่งเป็น 3 ส่วน (จอห์น เอ็ม โคเฮน และนอร์แมน ที อัฟฮอฟฟ์, 1980, P 219) ได้แก่

2.1.1 การมีส่วนร่วมในขั้นต้น (initial decision) เป็นการค้นหาความต้องการที่แท้จริง วิธีการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมของโครงการ

2.1.2 การมีส่วนร่วมในขั้นเตรียมการ (ongoing decision) เป็นการหาโอกาสหรือช่องทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งลำดับความสำคัญของโครงการที่จะต้องดำเนินการ

2.1.3 การมีส่วนร่วมในขั้นการตัดสินใจปฏิบัติการ (operating decision) เป็นการหาบุคลากรเข้ามาปฏิบัติการ ได้แก่ อาสาสมัคร ผู้ประสานงาน หรือกลุ่มที่รวมกันตามประเพณี

เช่นกลุ่มสตรี หรือกลุ่มหนุ่มสาว เพื่อที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยการเป็นสมาชิก ร่วมดำเนินการ การคัดเลือกผู้นำ และการสร้างพลังอำนาจให้แก่องค์กร

2.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) เป็นการดำเนินงานตามโครงการ และแผนงาน (ทัศนีย์ ไทยภิมย์, 2526, อ้างใน ธวัช เบญจจาริกุล, 2529, หน้า 21) และเป็นการก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏ (ฉิรยุทธ ฉันทิกุล, 2534, หน้า 12) ได้แบ่งเป็น 3 ส่วน (จอห์น เอ็ม โคนเฮน และนอร์แมน ที อีพซอฟฟ์, 1980, P 219) คือ

2.2.1 การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร (resource contribution) ได้แก่ การมีส่วนร่วมสละแรงกาย การสละเงิน การให้วัสดุอุปกรณ์ และการให้คำแนะนำ ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้จะให้ความช่วยเหลือ

2.2.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (administration and co-ordination) จะมีส่วนร่วมโดยวิธีการจ้างบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ การฝึกอบรมผู้ที่เข้าปฏิบัติในโครงการ หรือการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ และเป็นผู้ประสานงานในโครงการด้วย

2.2.3 การมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ (programmer enlistment activities) เป็นการเข้ามีส่วนร่วมโดยการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ พบว่ามีลักษณะเป็นการบังคับให้เข้าปฏิบัติในโครงการมากที่สุด การมีส่วนร่วมโดยการบังคับให้ปฏิบัติจะต่างจากการให้ความร่วมมือ เพราะการบังคับให้ทำนั้น ผลประโยชน์ (benefits) จะไม่ใช่เป็นสิ่งที่สำคัญ แต่ถ้าเป็นการมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจนั้น จะมีการคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเกิดการมีส่วนร่วมด้วย

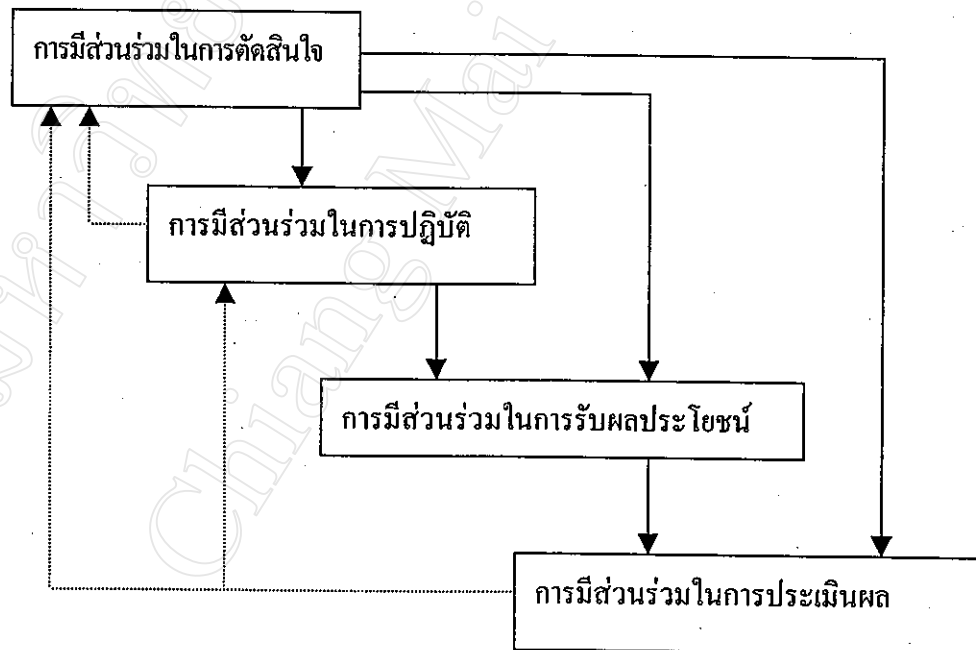
2.3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

2.3.1 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านวัตถุ (material benefits) ได้แก่ การมีส่วนร่วมการเพิ่มผลผลิต รายได้ หรือทรัพย์สิน

2.3.2 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านสังคม (social benefits) ได้แก่ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ สังคม เช่น โรงเรียน สถานที่สาธารณะ หรือส่วนกลางของชุมชน เช่น การเพิ่มคุณภาพชีวิต การเกิดระบบน้ำประปา

2.3.3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านบุคคล (personal benefits) ได้แก่ ความนับถือตนเอง (self-esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (political power) ความคุ้มค่าของผลประโยชน์ (sense of efficacy)

2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) หมายถึงการมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นการค้นหาข้อดี และข้อบกพร่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป (ถิรยุทธ ฉันทิกุล, 2534, หน้า 12) และเป็นการประเมินผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นระยะ (ทัศนีย์ ไทยภิรมย์, 2526, อ่างใน ธวัช เบญจจาริกุล, 2529, หน้า 21) แต่การมีส่วนร่วมในขั้นนี้ส่วนใหญ่บทบาทดังกล่าวจะเป็นของเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยจะเป็นการประเมินผลของงบประมาณที่จัดสรรนั้นนำไปใช้อย่างไร บางกรณีแม้แต่เจ้าหน้าที่ในส่วนท้องถิ่น ยังไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนดังกล่าว การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนี้จะเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของพลังความคิดของมวลชนที่จะทำให้โครงการพัฒนาหรือสามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป (จอห์น เอ็ม โคนัน และนอร์แมน ที อัฟฮอฟฟ์ (1980, P 219) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของ นอร์แมน และอัฟฮอฟ
(Major kinds of participation by Norman and Uphoff, 1980 , p. 219)

นอกจากนี้ นักวิชาการบางท่านยังได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมแตกต่างจากที่กล่าวมา โดยจะมีขั้นตอนการวางแผนร่วมด้วย ดังเช่น อคิน รพีพัฒน์(2527, หน้า 100)ได้แบ่งขั้นตอนในการมีส่วนร่วมดังนี้คือ การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางในการแก้ไข การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผน พัฒนาแก้ไขปัญหา การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน และการประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมในการวางแผนเป็นการวิเคราะห์สาเหตุ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา พิจารณาทางเลือก (ทัศนีย์ ไทยภิมย์, 2526, อ้างใน รัช เบญจารีกุล, 2529, หน้า 21) ซึ่งการเลือกกลยุทธ์การพัฒนา ควรจะเป็นประชาชนในชุมชน เพื่อจะสามารถกำหนดกลยุทธ์ให้เหมาะสม สอดคล้องกับทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน

ในการมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนอาจไม่ได้เข้าร่วมทุกขั้นตอน ซึ่งอาร์ลีน โฟนารอฟ (Arlene Fonaroff, มปพ, อ้างใน บังอร ฤทธิภักดี ,2528,หน้า 14) ได้เสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องประกอบด้วยอย่างน้อย 1 ใน 4 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมคือ การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตาม และประเมินผล การดำเนินงาน การใช้บริการจากโครงการ และการมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์ เห็นได้จากการศึกษาของ บังอร ฤทธิภักดี (2528) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่ากิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ ไม่ใช่กิจกรรมตามแนวคิดของการให้ความร่วมมือของประชาชน (people's participation) แต่เป็นการให้ความร่วมมือ โดยรัฐเป็นผู้กำหนดรูปแบบของการดำเนินงาน ประชาชนเป็นเพียงผู้ให้ความร่วมมือ และมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่รัฐกำหนดในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน กระบวนการดำเนินงานตั้งแต่กำหนดปัญหา การวางแผน การประเมินผล และการควบคุมตรวจสอบ แทบจะไม่มีการมีส่วนร่วมของประชาชนเลย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทัศนีย์ พิริยาสัยสันติ (2537) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสถาบันชุมชน พบว่าเจ้าหน้าที่ราชการและคณะกรรมการบริหารกลุ่มจะมีส่วนในการกำหนดกฎเกณฑ์การดำเนินงานของกลุ่ม ส่วนการได้รับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม จะไม่มีการควบคุมดูแลจากสมาชิกเลย เพราะ โครงการไม่เอื้ออำนวยต่อการตรวจสอบของสมาชิก

นอกจากนี้ พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในแต่ละขั้นตอนยังมีระดับมากน้อยแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ บารมี ขุนนิรงค์ (2541) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการประมงหมู่บ้าน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มากที่สุด รองลงมาเป็นการมีส่วนร่วมในการประสานงานและประชาสัมพันธ์ การปรึกษาหารือกับเพื่อนเกษตรกร และการมีส่วนร่วมในการดูแลการเลี้ยงปลาตามลำดับ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ

อนุศิษฐ์ สมฤทธิ์ (2542) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ พบว่า พระสงฆ์มีส่วนร่วมในการประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์ในระดับมาก และมีส่วนร่วมในการวางแผน และการปฏิบัติในระดับน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของจิระพัฒน์ หอมสุวรรณ (2539) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด ในการร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ และมีส่วนร่วมที่น้อยที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหามลพิษ

3. ประเภทของการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก(WHO, 1979, อ้างใน สุคาพร ว่องไววิทย์, 2539, หน้า 12) ได้จำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็น 3 ประเภท คือ

