บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาบทบาทและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)ในการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในตำบลป่าเงิ้ว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ได้นำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาช่วยวิเคราะห์ เพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ครั้งนี้

2.1 แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

2.4 แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

2.5 ความหมายแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

2.6 ความรู้เรื่องไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

2.7 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ภาคประชาชน

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2539) หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและครอบครัวในทุกชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ นอกจากนั้นการสาธารณสุขมูลฐานยังต้องก่อให้เกิดการผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรม โดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น ก็ได้มาจากประสบการณ์ของประเทศเราเอง

แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น เกิดจากความพยายามของรัฐบาลทุกประเทศทั่วโลกที่พยายามจะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ได้แก่ การดูแลรักษาโรคที่จำเป็น การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน หมายถึงทั้งส่วนบุคคลและสมาชิกของครอบครัว ตลอดจนถึงชุมชน และการที่จะให้บริการที่จำเป็นดังกล่าวเป็นความจริงขึ้นมาได้นั้น ก็มีอยู่หนทางเดียวคือ การให้ประชาชนทุกคนปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะประชาชนรู้ดีว่าตนจะปฏิบัติตัวอย่างไร ประเทศต่างๆทั่วโลกได้มีการปฏิบัติในแนวคิดดังกล่าวมาแล้วเช่นกัน มิใช่แต่เพียงประเทศไทยของเราเท่านั้น แนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดที่แตกต่างไปจากการปฏิบัติในอดีต คือการเน้นหนักระบบการจัดการสาธารณสุขมูลฐาน จึงเป็นแนวคิดทางด้านการพัฒนาสังคม เพราะมุ่งเน้นไปในการพัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถการรวมกลุ่มและการตั้งใจที่จะช่วยเหลือเพื่อนบ้านของตนเองและสมาชิกในครอบครัว

ถ้าหากประชาชนทุกคนได้ปฏิบัติในงานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวก็จะเป็นการเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่จัดให้มีขึ้นเป็นปกติอยู่แล้ว ซึ่งจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการสาธารณสุขมูลฐานเป็นอย่างยิ่ง และถ้าหากว่าประชาชนทุกคนหรือประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพอนามัยที่ดีแล้ว ก็จะทำให้ภาวะทางสังคมหรือการพัฒนาทางสังคมของประเทศดีขึ้นด้วย คุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคนก็ต้องดีขึ้นอย่างแน่นอน

ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2539) จากแถลงการณ์แห่งอัลมา อตา ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ดังนี้ คือ บริการอันจำเป็นต่อการดำรงชีวิตขอองมนุษย์เป็นบริการที่อาศัยวิธีการและเทคโนโลยีตามหลักวิทยาศาสตร์และเป็นที่ยอมรับในสังคม

1. จัดบริการให้เสมอหน้ากันแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยที่ตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชนเหล่านั้นได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

2. การจัดให้มีการทำนุบำรุงบริการนั้นอยู่ในวิสัยที่รัฐร่วมกับชุมชนให้สามารถดำเนินการต่อไปได้ด้วยหลักการพึ่งตนเอง และตัดสินอนาคตด้วยตนเองของชุมชน

3. เป็นภารกิจหลักของระบบการสาธารณสุขของรัฐ โดยถือเป็นภารกิจหลักของกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนและของประเทศด้วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. เป็นบริการที่สร้างจุดเชื่อมโยงให้บริการสาธารณสุขของรัฐทั้งระบบเข้าถึงประชาชนไปยังที่ทำงาน ชุมชน ครอบครัวและตัวบุคคล

5. เป็นบริการที่สร้างจุดเริ่มต้นของกระบวนการในอันที่จะสร้างความสมบูรณ์แห่งสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยทั่วหน้ากัน

กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย ได้ให้ความหมายไว้ว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน" คือ แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในรูปแบบผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน และความร่วมมือของส่วนราชการในการบรรลุผลการดำเนินงาน ทั้งนี้มุ่งที่จะใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่และเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และสภาพลักษณะสังคมของประชาชนในท้องถิ่นในอันที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ทันกับความต้องการ ทั้งนี้ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนี้จะเชื่อมโยงกับขบวนการพัฒนาท้องถิ่นอื่นๆโดยอาศัยการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในลักษณะของการรับช่วงต่อจากท้องถิ่นและพัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารภายในชุมชน

(วรเดช จันทรศร, 2532) ได้นิยามความหมายของ การสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการของรัฐ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันให้กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ครอบคลุมพื้นที่เกือบทั่วประเทศ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชน การจัดสร้างระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (basic health service) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน (appropriate technology) และการพัฒนาแบบผสมผสานที่ใช้วิธีการประสานงานระหว่างสาขาอื่น ๆ ด้วย (intersectional collaboration)"

จากความหมายการสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน" หมายถึง กระบวนการดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่ โดยประชาชนในชุมชน เพื่อประชาชนในชุมชน และได้รับการสนับสนุนในกระบวนการต่างๆจากภาครัฐจนไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อดีตที่ผ่านมาประชาชนได้มีการดูแลตนเองด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพมานานแล้ว(สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539) จะเห็นได้จากในสมัยก่อนจะมี “หมอโบราณ” หรือ “หมอกลางบ้าน” คอยให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยด้วยการใช้ยาสมุนไพรรักษา รวมทั้งการมี “หมอตำแย ” คอยให้การช่วยเหลือทำคลอดแก่หญิงที่ตั้งครรภ์จนกระทั่งได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันโดยในขั้นแรก ได้นำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขาภิบาลในหมู่บ้าน โดยจัดตั้งเป็น “คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ” มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ต่อมามีการชักชวนให้ประชาชนเข้าเป็น “อาสาสมัครมาลาเรีย” เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการพ่นยาเคมีกำจัดยุงก้นปล่องป้องกันโรคมาลาเรีย นอกจากนี้ยังมีการทดลองหารูปแบบต่างๆ ในหลายพื้นที่ แต่ที่ชัดเจนและมีความสำคัญก็คือ “โครงการสารภี ” ซึ่งดำเนินการที่จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้นำเอาประชาชนเข้ามาฝึกอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย และเป็นแม่แบบนำไปทดลองในจังหวัดต่างๆจนกระทั่งกลายเป็นรูปแบบที่เรียกว่า “ผสส/อสม.” (สมเกียรติ เลิศสกุล, 2543)

1. ความหมายและความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียกย่อๆว่า “อสม. ” คือ ประชาชนที่ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนของหมู่บ้าน ให้เข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ทางด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ซึ่งเริ่มแรกนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เรียกย่อๆ ว่า ผสส. มีบทบาทด้านการสื่อข่าวสาร เฝ้าระวังโรคระบาด แจ้งข่าวการเกิดโรค และประสานงานกับทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยดูแลในละแวกคุ้มของตนเอง ในอัตรา 1 คนต่อ 8-15 หลังคาเรือน ส่วนกลุ่มที่สอง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียกย่อๆว่า อสม. ได้รับคัดเลือกขึ้นมาจากกลุ่ม ผสส. ด้วยกันเอง (อมร นนทสุต, 253 9) จากนั้นก็จะได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมอีกในเนื้อหาที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การปฐมพยาบาลและการใช้ยา ให้มีสิทธิประกอบโรคศิลป์ในระดับหนึ่งตามขอบเขตที่กระทรวงกำหนด

จากแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนของหมู่บ้านให้เข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการสื่อสาร ให้สุขศึกษา เฝ้าระวัง และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการควบคุมป้องกันโรค

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท

(รุจา ภู่ไพบูลย์, 2537) ได้สรุปแนวคิดของทฤษฎีบทบาทไว้ว่า บทบาท หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกตามบรรทัดฐานและตามความคาดหวังของสังคมตามสถานภาพของบุคคลนั้นๆ หรือการปฏิบัติบทบาทของบุคคล บทบาทจะถูกนำมาใช้เพื่อสิ่งต่างๆที่ถูกตนหรือบุคคลอื่นกระทำ องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาท (Alport, 1968 อ้างถึงในรุจา ภู่ไพบูลย์, 2537) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลแสดงบทบาทได้ดีหรือไม่นั้นมี 4 ประการ คือ

1. บทบาทที่สังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติสอดคล้องกับสถานภาพที่บุคคลนั้นดำรงอยู่

2. การรับรู้และเข้าใจบทบาทของบุคคลมีความสอดคล้องกับสิ่งที่สังคมคาดหมายว่าบุคคลนั้นจะต้องปฏิบัติ

3. บุคคลยอมรับในบทบาท ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อพิจารณาเห็นความสำคัญของบทบาทที่ต้องกระทำและทำให้เกิดความขัดแย้งกับความคาดหวังของสังคมน้อยที่สุด

4. การปฏิบัติบทบาท จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบของความคาดหวังของสังคมต่อบทบาทการรับรู้และเข้าใจในบทบาทและการยอมรับบทบาท

(สมคิด บางโม , 2546) ได้อธิบายว่าบทบาท (Role) คือความคาดหวังของผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งในสิ่งที่อยากให้บุคคลนั้นประพฤติปฏิบัติทั้งเรื่องส่วนตัวและการทำงาน

(พัทยา สายหู , 2544) กล่าวว่า บทบาทคือขอบเขตอำนาจหน้าที่และสิทธิในการกระทำตามบทของแต่ละงานที่เรามีต่อผู้อื่น โดยสังคมเป็นตัวกำหนดบทไว้ด้วยวิธีการต่างๆ ที่ไม่ใช่เฉพาะกฎหมายหรือข้อบังคับเท่านั้น แต่อาศัยความต้องการและการยอมรับร่วมกันในหมู่ผู้เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ ดังนั้นความหมายของบทบาทอาจเปลี่ยนแปรไปได้ตามกาลเวลา หรือความปรารถนาของผู้ร่วมใช้บทบาท

(Levinson , 1964) สรุปความหมายของบทบาทไว้ 3 ประการคือ

1. บทบาท หมายถึง ปทัสถาน ความมุ่งหวัง ข้อห้าม ความรับผิดชอบและอื่น ๆ ที่มีลักษณะในทำนองเดียวกัน ซึ่งผูกพันอยู่กับตำแหน่งทางสังคมที่กำหนดให้ บทบาทตามความหมายนี้คำนึงถึงตัวบุคคลน้อยที่สุด แต่มุ่งไปถึงการชี้บ่งถึงหน้าที่อันควรทำ

2. บทบาท หมายถึง ความเห็นของบุคคลผู้ดำรงตำแหน่งที่คิดและกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งนั้นๆ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. บทบาท หมายถึง การกระทำของบุคคลแต่ละคนที่กระทำ โดยให้สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคม หรืออาจจะกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ แนวทางอันพึงกระทำเมื่อตนดำรงตำแหน่งนั้น ๆ

เนเดล (Nadel, 1958) ได้อธิบายว่า บทบาท คือพฤติกรรมรวมจริงๆ ซึ่งไม่เหมือนกับสถานภาพหรือตำแหน่งที่มีลักษณะอยู่กับบทบาทมีลักษณะเป็นพลวัตร หรือการปฏิบัติซึ่งเป็นไปตามบรรทัดฐาน (Norm) ของสังคม สถานภาพสามารถเพิ่มรายละเอียดต่างๆ ให้แก่บทบาทในขณะเดียวกันบทบาทก็มีส่วนในการกำหนดสถานภาพ เนเดลได้แบ่งส่วนประกอบที่ส่งผลของบทบาทออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. ส่วนประกอบที่อยู่ภายนอก (Peripheral Attribute) เป็นส่วนประกอบที่ส่งเสริมบทบาท ซึ่งแม้จะขาดหายไปบ้างก็ไม่ทำให้บทบาทผิดไปจากที่ต้องการ คือ ส่วนประกอบของบทบาทนี้สามารถที่จะเลือกปฏิบัติได้