3.1 การมีส่วนร่วมของประชาชนแบบธรรมชาติ (spontaneous participation) การมีส่วนร่วมประเภทนี้เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการกระทำที่เป็นความสมัครใจและเป็นอิสระ กำเนิดจากแรงจูงใจภายในของประชาชน ในภาวะที่เกิดปัญหาโดยปราศจากความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอก การมีส่วนร่วมแบบนี้ เป็นเพียงภาพในอุดมคติที่พบยากในงานสาธารณสุขมูลฐาน

3.2 การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ถูกกระตุ้นหรือชี้นำชักชวนให้เกิดขึ้น (sponsored or induced participation) เป็นการมีส่วนร่วมอีกชนิดหนึ่ง ของการพัฒนาแบบ "การช่วยเหลือเพื่อให้ช่วยตัวเอง" (aided self help) เกิดด้วยความปลุกเร้า (stimulate) จากตัวกระตุ้น (catalyst) ที่ส่วนใหญ่ตัวกระตุ้นเหล่านี้คือ เจ้าหน้าที่สุขภาพ ด้วยการที่รูปแบบการมีส่วนร่วมถูกส่งผ่านเข้าไปให้ประชาชนเป็นครั้งแรก และดำรงอยู่ช่วงเวลาหนึ่ง แรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) เกี่ยวกับการพัฒนาจะเกิดขึ้นและประชาชนจะเกิดการร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมที่ส่งผ่านเข้าไป

3.3 การมีส่วนร่วมโดยการบังคับ (coerced participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นโดยการบังคับ เป็นการมีส่วนร่วมที่ผิดพลาดทั้งเชิงแนวคิดและวิธีการ

4. ลักษณะของการมีส่วนร่วม

เลวิน (Lewin, มปป, อ้างในวัชรภรณ์ เขียววัฒนา, 2536) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมเป็น 2 ลักษณะดังต่อไปนี้

4.1 การมีส่วนร่วมที่ไม่แสดงออกให้คนอื่นได้เห็น (covert participation) เป็นการมีส่วนร่วมด้านความคิดโดยการเขียน การพูด การสื่อความในรูปแบบอื่น เพื่อแสดงความคิดเห็นของตน (ปรัชญา เวสารัชช, 2528, หน้า 11) หรือร่วมตัดสินใจ (จอ่าน วุฑฒิกกรรมรักษา, 2526, อ้างใน ภาณุ วงศ์วิระชัย, 2538, หน้า 9) ได้แก่ การร่วมทำการศึกษา ค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ตลอดจนความต้องการของชุมชน ร่วมคิดและสร้างรูปแบบวิธี

การพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน เพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงาน หรือโครงการหรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน ร่วมการตัดสินใจ การใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น (ไพรัตน์ เดชะรินทร์, 2527, หน้า 6) ซึ่งการมีส่วนร่วมภายใต้สภาพสังคมชนบทไทยนั้นอาจเกิดจากเงื่อนไขของความเกรงใจ การถูกบังคับ หรือมีสิ่งจูงใจเฉพาะหน้า ความเข้าใจและยอมรับวัตถุประสงค์ของการพัฒนานั้น และกิจกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวแก่ตนเองและครอบครัว (อภินันท์ รพีพัฒน์, 2531, อ้างใน ทรงพล ทรงจำ, 2524, หน้า 17)

4.2. การมีส่วนร่วมที่แสดงออก(overt participation) เป็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามขีดความสามารถของตนเองให้บรรลุตามเป้าหมาย ได้แก่ การร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล การร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชน การร่วมปฏิบัติตามนโยบายแผนงาน โครงการ และกิจกรรม การร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ (ไพรัตน์ เดชะรินทร์, 2527, หน้า 6) รวมทั้งการร่วมสละทรัพยากรวัสดุ โดยการให้ยืมหรือให้เงิน วัสดุ กรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน การใช้ประโยชน์จากสถานที่หรืออุปกรณ์ การร่วมสละแรงกาย ร่วมสละเวลา เช่น ร่วมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และเข้าร่วมการประชุม (ปรีชา เวสารัชช, 2528, หน้า 11) และยังมี การมีส่วนร่วมที่แสดงออกในลักษณะอื่นได้แก่ การร่วมเป็นผู้สัมภาษณ์ ร่วมเป็นผู้ชักชวน ร่วมเป็นผู้บริโภค ร่วมเป็นผู้ริเริ่ม และร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงานพบมากที่สุด (กรรณิกา ชมดี, 2524, อ้างใน ธวัช เบญจาทิกุล, 2529, หน้า 23) ดังเช่นจากการศึกษาของ ธวัช เบญจาทิกุล (2529) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการเข้ามีส่วนร่วมของชาวเขาในการพัฒนา พบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมที่พบมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการสละแรงงาน รองลงมาคือการร่วมสมทบวัสดุอุปกรณ์ หรือร่วมดูแลรักษาทำนุบำรุง ร่วมประชุม ร่วมเป็นสมาชิก ร่วมชักชวนเพื่อนบ้าน ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมประเมินผลหรือติดตามผล ร่วมประสานงานหรือร่วมรับผิดชอบ และร่วมสละเงิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ทรงจำ (2541) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารงานวิชาการ โรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่า ลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเพียงการให้ความร่วมมือกับโรงเรียนในสิ่งที่โรงเรียนขอมาเท่านั้น มากกว่าการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมบริหาร และความร่วมมือที่มีอยู่คือ การให้การสนับสนุนด้านวัตถุ และงบประมาณ

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้น ยังมีผู้จำแนกลักษณะการมีส่วนร่วมตามวิธีการเข้าร่วมในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ การมีส่วนร่วมแบบโดยตรง โดยผ่านองค์กรจัดตั้งของประชาชน เช่น การรวมกลุ่มเยาวชนต่างๆ และการมีส่วนร่วมทางอ้อม โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน เช่น

กรรมการของกลุ่ม หรือชุมชน กรรมการกลุ่มสตรี กรรมการหมู่บ้าน และการมีส่วนร่วมโดยการเปิดโอกาสให้ผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมได้ตลอดเวลา (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2527, หน้า 188-189) นอกจากนี้ยังมีการมีส่วนร่วมแบบเป็นมรรค (participation as a mean) หมายถึงการมีส่วนร่วมเป็นมรรควิธีของการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่วางไว้ก่อนแล้ว และการมีส่วนร่วมแบบเป็นเป้าประสงค์ (participation as an end) หมายถึงเป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกันเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุดเป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในกระบวนการแก้ไขปัญหา และร่วมทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำนั้น แม้โครงการจะสิ้นสุดลงแล้ว แต่การมีส่วนร่วมจะยังคงอยู่ตลอดไปทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืน (ประพนธ์ ปิยรัตน์, 2534, อ้างใน อติสรา ชูชาติ, นรรัตน์ สุวรรณพงษ์ และวิไลวรรณ โภยแก้วพริ้ง, 2538, หน้า 4 การมีส่วนร่วมโดยเป็นสมาชิกของกลุ่ม (membership) การมีส่วนร่วมโดยเป็นผู้เข้าประชุมกลุ่ม (attendance at meeting) การมีส่วนร่วมโดยเป็นผู้สนับสนุนเงินให้แก่กลุ่ม (financial contribution) การมีส่วนร่วมโดยเป็นกรรมการบริหารกลุ่ม (membership on committees) และการมีส่วนร่วมโดยเป็นประธาน ผู้นำกลุ่ม (position of leadership) (Lee J.Cary, 1976, อ้างใน ธวัช เบญจจาริกุล, 2529, หน้า 22)

5. ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนในแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับอิทธิพลในด้านต่างๆ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งสภาพแวดล้อมของชุมชน เป็นปัจจัยทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังที่นักวิชาการแต่ละท่านได้กล่าวไว้ดังนี้

ธีระพล ธีรพงษ์ราชสีมา (2527, หน้า 242) ได้กล่าวถึงปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาสาธารณสุข ดังนี้

1) ปัญหาเกี่ยวเนื่องกับระบบสังคมวัฒนธรรมที่จะเป็นพื้นฐานรองรับการมีส่วนร่วมของประชาชน เนื่องจากระบบสังคมกำลังเปลี่ยนไปจากสังคมเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ดังนั้นความเชื่อที่ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนต้องขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการพึ่งพาตนเองแบบสังคมชนบท เปลี่ยนเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนบนพื้นฐานของผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และอื่นๆ แบบสังคมเมืองหรือสังคมอุตสาหกรรมมาแทนที่ นอกจากนี้ ฉลาดชาย รมิตานนท์ (2527, หน้า 140) ได้ทำการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขต

อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาอุปสรรคคือ ชาวนาไทยยังมีลักษณะยอมจำนนต่ออำนาจ ไม่มีความกระตือรือร้นในการที่จะคิดเปลี่ยนแปลงหรือปรับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น การทนยอมรับสภาพการถูกเอารัดเอาเปรียบโดยสงบ การไม่กล้าท้าทายอำนาจที่ไม่เป็นธรรม การขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงการเห็นว่า การรวมตัวทำกิจกรรมการต่อสู้เรื่องสิทธิเรื่องปากท้องเป็นเรื่องผิดธรรมเนียม เหล่านี้ เป็นภาพสะท้อนที่เป็นผลของการถูกเอารัดเอาเปรียบในทางเศรษฐกิจมาเป็นเวลานาน

2) ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากระบบการกระจายอำนาจทางการเมือง การปกครอง และการบริหารราชการแผ่นดิน พบว่า ไม่ได้มีการกระจายอำนาจที่แท้จริงให้แก่ประชาชน เช่นเดียวกับที่ อคิน รพีพัฒน์ (2523, อ้างใน ปรัชญา เวสารัชช, 2528, หน้า 20) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจถูกจำกัดโดยลักษณะโครงสร้างของสังคมและวัฒนธรรมไทย เช่น ความเกรงใจมีผลทำให้คนจากในกลุ่มชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ได้รับเลือกจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ นอกจากนี้ ลักษณะอีกประการคือ การไม่แสดงความคิดเห็นซึ่งอาจเกิดจากความเกรงใจหรือความกลัว เช่นเดียวกับที่ ฉลาดชาย รมิตานนท์ (2527, หน้า 140) ได้พบว่า ปัญหาอุปสรรคคือการที่ประชาชนขาดความสามารถที่จะยึดหยัดพึ่งตนเองได้ อำนาจการต่อรองไม่มี หรือมีน้อย และหากยึดเอาแรงงานเป็นอำนาจการต่อรองจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น การขัดแย้งภายในสมาชิก และการต้องเผชิญหน้ากับนายทุน และอำนาจของทางราชการ

3) ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากข้าราชการและเจ้าหน้าที่ โดยข้าราชการที่มีคุณภาพ จะมีส่วนในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและข้าราชการที่ด้อยคุณภาพย่อมเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ของรัฐว่าจะแสดงบทบาทอย่างไร

4) ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากระบบการยึดเยียดกิจกรรม โครงการให้กับชาวบ้าน พบว่า จังหวะการทำงานของภาครัฐ และของประชาชนในชนบทไม่สอดคล้องกัน เช่น การได้งบประมาณดำเนินงานมาในช่วงที่ประชาชนอยู่ในฤดูเพาะปลูก หรือเก็บเกี่ยวผลผลิตทางเกษตร

5) ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากการจัดระบบ โครงสร้าง การบริหารจัดการภายในหมู่บ้านพบว่าระบบการจัด โครงสร้างการบริหารจัดการภายในหมู่บ้านยังไม่สอดคล้องกับระบบการมีส่วนร่วมของประชาชน จึงสอดคล้องกับที่ ฉลาดชาย รมิตานนท์ (2527, หน้า 140-152) พบว่า ปัญหาอุปสรรคคือการไม่มีการกระจายอำนาจและหน้าที่ให้แก่ประชาชน โดยกล่าวว่าความล้มเหลวของการพัฒนาทุกชนิดในประเทศเกิดจากการไม่กระจายอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่ประชาชน โครงสร้างอำนาจทางการเมือง การปกครอง และการบริหาร โครงสร้างทางเศรษฐกิจ โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมตกอยู่ในคนสามกลุ่มคือ ทหาร นายทุน และข้าราชการ คราบไคที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง จะยากต่อการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชน

6) ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากอิทธิพลของการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ทางระบบสื่อสารมวลชน พบว่า มีลักษณะสวนทางกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคน

7) ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจาก ความล้มเหลวในระบบการตลาดของชาวนา ชาวไร่ เกิดการเอาเปรียบจากพ่อค้าคนกลาง ทำให้ชาวบ้านไม่มีอำนาจตัดสินใจ ส่งผลให้การสร้างระบบการพึ่งพาตนเองของประชาชนเป็นไปด้วยความลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับ อकिन ระพีพัฒน์ (2527, หน้า 106) ได้กล่าวว่า ระบบอุปถัมภ์ (entourage) เป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ซึ่งความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์เป็นลักษณะการจัดสมาชิกของกลุ่มลัดหน้าเป็นชั้น เป็นความสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่บนรากฐานแห่งความไม่เสมอภาค ในการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ ผู้ที่ให้การอุปถัมภ์ต่อหน่วยงานของรัฐจะเป็นผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิระพัฒน์ หอมสุวรรณ (2539) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล พบว่า ปัญหาอุปสรรคต่อการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมของสภาตำบล คือ ระบบอุปถัมภ์ที่คณะกรรมการสภาตำบลมีต่อพ่อค้า ข้าราชการ และราษฎรบางกลุ่ม เพราะทำให้ราษฎรมีทัศนคติในทางที่ไม่ดีต่อสภาตำบล นอกจากนี้พบว่า การที่ข้าราชการเข้าไปกำกับ ควบคุมช่วยเหลือการทำงานของสภาตำบล มีผลให้สภาตำบลไม่สามารถพัฒนาศักยภาพให้สูงขึ้น เช่นเดียวกับที่ ฉลาดชาย รมิดานนท์ (2527, หน้า 140-152) พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาคือการที่ประชาชนขาดความสามารถที่จะยึดหยัดพึ่งตนเองได้ อำนาจการต่อรองไม่มี หรือมีน้อย และหากยึดเอาแรงงานเป็นอำนาจการต่อรองจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น การขัดแย้งภายในสมาชิก และการต้องเผชิญหน้ากับนายทุน และอำนาจของทางราชการ

นอกจากนี้ ประชญา เวสารัชช์ (2528, หน้า 20) ยังได้กล่าวว่า ปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ หลายประการ ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง การปกครอง ปัญหาด้านองค์กร และนโยบายของรัฐบาล ปัญหาตัวบุคคล ซึ่งเข้าร่วมในโครงการพัฒนา ทรัพยากรที่มี สอดคล้องความคิดเห็นของ อับดุลลา คาน (Obaidullah Khan, 1979, อ้างใน ประชญา เวสารัชช์, 2528, หน้า 20) ที่กล่าวว่า ปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชนที่สำคัญยิ่งในปัจจุบันคือ การครอบงำโดยรัฐบาลและกลุ่มบุคคลต่างๆ ในลักษณะที่เรียกว่า การพัฒนาที่จัดการให้แก่ประชาชน โดยกล่าวว่า ผู้กำหนดนโยบาย ข้าราชการ และผู้ชำนาญการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางแผนจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าอะไรดีสำหรับชาวนบพ จากนั้นจะพยายามยึดเยียดชุดพัฒนาให้กับชาวนบพ ซึ่งชุดพัฒนาเหล่านี้มักอยู่นอกเหนือความเข้าใจของชาวนบพ ทั้งเป็นคัวขัดขวางความคิดริเริ่มของชาวนบพ ทำให้ชาวนบพสับสนและไม่สามารถพึ่งตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ คณาธิป มุคเจริญ (2539, หน้า 21) ที่ได้ศึกษาการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกระบวนการถ่ายทอดความรู้เพื่อการ

ดูสุขภาพด้วยตนเองที่ถูกต้อง พบว่า การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. โดยมีบทบาทเพียงเป็นผู้สื่อข่าว จึงไม่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ อสม. ไม่ได้ร่วมคิด ตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล และลักษณะการปฏิบัติงานของ อสม.เป็นรูปแบบการสั่งการจากเจ้าหน้าที่เท่านั้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัญหาการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน เกิดจากปัญหาด้านการเมือง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสังคม วัฒนธรรม ปัญหาที่ตัวบุคคลอันได้แก่ บทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ดำเนินงานตามนโยบายโดยไม่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งระบบอุปถัมภ์ ทำให้ผู้ที่ให้การอุปถัมภ์จะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์ ซึ่งปัญหาต่างๆ จะมีความเกี่ยวเนื่องกันเป็นระบบ ก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าร่วมของประชาชนในภาพรวม และการเข้ามามีส่วนร่วมประชาชนจะเป็นการเข้าร่วมในการปฏิบัติมากกว่าร่วมในการตัดสินใจ ร่วมวางแผน และร่วมประเมินผล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพียงการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่

โรคพิษสุนัขบ้าและการป้องกัน (Rabies and prevention)

1. โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่เกิดจากไวรัส ทำให้เกิดโรคหรือพยาธิสภาพที่ระบบประสาทกลางของคนและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เป็นโรคร้ายแรงและมีอัตราการตายสูง (นลินี อัสวโกศล, 2534, หน้า 434) ประเทศไทยมีรายงานโรคพิษสุนัขบ้าครั้งแรกเมื่อปี 2455 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นรายแรกคือ หม่อมเจ้าหญิงบรมลูศิรสาร์ พระธิดาในสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ ในปีเดียวกันนั่นเอง จึงได้มีการสร้างปัสตุรสภา ต่อมาคือสถานเสาวภา เพื่อผลิตวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าใช้ในประเทศ ในประเทศไทยพบว่า ผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้เกือบทุกรายได้รับเชื้อมาจากสุนัข สัตว์ชนิดอื่นๆ ที่พบมีรายงานนำโรคมาสู่คนนอกเหนือจากสุนัข ได้แก่ แมว ถึง ฆะนี แต่เป็นเพียงส่วนน้อยเท่านั้น (ศูนย์ประสานงานทางวิชาการ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2532, หน้า 405)

1.1 สาเหตุของโรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้าเกิดจากเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Virus) มีรูปร่างปลายด้านหนึ่งมน อีกด้านตัดตรง รูปทรงกระบอกคล้ายกระสุนปืน ถูกทำลายด้วยแสงอัลตราไวโอเล็ต และยาฆ่าเชื้อต่างๆ เช่น ไลโซล ฟอรัมาลิน แอลกอฮอล์ในเวลารวดเร็ว ถ้าอากาศเย็นจะมีชีวิตอยู่ได้นาน (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535, หน้า 1)

1.2 พาหะนำโรค

พาหะนำโรคที่สำคัญของโรคพิษสุนัขบ้าแตกต่างกันไป ตามสภาพพื้นภูมิศาสตร์ของทวีปต่างๆ แต่โดยทั่วไปแล้ว ถ้าเกิดในเมือง (Urban Rabies) ตัวพาหะนำโรค จะเป็นสัตว์เลี้ยง

พวกสุนัข และแมว ถ้าเกิดในป่า (Sylvatic Rabies) ตัวพาหะนำโรคจะเป็นสัตว์ในตระกูลสุนัขป่า (Wild Canidae) สำหรับประเทศไทยตัวพาหะนำโรคที่สำคัญคือ สุนัขเลี้ยง ร้อยละ 95-96 แมว ร้อยละ 3-4 ถึง ชะมด (Civet Cat) และพังพอน สุนัขพังพอน สุนัขจิ้งจอก นากกินปลา (Otter) พบบ้างเล็กน้อย ซึ่งรวมกันแล้วน้อยกว่าร้อยละ 0.5 ในสัตว์เศรษฐกิจจำพวก โค กระบือ สุกร แพะ แกะ และม้า แม้จะพบประมาณร้อยละ 0.5-1 แต่ไม่มีความสำคัญในการถ่ายทอดโรคไปยังสัตว์อื่น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539, หน้า 11-12)

1.3 การติดต่อและแพร่กระจาย

สัตว์ที่ป่วยด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจะขับเชื้อออกมาคือน้ำลายเป็นระยะๆ เชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าในน้ำลายสัตว์ป่วยจะเข้าสู่ร่างกายคน หรือสัตว์อื่นทางรอยบาดแผล รอยขีดข่วน รอยถลอก เยื่อเมือกบุตา จมูก ปาก การติดต่อทางอื่นในธรรมชาติเป็นไปได้ยาก ในประเทศไทยกว่า 95% ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเกิดจากการถูกสุนัขบ้ากัด (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535, หน้า 2)

1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวกับระยะฟักตัวของ โรค (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535, หน้า 3)