2. ส่วนประกอบที่กำหนดไว้แน่นอน (Required Attribute) เป็นส่วนประกอบที่มีผลสำคัญต่อบทบาทที่จะขาดไม่ได้ เพราะถ้าขาดไปแล้วจะทำให้บทบาทนั้นผิดไปจากฐานะตำแหน่งและจะเกิดปฏิกิริยาเรียกร้องให้มีการปฏิบัติให้ถูกต้องตามบทบาท

3. ส่วนประกอบที่เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่กำหนดไว้ชัดเจน (Legitimating or Pivotal Attribute) ถ้าบทบาทขาดส่วนประกอบนี้จะทำให้บทบาทที่เกิดขึ้นเพราะตำแหน่งเปลี่ยนแปลงไป เป็นการแสดงบทบาทผิดไปจากฐานะตำแหน่งที่ได้กำหนดไว้ แต่อาจจะเป็นการแสดงบทบาทสำหรับฐานะตำแหน่งอื่น

4. บทบาทจริงที่บุคคลแสดงนั้นไม่แน่นอนเสมอไป ว่าจะเหมือนกับบทบาทที่ควรจะเป็นไปตามปทัสถานของสังคม เพราะบทบาทที่บุคคลแสดงจริงๆ นั้นเป็นผลของปฏิกิริยาแห่งบุคลิกภาพของบุคคลที่ครองสถานภาพรวมกับบุคลิกภาพของบุคคลอื่นที่มาร่วมในพฤติกรรมและเครื่องกระตุ้นต่างๆ ที่มีอยู่ตลอดจนเวลาและสถานที่ที่เกิดการแสดงบทบาท

(สงวน สุทธิเลิศอรุณ , 2529) ได้สรุปทฤษฎีของบทบาท ไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีของ ราล์ฟ ลินตัน (Ralph Linton) กล่าวว่า ตำแหน่งหรือสถานภาพจะเป็นผู้กำหนดบทบาทให้ เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งเป็นครูจะต้องแสดงพฤติกรรมตัวอย่างที่ดี

2. ทฤษฎีของ นาเดล (Nadel) กล่าวว่า บทบาท คือ ส่วนประกอบที่ส่งผลต่อ พฤติกรรม 3 ลักษณะ คือ ส่วนประกอบที่ส่งเสริมบทบาท เช่น เป็นครูต้องพูดเก่ง มีอารมณ์ขัน ส่วนประกอบที่มีผลสำคัญต่อบทบาทและขาดไม่ได้ และส่วนประกอบที่เป็นไปตามกฎหมาย จะเห็นว่าบทบาทเกิดจากการกำหนดของอาชีพทางสังคม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. ทฤษฎีของ ฮอแมนส์ (Homanns) กล่าวว่า บุคคลจะเปลี่ยนบทบาทไปตามตำแหน่งเสมอ

4. ทฤษฎีของ พาร์สันส์ (Parsons) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ในสังคมทำให้มนุษย์ต้องเพิ่มบทบาทของตน เช่น บุคคลที่มีเพื่อนดีต้องแสดงบทบาทมากขึ้นเป็นเงาตามตัว

(Berlo, 1966) อธิบายเรื่องบทบาทไว้ ดังนี้

1. บทบาทที่กำหนดไว้ (Role Prescription) คือ บทบาทที่กำหนดไว้เป็นระเบียบอย่างชัดเจน บุคคลที่อยู่ในบทบาทนั้นจะต้องทำอะไรบ้าง

2. บทบาทที่กระทำจริง (Role Description) คือ บทบาทที่บุคคลได้กระทำจริงเมื่ออยู่ในบทบาทนั้น ๆ

3. บทบาทที่ถูกคาดหวัง (Role Expectation) คือ บทบาทที่ถูกคาดหวังโดยผู้อื่นว่าบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งนั้น ๆ ควรจะกระทำอะไร

Raven and Rubin (นิราศ ยุบล, 2541) กล่าวว่าบทบาท คือ แบบแผนของพฤติกรรมที่เป็นคุณสมบัติของบุคคลผู้ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ ในหน่วยงาน

Broom and Selznick (นิราศ ยุบล, 2541) ได้อธิบายความหมายของบทบาทไว้ คือ บทบาททางสังคมเป็นแบบแผนของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับตำแหน่งเฉพาะทางสังคม ได้แก่ การเป็นพ่อ เป็นครู บทบาทในความหมายนี้เป็นการกล่าวถึง สิทธิและหน้าที่ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งทางสังคม ซึ่งบอกให้รู้ว่าแต่ละคนควรจะแสดงบทบาทอะไรบ้างในการเป็นพ่อหรือเป็นครู และเป็นหน้าที่ของเขาที่จะต้องแสดงพฤติกรรมตามบทบาทนั้น ๆ และในทำนองเดียวกันก็สามารถเรียกร้องหรืออ้างสิทธิอันนี้ได้

(วาณีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล , 2541) ได้แบ่งบทบาทไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. บทบาทอุดมคติ (ideal roles) คือ บทบาทของผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมควรจะปฏิบัติซึ่งถูกกำหนดโดยการอบรม คำแนะนำ คำสั่งสอน หน้าที่และความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย

2. บทบาทที่เป็นจริง (actual roles) คือ บทบาทที่ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมจะต้องปฏิบัติ ซึ่งถูกกำหนดโดยการนำเอาบทบาททางอุดมคติไปแปลความเพื่อปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่นั้น อาจคล้ายคลึงแตกต่างกันไปบ้างขึ้นอยู่กับความสามารถในการแปลความหมาย โดยมีสภาพแวดล้อมเป็นทั้งข้อจำกัดและสิ่งเกื้อกูลเป็นสำคัญ

กรีนเบิร์กและบารอน (Greenberg and Baron, 1993) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทไว้ว่า บทบาทเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกตามบริบทของสังคมนั้น

(นรายณ์ นาคปนทอง, 2545) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดบทบาทของคนไว้ 8 ประการ ดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. อายุ เป็นตัวกำหนดบทบาทที่สำคัญ เพราะคนที่มีอายุต่างกัน จะมีบทบาทไม่เหมือนกัน เช่น บทบาทของเด็ก บทบาทของผู้ใหญ่ เป็นต้น

2. เพศ จะมีบทบาทที่แตกต่างกันออกไปตามสังคมกำหนด

3. อาชีพ คนแต่ละอาชีพจะมีบทบาทต่างกัน เช่น ครูมีบทบาทหนึ่ง ตำรวจมีบทบาทหนึ่ง พ่อค้ามีบทบาทหนึ่ง เป็นต้น

4. ฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันจะมีบทบาทต่างกัน เช่น คนรวยกับคนจน พ่อค้ากับชาวนาเป็นต้น

5. ตำแหน่งในครอบครัว ในครอบครัวลูกจะมีบทบาทแตกต่างจากพ่อแม่ พี่จะมีบทบาทแตกต่างจากน้อง เป็นต้น

6. พิธีการต่างๆ ผู้เข้าร่วมพิธีการต่างๆ จะถูกพิธีการนั้นๆ กำหนดบทบาทของตนเองไว้ เช่น พิธีแต่งงาน พิธีศพ พิธีการทางศาสนา เป็นต้น

7. บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล บุคลิกภาพจะมีผลต่อการแสดงบทบาทของบุคคลมาก โดยบุคคลจะเลือกแสดงบทบาทตรงกับบุคลิกภาพของตน แต่จะไม่แสดงบทบาทที่ขัดกับบุคลิกของตน หรือที่ตนไม่ถนัด

8. บทบาทภายในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มจะมีบทบาทแตกต่างกันออกไป เช่นบทบาทของผู้นำ บทบาทของเลขานุการ บทบาทของประชาสัมพันธ์ บทบาทของสมาชิกอื่นๆ

จากแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการรับรู้บทบาท สรุปได้ว่า บทบาท คือ การปฏิบัติงาน สิทธิและหน้าที่ของบุคคลตามตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่ การปฏิบัติตามบทบาทดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้และการกระทำของบุคคล ฉะนั้นการรับรู้บทบาทย่อมแตกต่างกันในแต่ละบุคคล สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้บทบาทหรือเข้าใจในบทบาท คือ เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เป็นต้น การรับรู้ที่ถูกต้องในบทบาทย่อมมีผลกระทบต่อความมีประสิทธิภาพขององค์การ

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน (สมเกียรติ มิ่งขวัญและคณะ, 2552) และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนและมีหน้าที่ แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อร้ายแรง

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ปัญหามลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาที่จำเป็นไว้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรและแพทย์แผนไทยฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น

4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.)

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก และเฝ้าระวังโรคต่างๆ เป็นต้น

6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขหรือจากแหล่งอื่นๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน)และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆเพื่อความเข้มแข็งของชุมชน

8. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

นอกจากบทบาทของ อสม. ในเรื่อง “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข” แล้ว อสม.ในยุคทศวรรษที่ 4 ของการสาธารณสุขมูลฐาน ยังมีการกำหนดแนวทางการทำงานของ อสม. เพื่อสังคมมุ่งเน้นการพัฒนา ลดบริการและความคาดหวังต่อภารกิจ/ผลงาน ของ อสม. โดยจะทำให้เกิดขึ้นในชุมชน 3 ด้าน คือ

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อสม.ทำตัวเป็นแบบอย่างทางด้านสุขภาพ สร้างพฤติกรรมสุขภาพ 6 อ. ให้เกิดในชุมชน ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคยา อนามัยและสิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุ

2. การดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น ภาวะโลกร้อน การปลูกป่า การเผาป่า/หมอกควันไฟ การลดขยะพลังงานทดแทน การควบคุมโรค เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก ฉี่หนู เป็นต้น

3. มาตรการทางสังคม/นวัตกรรมสุขภาพ มาตรการทางสังคมได้แก่ กติกา ข้อตกลงประชามติ ได้แก่ 1)พลังความรักของครอบครัว ญาติและกลุ่มเพื่อน 2)พลังของสังคม ชุมชน วัฒนธรรมประเพณี 3) พลังทางกฎหมาย ระเบียบ คำสั่ง นโยบายของรัฐ เป็นต้น นวัตกรรมสุขภาพ ได้แก่ การประยุกต์ใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ หรือวิธีการ เพื่อใช้ประโยชน์ทางด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

สรุปบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทที่สำคัญ 3 ประการคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้เหมาะสม ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี การดูแลสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการอยู่ดีกินดีและมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน และส่งเสริมการมีมาตรการทางสังคม หรือ นวัตกรรมด้านสุขภาพร่วมกันของคนในชุมชนเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังสุขภาพของคนในชุมชน นั่นเอง

แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

การป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ซึ่งเป็นโรคที่สามารถแพร่ติดต่อจากคนสู่คนและมีอันตรายถึงแก่ชีวิต ดังนั้นจึงต้องมีการป้องกันและควบคุม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย และอาสาสมัครสาธารณสุขจึงต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดังนี้