ระยะฟักตัวของโรคคือ ระยะตั้งแต่ได้รับเชื้อจนกระทั่งเกิดอาการของโรค ซึ่งจะช้าหรือเร็วขึ้นขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างคือ

1.4.1 จำนวนเชื้อที่เข้าไป กรณีมีบาดแผลหลายแห่ง บาดแผลใหญ่ บาดแผลลึก มีส่วนทำให้เชื้อเข้าไปได้มาก การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การล้างแผลทันทีจะช่วยลดจำนวนเชื้อที่จะเข้าสู่ร่างกายลงมาก การถูกกัดผ่านผ้าจะลดจำนวนเชื้อมากกว่าที่ถูกกัดที่ผิวหนังโดยตรง

1.4.2 ตำแหน่งที่เชื้อเข้าไป ถ้ามีปลายประสาทมากจะอันตรายเพราะเชื้อมีโอกาสเข้าระบบประสาทมาก และถ้าอยู่ใกล้สมองมาก จะเดินทางไปถึงสมองได้เร็วระยะฟักตัวจะสั้น

1.4.3 เชื้อจากสัตว์ป่าอันตรายกว่าสัตว์เลี้ยงทั่วไป

1.4.4 อายุคนที่ถูกกัด ถ้าเป็นเด็กหรือคนชราจะเป็นโรค ได้เร็วกว่าคนหนุ่มสาว

1.5 ลักษณะอาการ ในผู้ป่วย

อาการของโรคพิษสุนัขบ้าแบ่งตามขั้นตอนเหมือนกับโรคที่เกิดจากไวรัสทั่วไป (ไพโรจน์ อุ่นสมบัติและวิชัย รุ่งปีตะรังสี, 2532, หน้า 540) คือ

1.5.1 ระยะฟักตัว

นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับเชื้อจนกระทั่งเริ่มปรากฏอาการ เท่าที่พบเร็วที่สุด 7 วัน นานที่สุดให้ไม่เกิน 1 ปี แต่ที่พบบ่อยจะมีอาการภายใน 3 เดือน

1.5.2 ระยะนำ

เริ่มแรกมีอาการทั่วไปคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือมีไข้ต่ำๆ เจ็บคอ เบื่ออาหาร ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย

1.5.3 ระยะมีอาการทางระบบประสาท แบ่งเป็นดังนี้

(1) อาการกลัวน้ำ (hydrophobia) มีอาการกลืนลำบาก มีความเจ็บปวด มือสั่น ลูบลำคอ บ้วนน้ำลายตลอดเวลา

(2) มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ (abnormal behavior) ได้แก่ กระวนกระวาย จำอะไรไม่ค่อยได้ มีภาพหลอน กระจก หรือคันอย่างผิดปกติ โดยเฉพาะบริเวณที่ถูกกัด ต่อมามีอาการปวดและเสียวร่วมด้วย เกิดอาการกระตุ้นผิดปกติที่อวัยวะเพศ ทำให้เกิดอาการเสียวอย่างมากจนถึงจุดสุดยอดได้ (orgasm) สติสัมปชัญญะดีพร้อมทุกอย่าง มีอาการประมาณ 2-3 วัน จึงมีอาการอื่นตามมา

(3) มีความรู้สึกไวต่อการกระตุ้น (hypersensitivity) แต่ไม่ถึงกับชักหลังแอน มีอาการสะดุ้งผวาอย่างแรง สะดุ้งแม้แต่ลมพัด ทำให้กลัวลมมาก

1.5.4 อาการก่อนหมดสติ

อาการที่กล่าวมาจะเป็นครั้งคราว ถ้าผู้ป่วยไม่คลุ้มคลั่ง หรือหมดสติแล้วมักจะมีสติสัมปชัญญะปกติ ให้ความร่วมมือดีทุกอย่าง พูกรู้อะไร

1.5.5 ระยะหมดสติ

เป็นระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวเลย ต่อมาจะมีการหยุดหายใจเป็นระยะ ตัวเป็นๆหายๆ แล้วถึงแก่กรรม

1.6 ลักษณะอาการในสุนัข ในระยะเริ่มแรกสุนัขจะมีอารมณ์และอุปนิสัยเปลี่ยนไป จากเดิม ประพฤติตัวแปลกไปจากที่เคย คือสุนัขตัวที่ชอบเล่นคลุกคลีกับเจ้าของจะแยกตัวออกไป หลบซุกตัวเงียบๆ มีอารมณ์หงุดหงิด ตัวที่เคยขลาดกลัวคนจะกลับมาคลอเคลีย เริ่มมีไข้เล็กน้อย ม่านตาขยายโตกว่าปกติ การตอบสนองต่อแสงของตาลดลง กินข้าวและน้ำน้อยลงระยะนี้จะมีอาการ 2-3 วัน ต่อมาจะมีอาการคือ

1.6.1 แบบคร่ำย หมายถึง สุนัขบ้าที่แสดงอาการในระยะตื่นตื่นให้เห็นเด่นชัด ยาวนาน และแสดงอาการระยะอัมพาตสั้นมาก ซึ่งอาการในระยะตื่นตื่นได้แก่ สุนัขจะมีอาการทางประสาท กระวนกระวาย ตื่นเต้น หงุดหงิด ไม่อยู่นิ่ง กัดแทะสิ่งของ สิ่งแปลกปลอม กัดทุกสิ่งไม่เลือกหน้า ถ้ากักขังหรือล่ามไว้จะกัดกรงหรือโซ่จนเลือดกลบปาก โดยไม่เจ็บปวด เสียงเห่าหอนเปลี่ยนไป ตัวแข็ง บางตัวล้มลงชักกระตุก และตายในที่สุด

1.6.2 แบบซึม สุนัข หมายถึง สุนัขบ้าที่แสดงอาการในระยะต้นแต่รุนแรงมาก จนอาจไม่ทันสังเกตเห็นแล้วแสดงอาการในระยะอัมพาตเด่นชัด ซึ่งอาการในระยะอัมพาต ได้แก่ สุนัขจะมีกางห้อยตก ลิ้นมีสีแดงคล้ำห้อยนอกปาก น้ำลายไหล และไม่สามารถใช้ลิ้นได้เลย สุนัขอาจแสดงอาการขยอกหรือขย่อนคล้ายมีอะไรอยู่ในลำคอ ขาอ่อนเปลี้ย ทรงตัวไม่ได้ล้มลงแล้วลุกไม่ได้ อัมพาตขึ้นทั่วตัวอย่างรวดเร็ว และตายในที่สุด

จากการศึกษาของปัญญา ผลฤกษา และสุธี ศรีสุภลักษณ์ (2537, หน้า 16) พบว่าอาการของสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าที่พบบ่อยคือ คูร้าย วิ่งเปะปะ โขเซกเลียตาบอดหรือฝ้าฟาง หางตก และกั๊กกรงกั๊กสิ่งกีดขวางต่างๆ สัตว์ที่ตรวจพบไวรัสโรคพิษสุนัขบ้ามีอาการปกติหรืออาการอื่นที่ไม่บ่งชี้ถึงการเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 6.06 ในจำนวนนี้มีอาการปกติ ร้อยละ 3.03 สัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าแล้วตายเอง โดยไม่แสดงอาการขั้นสุดท้าย คือชัก อัมพาต กินไม่ลง ตัวแข็ง และซึม ให้สังเกตพบร้อยละ 56 ดังนั้น สัตว์ที่ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าบางครั้งจะไม่แสดงอาการให้เห็นอย่างชัดเจน

2. การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคร้ายแรง ยังไม่มียารักษาหายได้ ทางที่ดีที่สุดคือการควบคุมและป้องกันโรคในสัตว์ก่อนมาถึงคน ในช่วงศตวรรษที่ 20 องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่ามีประเทศที่ประสบผลสำเร็จในการกวาดล้างโรคนี้หลายประเทศ เช่น อังกฤษ สวิตเซอร์แลนด์ นอร์เวย์ สวีเดน กรีซ สเปน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ฮองกง มาเลเซีย บราซิล เอกวาดอร์ และประเทศที่เป็นเกาะ เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ เป็นต้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539, หน้า 48) แต่ละประเทศได้มีแนวทางและมาตรการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแตกต่างกันดังต่อไปนี้

2.1 การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในต่างประเทศ

ฮ่องกงได้มีมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดได้แก่ การจัดทีมเจ้าหน้าที่ออกให้บริการฉีดวัคซีนสุนัขตามบ้าน และการสร้างแนวภูมิคุ้มกันโรค (immune belt) เป็นกันชนบริเวณชายแดนเพื่อป้องกันไม่ให้โรคแพร่เข้ามายังพื้นที่ที่ปลอดโรคแล้ว (rabies-free area) มีการป้องกันโรคให้กับคนที่สัมผัสโรค และมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยให้มีการแจ้งโรคจากแพทย์จากคลินิก และโรงพยาบาลทุกแห่ง การสอบสวนผู้ที่ถูกสัตว์กัดทุกราย และการชันสูตรโรคทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานมีความร่วมมือในด้านต่างๆระหว่างหน่วยงานสัตวแพทย์และสาธารณสุข

มาเลเซียได้มีกิจกรรมการดำเนินการทั่วประเทศ โดยเน้นบริเวณแนวภูมิคุ้มกันโรคในระยะทาง 50-80 กิโลเมตร ตลอดชายแดนไทย-มาเลเซีย และการดำเนินการโครงการได้มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานสัตวแพทย์ซึ่งดูแลการควบคุมโรคในสัตว์ และหน่วย

งานสาธารณสุขซึ่งดูแลการควบคุมโรคในคน ผลการดำเนินการในมาเลเซียพบว่า สามารถกำจัดสุนัขได้เป็นจำนวนมากโดยกิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการ ได้แก่ การจดทะเบียนสุนัข การกำจัดสุนัข การบังคับใช้ตามกฎหมายเพื่อควบคุมการนำสัตว์เข้า และการเคลื่อนย้ายสัตว์ภายในประเทศ การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นในการควบคุมโรค การเฝ้าระวังโรค การแจ้งโรคคว้น และการเตรียมพร้อมกรณีเกิดการระบาดของโรค

บราซิลได้ดำเนินการรณรงค์ฉีดวัคซีนสุนัข โดยกำหนดให้วันเสาร์สุดท้ายของแต่ละเดือนกันยายนของทุกปีเป็น "วันรณรงค์ฉีดวัคซีน" ผลการดำเนินการทำให้โรคพิษสุนัขบ้าลดลงมาก และบางรัฐปลอดจากโรคนี้แล้ว ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ การระดมความร่วมมือจากบุคคล ชุมชนจากสาขาอาชีพต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รัฐจัดหาและเตรียมวัคซีน อุปกรณ์ ล่วงหน้าให้เพียงพอ ประชาสัมพันธ์ในระดับส่วนกลางและระดับรัฐ 2 สัปดาห์ล่วงหน้า

เอกวาดอร์ได้ดำเนินการโดยการศึกษาข้อมูลนิเวศน์วิทยาของสุนัขและแมวโดยละเอียด เพื่อใช้ในการวางแผนการรณรงค์ฉีดวัคซีนสุนัขและแมว ซึ่งทำให้ได้ความครอบคลุมสูงมาก โดยฉีดวัคซีนสุนัขได้ร้อยละ 81.3 และแมวร้อยละ 67.8 ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ การจัดทีมฉีดวัคซีนโดยให้บริการตามบ้าน ให้บริการฉีดโดยไม่เก็บเงินและให้ใบรับรอง เป็นการจดทะเบียน รณรงค์ให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการเลี้ยงสุนัข โดยเลือกสายพันธุ์ที่ดีที่มีอายุขัยเพิ่มขึ้น และเพิ่มการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าของสัตว์ กำจัดสุนัขจรจัด รับประทานสุนัขที่สงสัยเป็นโรคสุนัขที่ไม่ได้รับวัคซีน และสุนัขที่ถูกสุนัขบ้ากัด ปรับปรุงระบบการเก็บขยะ และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อลดแหล่งอาหารสุนัขจรจัด และกำหนดมาตรการควบคุมการนำสุนัขเข้าประเทศ

2.2 การควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย

ประเทศไทยได้ดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามาเป็นเวลานาน โดยมองเห็นความสำคัญของโรคพิษสุนัขบ้าที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประเทศไทยมีความเป็นมาและพัฒนาการดังต่อไปนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539, หน้า 2-9)

พ.ศ. 2455-พ.ศ.2509 เริ่มมีการบันทึกสถิติผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้ารายแรกขึ้นในหนังสือมูลเหตุในรัชกาลที่ 6 และเริ่มมีการผลิตวัคซีนชนิดไขแห้ง ตามวิธีของปาสเตอร์ ฉีดให้กับผู้ที่ถูกสุนัขบ้ากัดขึ้นที่ปีศุภสถานหรือสถานเสาวภาในปัจจุบัน ต่อมาได้เริ่มมีการผลิตวัคซีนตามกรรมวิธีของ เซมเปิ้ล (Semple) ซึ่งผลิตจากสมองกระต่ายแทนวัคซีนชนิดไขแห้ง ปี พ.ศ.2493 ได้มีการจัดตั้งห้องปฏิบัติการตรวจชันสูตรสมองสุนัข โดยใช้วิธี เซลเลอร์ สเตน (Sellers' Stain) ขึ้นเป็นครั้งแรกที่สถานเสาวภา และได้มีการประกาศพระราชบัญญัติป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2498 ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีอำนาจดำเนินการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ เป็นการดำเนินการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างครบวงจรคือในสัตว์และคน

พ.ศ.2510-พ.ศ.2520 ได้รับการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ เพื่อใช้ในการควบคุมโรค ในด้านห้องปฏิบัติการได้มีการพัฒนาการชันสูตรสมองสัตว์จากที่ใช้วิธี เซลเลอร์ สเตน มาใช้วิธี เอฟ เอ เทคนิค (FA Technique) ร่วมด้วย ทำให้ผลการชันสูตรเกิดการยอมรับมากขึ้น และผลแน่นอนมากขึ้น ต่อมาได้มีการควบคุมจำนวนสุนัขจากการใช้ยาเบื่อเปลี่ยน เป็นใช้ปืนลมอัดแก๊สแทน ในการดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าช่วงนี้ได้ขยายงานเข้าสู่เขตเมือง โดยได้ดำเนินการในเขตเทศบาล และขยายต่อไปยังเขตสุขาภิบาล ด้านการผลิตวัคซีนของคนได้มีการผลิตวัคซีนจากสมองลูกหมู ซึ่งดีกว่าวิธีของเซมเบิ้ล ที่ผลิตจากสมองแกะ และอาการข้างเคียง น้อยกว่า

พ.ศ.2521-พ.ศ.2530 การกำจัดสุนัขเปลี่ยนจากการใช้ปืนลมอัดแก๊ส เปลี่ยนเป็น ใช้ลูกดอกพิษฉีดแทน และเริ่มมีการสำรวจประชากรสุนัขเป็นครั้งแรก เพื่อนำมาใช้วางแผนการ ปฏิบัติงานในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ต่อมาได้เริ่มมีการนำวัคซีนที่ผลิตจากเซลล์เพาะเลี้ยง (Human Diploid Cell Vaccine, HDCV) มาใช้เป็นครั้งแรก เพราะเป็นวัคซีนที่ให้ความคุ้มกันโรคได้ เร็วและจำนวนฉีดน้อยกว่าวัคซีนที่ผลิตจากสมองแกะและลูกหมู ในปี 2523 ได้เริ่มมีการแก้ไขพระราชบัญญัติป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2498 ในการควบคุมโรคได้เริ่มมีการผสมผสานงานนี้เข้ากับ ระบบ สาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข หรือ ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมการสำรวจสุนัขและให้ความรู้สุขศึกษาแก่ประชาชน ในการดำเนินงานพบว่า มีจำนวนประชากรสุนัขเพิ่มขึ้นทุกปี จึงมีการลดจำนวนสุนัขที่ไม่ปรากฏเจ้าของในที่สาธารณะ และ ควบคุมจำนวนสุนัขเทศมีย์ในปี 2525 โดยใช้ยาคุมกำเนิดสุนัขเทศมีย์ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในราคาค้นทุน ต่อมากรมควบคุมโรคติดต่อได้ร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทดลอง ผลิตวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับสัตว์ชนิดที่ผลิตจากเซลล์เพาะเลี้ยงในปี 2527 และมีการ นำการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าบรรจุในแผนการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) จึงทำให้การควบคุม โรคพิษสุนัขบ้าขยายเข้าสู่พื้นที่นอกเมืองได้เต็มพื้นที่ และได้มีการเริ่มจัดทำแผนการควบคุมโรคพิษ สุนัขบ้าแห่งชาติ สำหรับในปี 2530 ได้เริ่มโครงการปลอดโรคพิษสุนัขบ้าโดยเน้นแหล่งท่องเที่ยว ในอันดับแรก

พ.ศ.2531-พ.ศ.2535 ในปี 2533 ได้เปิดปีรณรงค์ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าใน ประเทศไทยระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุขได้มีการยกเลิกการใช้ วัคซีนที่ผลิตจากสมองแกะและใช้วัคซีนที่ผลิตจากสมองลูกหมูอย่างเดียวกันและเลิกใช้เมื่อปี พ.ศ.2535 นอกจากนี้ในปี 2535 ได้มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้าและประกาศใช้ใน ปีดังกล่าวซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าดังรายละเอียดในภาคผนวก ก

จึงทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ปัจจุบันการดำเนินการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จะแบ่งความรับผิดชอบออกเป็น 2 ส่วน คือการควบคุมโรคในสัตว์จะอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และสำหรับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคนจะอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข โดยการดำเนินการส่วนใหญ่จะอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการตามนโยบายของกรมควบคุมโรคติดต่อ และมีบางส่วนที่ดำเนินการอยู่ในรูปการประสานงานภายในจังหวัดและเทศบาล (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539, หน้า 9)

2.3 มาตรการของกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ดังต่อไปนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535, หน้า 11)

2.3.1 ควบคุมไม่ให้สัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้า

(1) นำสุนัขที่เลี้ยงไว้ทุกตัวไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยเริ่มฉีดเข็มแรกตั้งแต่อายุ 2-4 เดือน และฉีดครั้งต่อไปตามนัดหมาย ซึ่งตามปกติจะต้องฉีดซ้ำทุกปี

(2) สุนัขที่เลี้ยงไว้ไม่ควรปล่อยเฟ้นพ่านในสถานที่สาธารณะ โดยไม่ควบคุมดูแล เพราะอาจไปสัมผัสสุนัขที่เป็นโรค และทำความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น

(3) ควบคุมจำนวนสุนัขไม่ให้เพิ่มมากเกินไป

(4) เมื่อพบสุนัขเร่ร่อน ไม่มีเจ้าของ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้สัญจรไปมา หรือพบสุนัขบ้า หรือสงสัยว่า รีบแจ้งสัตวแพทย์ ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2.3.2 การหลีกเลี่ยงไม่ให้ถูกสุนัขกัด

(1) หลีกเลี่ยงการได้รับเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า โดยไม่แหย่สุนัขให้โมโห โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุนัขคู หรือระวังอย่าทำให้สุนัขมีโอกาสกัด

(2) ไม่คลุกคลีกับสุนัขที่ไม่เคยฉีดวัคซีนหรือไม่ทราบประวัติ ไม่ว่าสุนัขนั้นจะอายุเท่าไรก็ตาม

(3) ไม่รบกวนสัตว์ป่วยซึม หรือหลบในที่มืด

(4) ไม่ล้วงคอ ช่วยเหลือสุนัขที่คล้ายมีอะไรติดคอ โดยไม่แน่ใจว่าสุนัขกลืนอะไรลงไป

2.3.3 เมื่อสัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า เช่น ถูกสุนัข แมว สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ ที่เป็นหรือสงสัยว่าบ้ากัด ข่วน เลียบาดแผล เชื้อเมือก ต้องปฏิบัติดังนี้