สหประชาชาติ (United Nation, 1978) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในกระบวนการต่างๆ คือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.กระบวนการตัดสินใจเพื่อการกำหนดเป้าหมายทางสังคม และการจัดสรรทรัพยากรในการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย

2. กระบวนการปฏิบัติตามแผนหรือโครงการต่างๆ โดยสมัครใจ เป็นลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อกลุ่มคน ระหว่างกลุ่มต่อกลุ่ม อันเป็นส่วนประกอบของกิจกรรมของกลุ่มอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ

(สุรเดช มาสินทรัพย์, 2545) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และการแก้ปัญหาร่วมกันด้วยความคิดสร้างสรรค์ร่วมกับวิทยาการที่เหมาะสม ตลอดจนสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

(ปาริชาติ วลัยเสถียร, 2542) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นการพัฒนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันคิดค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจการระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าว จะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน และ

2. การมีส่วนร่วมทางการเมือง

(นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2527) ได้กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วม ว่าเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้การกระทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น กับทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกันรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

(ไพรัตน์ เตชะรินทร์, 2527) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง กระบวนการรัฐ การทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งในรูปส่วนบุคคล ชมรม สมาคม มูลนิธิและองค์กร อาสาสมัครรูปต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกันให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายพัฒนาที่กำหนดไว้

(ปรัชญา เวสารัชช์, 2528) ได้นิยามความหมายของการมีส่วนร่วมว่า เป็นการที่ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องโดยการใช้ความพยายามหรือใช้ทรัพยากรในส่วนของตนต่อกิจกรรมซึ่งมุ่งสู่การพัฒนาชุมชน โดยการมีส่วนร่วมต้องมีองค์ประกอบดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องในกิจกรรมการพัฒนา

2. ผู้เข้าร่วมได้ใช้ความพยายามบางอย่างส่วนตัว เช่น ความคิด ความรู้ ความสามารถ แรงงาน หรือทรัพยากรบางอย่าง เช่น เงิน หรือวัสดุในกิจกรรมการพัฒนา

(สุนีย์ มัลลิกะมาลย์, 2545) ได้กล่าวถึงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนว่ามี 2 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำ หมายถึง หน่วยงานรัฐเป็นฝ่ายริเริ่ม คิดตัดสินใจให้มีโครงการหรือกิจกรรมขึ้นมา และเห็นว่าสมควรจะให้ประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินการด้วย และการมีส่วนร่วมระดับสูง หมายถึง ประชาชนเป็นฝ่ายคิดริเริ่ม ตัดสินใจและดำเนินโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ เอง

(เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง , 2527) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

อแลสแตร์ ที ไวท์ (White, 1982) ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 มิติ มิติที่หนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าอะไร และทำอย่างไร มิติที่สอง มีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนาการลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจ และมิติที่สาม มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงาน

โคเฮน และอัพโฮฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) ซึ่งมีความเห็นสอดคล้องกับ White โดยได้แบ่งประเภทการมีส่วนร่วมไว้เป็น 4 ประเภท คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริการและการประสานขอความร่วมมือ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ทางสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) จากความหมายของการมีส่วนร่วมดังกล่าว ผู้ศึกษาสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ที่บุคคลหลายๆคนได้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กลุ่มต้องการ และได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับแรงจูงใจ

1. ทฤษฎีแรงจูงใจของเดวิด แมกเคอร์แลนด์ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2525)

เดวิด แมกเคอร์แลนด์ กล่าวว่าบุคคลจะมีแรงจูงใจเนื่องจาก ต้องการสัมฤทธิ์ผล คือ ต้องการได้รับผลสำเร็จในการกระทำต่างๆ (Achievement motive) ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลที่ได้รับการปลูกฝัง และพัฒนาจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่มาตั้งแต่วัยเด็ก

2. ทฤษฎีแรงจูงใจของเฟรดเดอริค เฮิสร์เบริก (Frederick herzberg)

เฟรดเดอริค เฮิสร์เบริก กล่าวว่าการที่บุคคลจะเกิดแรงจูงใจในการทำงานมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

1) ปัจจัยลบ (Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ในการทำงาน เป็นปัจจัยที่ทำให้คนทำงานเกิดความสัมพันธ์ทางด้านลบ ซึ่งปัจจัยนี้ประกอบด้วย นโยบายและการบริหารงาน (Company policy & Administration) การควบคุมบังคับบัญชา (Supervision) เงินเดือน (Salary) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน (Interpersonal-relation supervision) และสภาพการทำงาน (Works condition) แต่ปัจจัยเหล่านี้ไม่ใช่เป็นสิ่งจูงใจที่จะให้ผลผลิตเพิ่มขึ้นหรือประสิทธิภาพในการผลิตเพิ่มขึ้น แต่จะเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นเพื่อป้องกันไม่ให้คนไม่พอใจในงานที่ทำอยู่เท่านั้นเอง

2) ปัจจัยบวก (Motivator factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกในทางบวกกับงานที่ปฏิบัติและเกี่ยวกับเนื้อหาของงานที่ปฏิบัติ บุคคลจะได้รับการจูงใจหรือแรงจูงใจให้เพิ่มผลผลิตด้วยปัจจัยของความสำเร็จในงาน (Achievement) การยอมรับนับถือ (Recognition) ความรับผิดชอบ (Responsibility) ลักษณะของงาน (Work Itself) และความก้าวหน้า (Advancement)

3. ทฤษฎีของชาลล์ มิลตัน (Charles Milton)