(1) ถ้าง่ายด้วยน้ำสะอาดและสบู่หลายๆครั้ง ถ้าไม่มีให้ใช้ผงซักฟอกแทนได้ แล้วเช็ดแผลด้วยสารละลายไอโอดีน เช่น โปวิดีน ทิงค์เจอร์ไอโอดีน หรือแอลกอฮอล์ 70 % ถ้าไม่มีจึงใช้ยาฆ่าเชื้ออื่นแทน ซึ่งการทำความสะอาดบาดแผลให้ถูกวิธี เป็นการป้องกันด่านแรกที่ดีที่สุด (วิชัย รุ่งปีตะรังสี, 2531, หน้า 38) แต่จากการศึกษาของสุนันทา สุวรรณศิลป์ (2535) ที่ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการป้องกันและรักษาโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า การปฏิบัติตนของชาวบ้านหลังถูกสุนัขกัดคือการไปขอรับการรักษาจากโรงพยาบาล และชาวบ้านไม่มีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลบาดแผลที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา อังศรีทองกุล และวารกรณ์ อึ้งพานิชย์ (2541, หน้า 353) ได้ศึกษาการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่เป็นเพราะไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และไม่ได้ทำความสะอาดบาดแผลหลังสัมผัสโรค ดังนั้น การทำความสะอาดบาดแผล

(2) พยายามจดจำลักษณะสัตว์ที่กัด เพื่อติดตามหาเจ้าของตามประวัติการฉีดวัคซีน และสังเกตอาการ ถ้าสุนัขปกติให้ขังเพื่อดูอาการ 10 วัน โดยให้ข้าวและน้ำตามปกติ ถ้าสุนัขมีอาการนำสงสัย ให้กำจัดแล้วตัดหัวส่งตรวจสัตว์แพทย์หรือปศุสัตว์อำเภอ

(3) รีบแจ้งสัตว์แพทย์โดยเร็วที่สุด

(4) ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อการรักษาต่อไป ซึ่งการไปปรึกษาแพทย์เมื่อสงสัยสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (สุจิตรา อังศรีทองกุล และวารกรณ์ อึ้งพานิชย์, 2541, หน้า 353)

การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์จำเป็นต้องควบคุม แหล่งรังโรค(reservoir) คือ ควบคุมสุนัขหรือแมวโดยการจดทะเบียนประวัติเพื่อให้ได้จำนวนสัตว์ที่แท้จริง และประวัติการป้องกันโรคด้วย แต่ยากแก่การดำเนินการ เนื่องจากต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าของด้วยจึงจะสำเร็จ โดยปัญหาที่พบได้แก่ สุนัขของชุมชนที่หาผู้รับผิดชอบไม่ได้ เมื่อจะทำลายจะได้รับการต่อต้านจากชุมชน ไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งสุนัขเหล่านี้เป็นตัวแพร่โรคทำลายชีวิตมนุษย์อย่างไม่มีทางรักษา ทำให้สูญเสียเศรษฐกิจจำนวนมาก การให้ภูมิคุ้มกันสุนัขเหล่านี้จึงต้องครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80 ของจำนวนสุนัขทั้งหมดจึงจะสามารถควบคุมโรคนี้ สำหรับสัตว์ที่ถูกสุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดให้ทำลายทันที ได้ (WHO, 1973, 1984 อ้างใน วิชัย รุ่งปีตะรังสี, 2531, หน้า 53) ส่วนสัตว์ที่เคยได้รับการป้องกันแล้วควรให้วัคซีนใหม่ และเฝ้าดูระวังหรือล่าไว้ 90 วัน

การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้ได้ผล จะต้องได้รับความร่วมมือทุกระดับ ตั้งแต่หน่วยงานระดับจังหวัดไปจนถึงระดับตำบล หมู่บ้าน ชุมชน จนถึง ระดับครอบครัว จึงจะสามารถลดหรือกำจัดโรคนี้ให้หมดไปได้ ซึ่งระดับครอบครัวควรมีหน้าที่ในการป้องกันโรค ได้แก่ ป้องกันโรคในคน ให้คำแนะนำสมาชิกครอบครัวเมื่อสงสัยว่า สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ปฐมพยาบาลเมื่อถูกสัตว์กัด

การป้องกันโรคในสัตว์ได้แก่ การแจ้งจำนวนสุนัขต่อ ผสส./อสม. การนำสุนัขเลี้ยงไปฉีดวัคซีน การลดจำนวนสุนัข โดยคุมกำเนิดสุนัข กำจัดสุนัขไม่มีเจ้าของ หรือสงสัยจะเป็นโรค และการตัดหัวสุนัขที่สงสัยส่งตรวจ (วิชัย รุ่งปีตะรังสี, 2531, หน้า 11)

2.4 กลวิธีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2539, หน้า 60-61) ได้เสนอกลวิธีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าดังนี้

2.4.1 การประชาสัมพันธ์ควรดำเนินการควบคู่กับการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความเข้าใจและทัศนคติการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของประชาชน รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อสัตว์เลี้ยงของตน

2.4.2 ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และวิธีการควบคุมจำนวนสัตว์ ซึ่งกรมควบคุมโรคติดต่อได้สรุปเนื้อหาสาระที่ต้องการให้ประชาชนทราบไว้ดังนี้

- (1) โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คนที่อันตรายร้ายแรงมาก ยังไม่มียารักษาได้
- (2) สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิดเป็นโรคนี้ได้
- (3) การป้องกันล่วงหน้าโดยการนำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทุกตัว จะทำให้คนมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น
- (4) เพื่อลดพฤติกรรมที่สุนัขมีลูกมากควรนำสุนัขตัวเมียมาคุมกำเนิดไว้ก่อน
- (5) สถานที่ที่จะนำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีน
- (6) ผลเสียของการถูกสุนัขกัด ทั้งในด้านเงินและเวลา
- (7) การปฐมพยาบาลตนเองที่ถูกวิธีเมื่อถูกสัตว์กัด
- (8) การนำสัตว์ไปปล่อยเป็นภาระของสังคมเป็นบุคคลที่มักรังเกียจแก่ประชาชน

2.4.3 การรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในเวลาใกล้เคียงกันทั่วประเทศ เป็นกลวิธีประชาสัมพันธ์ที่สำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการติดต่อกันทุกปีในระยะแรกของการควบคุมโรค การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบ เกี่ยวกับอันตรายของโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกัน การควบคุมจำนวนสุนัข และการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง จะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตระหนักในอันตรายของโรค ดังที่ ธวัช ลิขผลและวรสิทธิ์ ไหลหลัง (2540, หน้า 112) ได้พบว่า การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าจะได้ผลดีส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ซึ่งต้องมีการดำเนินการในกิจกรรมการให้สุขศึกษา การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกหมู่เหล่า มีความรู้และความ

เข้าใจที่ถูกต้อง จึงจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของชุมชนต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของการศึกษาของนิวัตติ เทพมณี (2528, อ้างใน สุรนันทา สุวรรณศิลป์, 2535) ได้ศึกษาผลกระทบของโครงการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชนบท จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ประชาชนในหมู่บ้านสามารถดำเนินโครงการเองได้ และช่วยให้ประชาชนในชนบทมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติ นอกจากนี้ยังปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้ามากยิ่งขึ้น และสามารถควบคุมแหล่งแพร่เชื้อโรคโดยการกำจัด ทำลายสุนัขที่ไม่มีเจ้าของหรือที่ไม่ต้องการ รวมทั้งเจ้าของสุนัขนำสุนัขของตนมารับการฉีดวัคซีนด้วยความสมัครใจ ซึ่งส่งผลให้สามารถลดจำนวนผู้ถูกสุนัขที่สงสัยว่าเป็นบ้ากัด ลดจำนวนการใช้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยไม่จำเป็น อีกทั้งลดจำนวนการป่วยและตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

2.5 การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับบุคคล

วิชัย รุ่งปิยะรังสี (2531, หน้า 37) กล่าวว่าโรคพิษสุนัขบ้าสามารถป้องกันได้โดยการให้ภูมิคุ้มกันและได้แบ่งการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็น 2 วิธีคือ

2.5.1 การป้องกันล่วงหน้า (pre-exposure immunization) อาจให้ได้ในรายที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคพิษสุนัขบ้าสูง เช่น สัตวแพทย์และผู้ช่วย เจ้าหน้าที่ในห้องทดลอง ประโยชน์ที่ได้รับคือ ป้องกันการติดเชื้อในกรณีที่ประมาณหรือที่คิดไม่ถึงช่วยในรายที่ไม่สามารถให้การป้องกันได้ทันที หรือมีความจำเป็นต้องยึดเวลาออกไป และช่วยลดจำนวนวัคซีนลง ไม่จำเป็นต้องให้มาก เหมือนกับให้หลังสัมผัสโรค และไม่จำเป็นต้องให้ พาสซีฟ อิมมูไนส์เซชัน (passive immunization) แต่ถึงแม้มีการป้องกันล่วงหน้าแล้ว ถ้ามีการสัมผัสโรค ต้องให้วัคซีนกระตุ้นทันทีที่กระทำได้ เนื่องจากการป้องกันล่วงหน้ามีข้อดีคือการลดจำนวนขนาด (dose) ลงเมื่อเกิดการสัมผัสโรคเท่านั้น

2.5.2 การป้องกันภายหลังสัมผัสโรค (post-exposure immunization) ไม่จำเป็นต้องให้แก่ผู้สัมผัสโรคทุกราย โดยเฉพาะผู้ที่ถูกสัตว์ที่ไม่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด คือสัตว์ที่กักยังปกติคืออยู่ และมีอุปนิสัยไม่เปลี่ยนแปลง ให้เฝ้าสัตว์ที่เป็นต้นเหตุไว้ 10 วันการป้องกันภายหลังสัมผัสโรคแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

(1) การป้องกันเฉพาะที่ เป็นการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ดีที่สุด การทำความสะอาดแผลให้ถูกวิธี เป็นการป้องกันด่านแรกที่ได้ผลดีที่สุด (วิชัย รุ่งปิยะรังสี, 2531, หน้า 38)

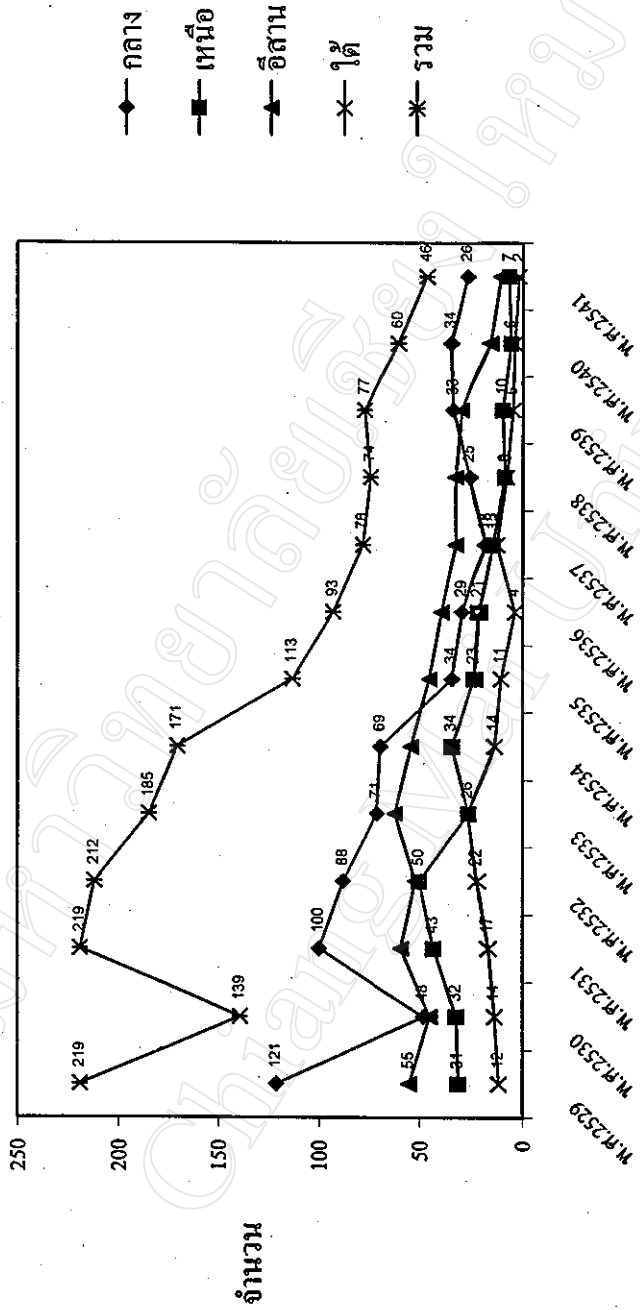
(2) การใช้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

ชนิดแรก พาสซีฟ อิมมูไนส์เซชัน (passive immunization) เป็นวัคซีนที่ทำให้ ระยะฟักตัวของโรคนานขึ้น ช่วยให้ร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกัน (antibody) แต่มีข้อแม้ว่า จะต้องไม่ให้เกินความจำเป็น หรือให้ขนาดเกินเป็นอันขาด เพราะว่า การให้ขนาดเกิน จะกวดการ

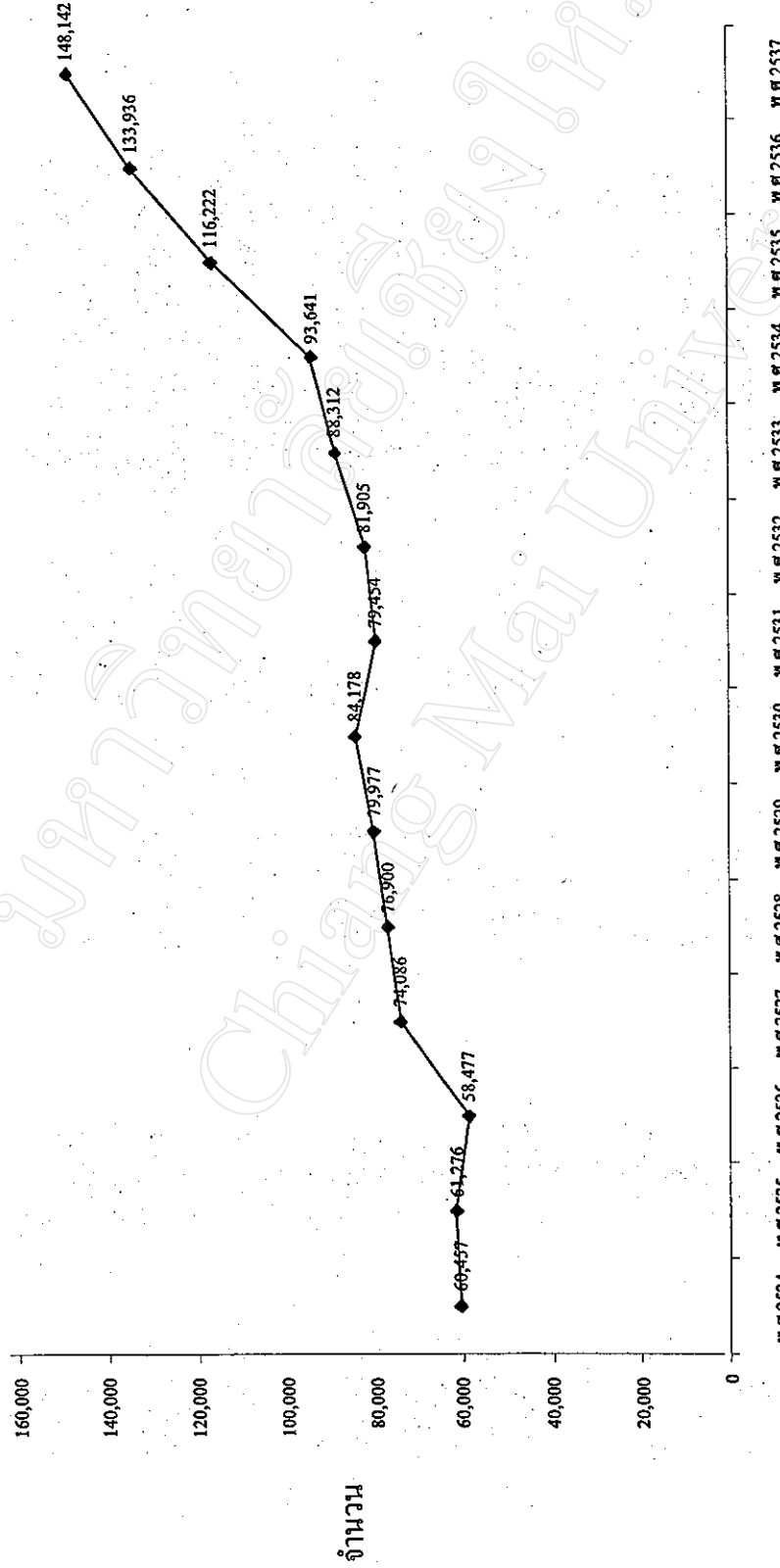
สร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายได้ วัคซีนในกลุ่มนี้ได้แก่ เบริสต์ อิมมูโน โกลบูลิน ฮิวแมน หรืออาร์ ไอ จี (rabies immuno globulin ,human RIG) และ แอนตี้เรบีส์ ซีรัม แอควีน หรือ เอ อาร์ เอส (antirabies serum ,equine ARS) โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ถ้าบาดแผลอยู่ที่ที่สามารถฉีครอบแผลได้ สะดวก ให้ฉีครอบแผลครั้งหนึ่ง และอีกครั้งหนึ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ต้องระวังไม่ให้ปลายเข็มทะลุเข้า บาดแผล ให้ฉีครอบๆแผลเท่านั้นซึ่งการใช้ อาร์ ไอ จี จะเสียเงินมากกว่า เอ อาร์ เอส ประมาณ 10 เท่า และในต่างประเทศ เอ อาร์ เอส มีอาการแพ้และมีปัญหามากกว่า

ชนิดที่สอง แอคทีฟ อิมมูไนส์เซชัน (active immunization) เป็นวัคซีนที่ทำให้แหล่งรังโรค(host) สร้างภูมิคุ้มกันในร่างกายเอง ที่ประเทศไทยใช้ได้แก่ เนฟ ทิชซู วัคซีน (nerve tissue vaccine) มี 2 ชนิดคือ วัคซีนเซมเปิ้ล (semple vaccine) ผลิตจากสมองแกะ และ ซักกิ่ง แม็ส เบริน วัคซีน (sucking mouse brain vaccine,SMBV) วัคซีนอีกชนิดได้แก่ เซลล์ คัลเจอร์ วัคซีน(cell culture vaccine)วัคซีนในกลุ่มนี้ได้แก่ ฮิวแมน ดิพลอยด์ เซลล์ วัคซีน (human diploid cell vaccine) ที่อาร์ซีเอส เวอโรราป (TRCS-verorab) และ พีซีอีซี (purified chick embryo cell) วัคซีน ในกลุ่มนี้ผลิตขึ้นมาจากขนาดและมาตรฐานเดียวกันคือ ใช้ครั้งละ 1 มิลลิลิตร ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในวันที่ 0 , 3 , 7 , 14 และ 30 ถ้าผู้สัมผัสโรคเคยได้รับการป้องกันแบบล่วงหน้าแล้ว และได้รับการฉีด กระตุ้นประจำ จะไม่มีความจำเป็นต้องฉีดกระตุ้นหลังสัมผัสโรคอีก

การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมา สามารถควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ทำให้มีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่สามารถกำจัดให้หมดได้ (สุจิตรา อังคศรีทองกุลและวารภรณ์ อึ้งพานิชย์, 2541, หน้า 354)ดังแสดงในกราฟเส้นที่ 1 ถึงแม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังมีผู้เสียชีวิตด้วย โรคพิษสุนัขบ้า ประกอบกับการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าซึ่งมีราคาสูง และมีแนวโน้ม ความต้องการใช้เพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในกราฟเส้นที่ 2 จึงทำให้การป้องกันสุนัขเป็นโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันการถูกสุนัขกัด และการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เป็นสิ่งสำคัญใน การดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งนี้เพื่อลดการสูญเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลตลอดจนการป้องกันโรค



กราฟเส้นที่ 1 แสดงจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าของประเทศไทยแยกตามรายภาค
 ที่มา กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข อ้างใน สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่(2542)



กราฟเส้นที่ 2 แสดงจำนวนผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุณัขบ้า พ.ศ.2524-2537

ที่มา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2539)