ชาลล์ มิลตัน กล่าวไว้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานประกอบด้วยปัจจัย 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมของงาน โดยปัจจัย ด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา บุคลิกภาพ ค่านิยม ความต้องการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและปัจจัยความสามารถ เช่น ความฉลาด ความชำนาญ เป็นต้น แต่ปัจจัยเหล่านี้มิได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยตรง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งแวดล้อมตั้งแต่ระดับแคบที่สุด หรือระดับจุลภาค ซึ่งถือเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมในองค์กรไปจนถึงสิ่งแวดล้อมที่กว้างที่สุด หรือระดับมหภาค ซึ่งได้แก่ สภาพเศรษฐกิจ สังคม หรือการเมือง ในจำนวนปัจจัยสองประเภทนี้ปัจจัยที่ได้รับการสนใจศึกษามากที่สุด คือ ปัจจัยระดับจุลภาค หรือปัจจัยสภาพแวดล้อมในองค์กรหรือหน่วยงาน ซึ่งMilton ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยตรง เช่น การรับรู้บทบาท (Role perceptions) ลักษณะงาน (Work itself) อัตราค่าจ้าง (Wages) โครงสร้างขององค์กร (Organizational structure) และลักษณะการควบคุมนิเทศงาน (Supervision) จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างหรือการจัดสิ่งแวดล้อมขององค์กรให้บุคคลมีแรงจูงใจที่ดีในการปฏิบัติงา จะทำให้การดำเนินงานขององค์กรนั้นบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก็เช่นเดียวกันในการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นการปฏิบัติในลักษณะอาสาสมัครทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวม ผลประโยชน์ตอบแทนส่วนตัวนั้นมีเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบจึงน่าจะมีการเสริมสร้างแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนมีความพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติเพื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เหล่านั้นปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(สุธา พงศ์ถาวรภิญโญ และคณะ, 2548) ได้กล่าวไว้ว่า สื่อที่ใช้สอน หรือการให้ความรู้ อาจไม่ได้ลงรายละเอียดให้มาก และไม่ได้เน้นให้เกิดความเข้าใจ และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องอาจจะมาจากการสื่อสารทางเดียวทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้เรื่องโรคดังกล่าวไม่ถูกต้อง ผลของการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้คำแนะนำแก่ประชาชนในหมู่บ้านไม่ถูกต้องตามมา ดังนั้นการประชาสัมพันธ์ การใช้การสื่อสารโดยใช้สื่อการสอน หรือการประชุมอบรม ควรมีการสื่อสารแบบสองทาง

จากความหมายของแรงจูงใจ ดังกล่าว ผู้ศึกษาสรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง แรงขับของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะที่เกิดขึ้นในการทำงาน หรือการกระทำที่บุคคลจะทำงานให้สำเร็จ โดยได้รับอิทธิพลจากการกระทำของคนอื่นที่กำหนดแนวทางเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยแห่งความต้องการพื้นฐานได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน ความเจริญเติบโตในการทำงาน ปัจจัยสุขอนามัยนโยบายและการบริหารงาน ขององค์การ ค่าจ้างเงินเดือนที่ได้รับ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน สภาพการทำงานความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ความมั่นคงในการทำงาน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ความรู้เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ชนิด A(H1N1)

(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) กล่าวว่า โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส ชนิด A(H1N1) ซึ่งมีลักษณะดังนี้

อาการ อาการของผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เช่น มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ อาจมีการการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสียร่วมด้วย และผู้ป่วยบางรายมีอาการปอดอักเสบรุนแรง หายใจเร็ว เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้

การติดต่อ สามารถแพร่ติดต่อไปยังคนอื่นๆได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยการติดต่อทางตรงจากการไอ จามรดกัน เชื้อไวรัสที่อยู่ในเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย ที่ฟุ้งกระจายในอากาศและคนที่อยู่ใกล้ผู้ป่วยในระยะ 1 เมตร หายใจเอาฝอยละอองเข้าไป เชื้อไวรัสจะเข้าสู่ร่างกายทำให้เกิดอาการป่วย การติดต่อทางอ้อม จากการสัมผัสทางมือ หรือสิ่งของเครื่องใช้ที่ปนเปื้อนเชื้อโรคของผู้ป่วย เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได ซึ่งเชื้อโรคจะเข้าสู่ร่างกายได้ จากการที่ใช้มือที่สัมผัสเชื้อโรคมาขยี้ตา แคะจมูก และหยิบอาหารเข้าปาก

ระยะฟักตัว ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อจะมีระยะเวลาฟักตัวประมาณ 2 หรือ 3 วัน นานที่สุดไม่เกิน 7 วัน และมีระยะเวลาแพร่เชื้อประมาณ 7 วัน ซึ่งอาจจะเริ่มแพร่เชื้อได้ตั้งแต่ 1 วันก่อนแสดงอาการป่วย และจะแพร่เชื้อได้มากที่สุดในช่วงเวลา 3 วันแรกหลังการได้รับเชื้อ ซึ่งความรุนแรงของโรคจะอยู่ในระดับเทียบเท่ากับไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ซึ่งจะพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากการระบาด ผู้ที่เสี่ยงต่อการป่วยได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว และสตรีมีครรภ์ อาจมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้

การรักษา มีหลายวิธีซึ่งได้แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการของโรค รวมทั้งการบริโภคน้ำและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ยาบรรเทาอาการปวดที่ซื้อมารับประทานเอง เช่น พาราเซตามอลและไอบูโปรเฟน ไม่สามารถฆ่าไวรัสได้ อย่างไรก็ตาม ยาบรรเทาอาการปวดดังกล่าวอาจช่วยลดอาการของโรคได้ แต่ไม่แนะนำให้รับประทานแอสไพรินและผลิตภัณฑ์ซาลิไซเลตอื่น ๆ สำหรับทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปี เพราะอาจเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการเรย์ (Reye syndrome) แต่สำหรับผู้ที่มีเพียงไข้ต่ำๆ และไม่มีอาการแทรกซ้อนอื่น ไม่ควรรับประทานยาบรรเทาไข้ คนส่วนใหญ่สามารถฟื้นตัวจากอาการไข้ได้เองโดยไม่ต้องใช้วิธีการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ในผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือมีภูมิคุ้มกันต่ำอาจต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มเติม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สำหรับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงควรได้รับยาต้านไวรัส (โอเซลทามิเวียร์และซานามิเวียร์) โดยเร็วที่สุด เมื่อมีการแสดงอาการไข้หวัดใหญ่เป็นครั้งแรก ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวรวมไปถึงสตรีมีครรภ์และสตรีหลังคลอดบุตร เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และผู้สุขภาพไม่ดี เช่น มีปัญหาในระบบหายใจ - สำหรับผู้ที่มิได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงแต่มีอาการคงที่หรือทรุดลงเรื่อย ๆ ควรได้รับยาต้านไวรัสเช่นกัน อาการดังกล่าวรวมไปถึงการหายใจลำบาก และมีไข้ขึ้นสูงซึ่งกินเวลานานกว่า 3 วัน ในผู้ที่มีอาการปอดอักเสบควรได้รับทั้งยาต้านไวรัสและยาปฏิชีวนะ เช่นเดียวกับในผู้ป่วยรุนแรงซึ่งติดเชื้อไวรัส เอช 1 เอ็น 1 หลายกรณี การติดเชื้อแบคทีเรียจะพัฒนาขึ้น - ยาต้านไวรัสจะเป็นประโยชน์มากที่สุดหากให้ผู้ป่วยภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังเริ่มแสดงอาการของโรค และอาจช่วยบรรเทาอาการได้ในผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ในผู้ที่มีอาการปานกลางหรือร้ายแรง หากให้ภายหลัง 48 ชั่วโมง ยาต้านไวรัสอาจยังคงเป็นประโยชน์ได้ ถ้าไม่สามารถหาโอเซลทามิเวียร์ (ทามิฟลู) หรือไม่สามารถใช้ได้ มีการแนะนำให้ใช้ซานามิเวียร์ (รีเลนซา) แทน เพราะเพรามิเวียร์เป็นยาต้านไวรัสที่อยู่ระหว่างการทดลองจะได้รับอนุมัติให้ใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลในกรณีซึ่งการรักษาด้วยวิธีอื่นไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่สามารถจัดให้ได้

การป้องกัน ทุกคนต้องป้องกันตนเองและปฏิบัติตัวดังนี้ ล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำและสบู่ ปิดปากปิดจมูก ด้วยกระดาษทิชชู เมื่อไอ จาม หลีกเลี่ยงการไปสถานที่ ที่มีคนแออัด เมื่อมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ให้ใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ หากเป็นไข้หวัดใหญ่ให้พักอยู่ที่บ้านถ้ามีอาการมากขึ้น เช่น ไข้สูง เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ให้พบแพทย์ ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ ด้วยการกินอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำสะอาด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการป้องกันควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค, 2553)

นโยบาย

ตามนโยบายการเตรียมความพร้อมแห่งชาติ รัฐบาลได้กำหนดให้ภัยร้ายแรงจากโรคระบาดในมนุษย์ เป็นสาธารณภัยชนิดหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบรุนแรงหลายด้าน และได้มอบให้กระทรวงมหาดไทยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อให้ทุกภาคส่วนทุกระดับ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงประชาชน มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก เพื่อให้เตรียมความพร้อมตั้งแต่ในยามปกติ สามารถร่วมกันป้องกันแก้ไขสถานการณ์การระบาดใหญ่ในยามที่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เกิดภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่จะเกิดแก่ประเทศชาติได้มากที่สุด

ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันควบคุมไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการภายใต้ “แผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไข และเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 - 2553” และ “แผนปฏิบัติการแม่บทการเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ พ.ศ. 2552” ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบ และแจ้งให้ทุกกระทรวงและทุกจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการบูรณาการรองรับ เพื่อผลักดันให้เกิดกลไกการบูรณาการการดำเนินงานของทุกภาคส่วน ซึ่งในระดับชาติการดำเนินงานตามแผนปฏิบัตินี้ ให้ใช้กลไกที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของไข้หวัดนก ซึ่งอยู่ภายใต้การบัญชาการและการสนับสนุนของคณะกรรมการอำนวยการฯ ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ และในระดับจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการ

การเตรียมความพร้อมและป้องกันแก้ไขสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ จะเน้นการพัฒนาขีดความสามารถหลักของประเทศ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมแก้ไขสถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาระดับนานาชาติ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายในปี ค.ศ. 2012 ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 หรือ International Health Regulations (2005)

ยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

มาตรการป้องกันควบคุมไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ เช่นกรณีการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 นั้น ประกอบด้วย มาตรการใช้เวชภัณฑ์ (Pharmaceutical Interventions) ซึ่งรวมถึงการใช้ยาต้านไวรัส เวชภัณฑ์อื่น ๆ ที่จำเป็น รวมทั้งชุดป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ สำหรับ มาตรการไม่ใช้เวชภัณฑ์ (Non-Pharmaceutical Interventions) จะเน้นการส่งเสริมให้คนไทยมีพฤติกรรมสุขอนามัยป้องกันโรค และการใช้มาตรการควบคุมการระบาด เช่น การแยกผู้ป่วย โดยการหยุดงาน หยุดเรียน ปิดชั้นเรียน การป้องกันการแพร่เชื้อในกิจกรรมการชุมนุมของคนหมู่มาก หรือหากการระบาดรุนแรง อาจจำเป็นต้องปิดโรงเรียน เลื่อน ลด หรืองดกิจกรรมการชุมนุมดังกล่าว