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

จากการศึกษาเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าและการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สรุปได้ว่า โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรงแต่สามารถป้องกันได้ ซึ่งการป้องกันไม่ให้สัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้าเป็นการป้องกันเบื้องต้นที่ส่งผลให้เกิดการป้องกันในคน เนื่องจากถ้าไม่มีแหล่งรังโรคในสัตว์ จะทำให้โอกาสการเกิดโรคในคนลดลงตามไปด้วย แต่ส่วนใหญ่ประชาชนยังขาดความตระหนักในอันตรายของโรค ละเลยในการที่จะนำสัตว์เลี้ยงไปรับการฉีดวัคซีน ดังที่การศึกษาของชวัช ลิขผลและวรสิทธิ์ ไหลหลั่ง (2540, หน้า 112) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เลี้ยงพบว่า สาเหตุที่ประชาชนไม่นำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนเนื่องจากไม่มีเวลา ไม่มีเงิน และไม่ทราบสถานที่ให้บริการซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคนในชุมชน ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้ นอกจากการป้องกันไม่ให้สัตว์ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว วิธีการป้องกันอีกวิธีคือการป้องกันไม่ให้ตนเองสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า และการดูแลตนเองเมื่อสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา อังคศรีทองกุล และวราภรณ์ อึ้งพานิชย์ (2541, หน้า 353) พบว่า ผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่เป็นเพราะไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค และไม่ได้ทำความสะอาดแผลหลังสัมผัสโรค

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ปัจจุบันการพัฒนาแนวใหม่มุ่งสนองความจำเป็นพื้นฐานแต่ละบุคคลและชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทในการพัฒนามากขึ้น โดยการสนับสนุนให้สมาชิกเลือกแนวทางที่เหมาะสมโดยระดมทรัพยากรจากชุมชนและการสนับสนุนของรัฐ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนา (เมธี จันทร์จารุภรณ์ และ สุธิดา รัตนวาณิชพันธ์, 2541, หน้า 5) ดังนั้น การพัฒนาประเทศนับตั้งแต่เริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 ในปี พ.ศ. 2525 ได้เปลี่ยนโครงสร้างและแนวทางในการพัฒนา โดยเน้นการพัฒนาบทบาทของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527, หน้า 4) ทั้งนี้ได้ใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีสำคัญ 4 ประการ (ไพจิตร ปวะบุตร, 2537, หน้า 5-6)คือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (people participation or community participation or community involvement) เป็นการให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมบริหารงานด้านสาธารณสุขทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มิได้หมายถึงชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการดำเนินกิจกรรม หากแต่หมายถึง ประชาชนในชุมชนนั้น เป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาของชุมชน

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (appropriate technology) เป็นการใช้เทคโนโลยี สาธารณสุขที่ง่ายไม่ซับซ้อน ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น ประชาชนสามารถปฏิบัติเองได้ หรือเป็นกลวิธีการแก้ไขปัญหาใหม่ ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่า เหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไข้ปัญหา

3. การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (re-oriented basic health service or health infrastrucuter) เป็นการปรับระบบบริการของรัฐ (basic health service) และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อ ต้องการให้เกิดการกระจายความครอบคลุมบริการของรัฐ

4. การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น (intersectoral collaboration) งานสาธารณสุข มูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกัน ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข และงาน พัฒนาชนบทต่างกระทรวงคือกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง มหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงอุตสาหกรรม ตลอดจนรัฐวิสาหกิจและเอกชน

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่สำคัญโรคหนึ่งที่มีผลกระทบต่อประชาชน ในชุมชน ดังนั้นประชาชนจึงควรป้องกันตนเองและชุมชนจากโรคพิษสุนัขบ้า ผู้ศึกษาได้อาศัยการ มีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกลวิธีในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน โดยอาศัยแนวคิดการมี ส่วนร่วมของจอห์น เอ็ม โคเฮน และนอร์แมน ที อัฟฮอฟฟ์ (John M.Cohen and Norman T.Uphoff, 1980, pp. 219-222) เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวคิดในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ได้แก่ ประชาชนรับรู้สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า ในหมู่บ้าน ได้แก่ การทราบว่าเคยมีผู้เสียชีวิตในหมู่บ้าน ประชาชนได้ร่วมสังเกต สอดส่อง สุนัขเร่ร่อน สุนัขจรจัด ไม่มีเจ้าของที่เข้ามาในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้สัญจรไปมา หรือพบ สุนัขบ้า หรือสงสัยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ให้รีบแจ้งสัตวแพทย์ เนื่องจาก ในประเทศไทยพบว่ามี แหล่งโรค (reservoir) ที่สำคัญ ได้แก่ สัตว์เลี้ยงต่างๆ เป็นส่วนมากที่ใกล้ชิดกับคนมากที่สุด คือสุนัข (วิจัย รุ่งปีตะรังสี, 2531, หน้า 29)

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน ได้แก่ การได้ร่วมกำหนดวัน เวลา สถานที่ที่จะได้รับ บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การคุมกำเนิด ซึ่งสาเหตุหนึ่งของการที่ประชาชนไม่นำ สุนัขไปรับบริการฉีดวัคซีนคือการไม่ทราบสถานที่ที่บริการ(วัช ลิขผล และวรสัทธี ไหลหลั่ง , 2540, หน้า 112) การได้มีส่วนร่วมเสนอความคิดในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อาทิ การเสนอวิธีการ กำจัดสุนัขจรจัด การป้องกันไม่ให้สุนัขกัดคนในหมู่บ้าน การหาวิธีสำรวจหาสุนัขที่ไม่ได้รับการฉีด วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นต้น เนื่องด้วยถ้าประชาชนได้มีส่วนดำเนินการเอง จะช่วยทำให้

ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้ามากยิ่งขึ้น (นิวัติ เทพมณี อ้างใน สุนันทา สุวรรณศิลป์, 2535, หน้า 21)

3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ได้แก่ การนำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีน ซึ่งกลยุทธ์ความสำเร็จในการกวาดล้างโรคพิษสุนัขบ้าที่กระทรวงสาธารณสุขกล่าวไว้วิธีหนึ่ง คือ ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนสุนัขจะต้องมีเป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 80 ของสุนัขทั้งหมด ซึ่งความสำเร็จในส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความร่วมมือของชุมชน และความรับผิดชอบของเจ้าของสุนัข (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539, หน้า 51) การนำสุนัขไปรับการควบคุมจำนวนสุนัข เนื่องจากถ้าสุนัขมีจำนวนมากจะดูแลไม่ทั่วถึง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535, หน้า 11) ซึ่งวิธีการควบคุมจำนวนสุนัข ได้แก่ การฉีดยาคุมกำเนิดสุนัขเพศเมีย การทำหมันสุนัขเพศเมียและเพศผู้ การจับสุนัขที่ไม่ปรากฏเจ้าของเพื่อทำลาย (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539, หน้า 59) การไม่ปล่อยสุนัขในที่สาธารณะ โดยไม่ควบคุมดูแล เนื่องจากสุนัขอาจไปสัมผัสสุนัขที่มีโรค และอาจไปทำความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535, หน้า 11) การจัดเก็บขยะให้สะอาด เพื่อลดแหล่งอาหารของสุนัขจรจัด (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539, หน้า 51) การหลีกเลี่ยงการได้รับเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า โดยไม่แหย่สุนัขให้โมโหโดยเฉพาะอย่างยิ่งสุนัขดุ หรือระวังอย่าให้สุนัขมีโอกาสดก ไม่คลุกคลีกับสุนัขที่ไม่เคยฉีดวัคซีนหรือไม่ทราบประวัติ ไม่รบกวนสัตว์ป่วยซึม หลบในที่มืด ไม่ล้วงคอช่วยเหลือนสุนัขที่ทำท่าคล้ายมีอะไรติดคอ เมื่อสัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า เช่น ถูกสุนัข แมว หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ ที่เป็นหรือสงสัยว่าเป็นบ้ากัด ข่วน หรือเลียบาดแผล เยื่อเมือก จะต้องล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่ ถ้าไม่มีสบู่ใช้ผงซักฟอกแทน แล้วเช็ดด้วยสารละลายไอโอดีน ถ้าไม่มีให้ใช้ยาฆ่าเชื้ออื่นๆ แทน (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535, หน้า 12) ซึ่งการทำความสะอาดบาดแผลให้ถูกวิธีเป็นการป้องกันด่านแรกที่ได้ผลดีที่สุด (วิชัย รุ่งปีตะรังสี, 2531, หน้า 38) พยายามจดจำลักษณะสัตว์ตัวที่กัดเพื่อติดตาม หาเจ้าของ ตามประวัติการฉีดวัคซีนและสังเกตอาการ ถ้าสุนัขปกติให้ขังดูอาการ 10 วัน ถ้าสุนัขมีอาการนำสงสัยให้กำจัดแล้วตัดหัวส่งตรวจผ่านสัตวแพทย์ หรือปศุสัตว์ แล้วรีบแจ้งสัตวแพทย์โดยเร็วที่สุด ปรีกษาแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อการพิจารณาการให้วัคซีน (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535, หน้า 12) การให้คำแนะนำสมาชิกในครอบครัวเมื่อสงสัยว่า สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า การแจ้งจำนวนสุนัขต่อ อสม. (วิชัย รุ่งปีตะรังสี, 2531, หน้า 55)

4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านวัตถุประสงค์ด้านสังคมและด้านบุคคล (นอร์แมน และอ็อบซอพ, 1980, หน้า 221) สำหรับในการที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของประชาชนที่ได้รับ ควรมีดังนี้ ด้านวัตถุประสงค์ ได้แก่ การลดการสูญเสียทรัพยากรบุคคล ทรัพย์สินที่ต้องสูญเสียจากการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในด้านสังคม ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัย

จากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนที่อาศัยในชุมชน การยอมรับของชุมชนที่จะต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลสุนัขในชุมชนเพื่อร่วมกันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ความตระหนักของชุมชนถึงอันตรายของโรคพิษสุนัขบ้า และในด้านบุคคลเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดเฉพาะบุคคล อันได้แก่ การลดอัตราการตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในชุมชน

5. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ได้แก่ การที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมบำรุงรักษากิจกรรมที่ได้ทำไว้ (ไพรัตน์ เจริญรินทร์, 2527, หน้า 6) การหาข้อดี ข้อบกพร่อง และการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป (ฉัตรยุทธ ฉันทิกุล, อ่างใน อนุศิษฐ์ สมฤทธิ์, 2542, หน้า 15) ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในการติดตามและประเมินผล ได้แก่ การที่ประชาชนได้มีส่วนในการประเมินผลจำนวนสุนัขในชุมชนที่ได้รับการฉีดวัคซีนและไม่ได้รับการฉีดวัคซีน จำนวนของสุนัขที่ได้รับการคุมกำเนิด การทราบปัญหาอุปสรรคของการไม่นำสุนัขไปรับการบริการดังกล่าว การทราบข้อดี ข้อเสียของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า