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรณีที่เกิดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ขึ้น จะมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว เพราะคนทั่วโลกไม่มีภูมิต้านทานต่อเชื้อสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งจะทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมากกว่าไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลที่เกิดเป็นประจำทุกปี จึงต้องจัดระบบการสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนเข้าใจ และให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันตอบสนองและแก้ไขปัญหาอย่างดีที่สุด กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ 2 ลด 3 เร่ง ได้แก่

ยุทธศาสตร์ลดการเสียชีวิตให้ได้มากที่สุด มีการจ่ายยาครอบคลุม ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลภาครัฐไปสู่โรงพยาบาลภาคเอกชนทั่วประเทศ และเปิดให้คลินิกเอกชนเข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง โดยมียาต้านไวรัสพอเพียงสำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับยา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว หญิงมีครรภ์ ผู้ที่เป็นโรคอ้วน ผู้ที่มีภูมิต้านทานต่ำ เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ลดการป่วยลงให้ได้มากที่สุด เป็นงานพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญมาก ที่จะช่วยชะลอและลดการแพร่ระบาด เป็นผลให้ลดการเสียชีวิตลงด้วย มีแนวทางหลัก 2 ประการ ได้แก่

แนวทางแรก การสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคโดยประชาชนทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง ต้องป้องกันตนเองอย่างดีที่สุดไม่ให้ติดเชื้อ และผู้ที่มีอาการป่วยต้องป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อสู่คนอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง

แนวทางที่สอง การลดโอกาสการแพร่เชื้อในชุมชน ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด คือ ผู้ป่วยต้องหยุดเรียน หยุดงาน ดูแลรักษาตนเองอยู่ที่บ้าน หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ไปในที่ชุมนุมชนเพื่อป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อสู่คนอื่น ซึ่งนอกจากจะมีประสิทธิภาพในการลดการแพร่ระบาดแล้ว ยังช่วยลดผลกระทบต่อการเรียนการสอน การดำเนินธุรกิจ และการดำเนินกิจกรรมตามวิถีชีวิตปกติได้อีกด้วย

ยุทธศาสตร์เร่งการออกเยี่ยมบ้าน โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศจำนวน เก้าแสนแปดหมื่นกว่าคน เพื่อให้คำแนะนำและแจกเอกสารให้ความรู้เรื่องไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ค้นหาผู้ป่วยในทุกหมู่บ้านทุกชุมชน ให้คำแนะนำการดูแลรักษาที่บ้าน หรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ยุทธศาสตร์เร่งการเผยแพร่สื่อสาร โดยหน่วยงานและทุกภาคส่วน ให้ความร่วมมือกันเผยแพร่ข้อมูลที่จำเป็นแก่ประชาชน ผ่านช่องทางและสื่อต่าง ๆ อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ไม่ตื่นตระหนก สามารถป้องกันและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ยุทธศาสตร์เร่งการบริหารจัดการ การจัดการในระดับจังหวัดและระดับชาติ โดยรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานศูนย์ปฏิบัติการระดับชาติ ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานศูนย์ ฯ ระดับจังหวัด เพื่อระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วน กำหนดมาตรการและดำเนินงานอย่างเป็นเอกภาพ

คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมแก้ไขสถานการณ์การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ จัดตั้งคณะทำงานบูรณาการ 4 คณะเพื่อเป็นกลไกในการวิเคราะห์สภาพปัญหา เสนอแนวทางการดำเนินงาน จัดทำมาตรฐาน และแนวทางหรือคู่มือต้นแบบในการป้องกัน และควบคุมแก้ไขสถานการณ์การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกลุ่มเป้าหมาย คือ 1) คณะทำงานบูรณาการการจัดการเฝ้าระวังชุมชน โดยกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน 2) คณะทำงานบูรณาการการบริหารจัดการด้านการจัดการท่องเที่ยว โดยกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาเป็นประธาน 3) คณะทำงานจัดการเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนและเชื้อดื้อยา โดยกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นประธาน และ 4) คณะทำงานบูรณาการการจัดการสถานศึกษา โดยกระทรวงศึกษาธิการเป็นประธาน

ผลการดำเนินงานของคณะทำงานบูรณาการ 4 คณะ คือ 1) ประชุมปรึกษา หารือ จัดทำแนวทางปฏิบัติการแก้ไขปัญหาการระบาดแต่ละกลุ่มเสี่ยง 2) จัดทำแผนงาน/โครงการรองรับการปัญหาการระบาดในปี 2553 และเสนอขอสนับสนุนงบกลาง

ยุทธการ 4 เดือน (พฤศจิกายน 2552 – กุมภาพันธ์ 2553) เพื่อเตรียมความพร้อมรับและลดผลกระทบจากการระบาดระลอกใหม่ช่วงฤดูหนาว

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้สั่งการให้หน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศ มุ่งดำเนินการตามยุทธศาสตร์ 2 ลด 3 เร่ง เพื่อลดการป่วย ลดการตาย เร่งเสริมบทบาทอาสาสมัคร เร่งเผยแพร่สื่อสารข้อมูลองค์ความรู้ รวมทั้งเร่งบริหารจัดการประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งนี้ในช่วง 4 เดือนที่ต้องเสริมความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการปัญหาไข้หวัดใหญ่ในระยะต่อไปนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำกรอบแนวทางการเร่งรัดการดำเนินงาน “ยุทธการ 4 X 4 X 4 X 4” ในช่วง 4 เดือน ดังนี้

<u>การดำเนินงาน 4 มาตรการ</u>

รับรู้ : รู้เรื่องโรค รู้สถานการณ์โรค รู้ความเสี่ยงของตนเอง

ร่วมเร่ง : การจัดการความร่วมมือทุกภาคส่วนในการป้องกันควบคุมโรค

ลดป่วย : สนับสนุนการดำเนินงานของทุกภาคส่วน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ลดตาย : การป้องกันในกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง การรักษาเร็ว ได้ยาเร็ว รวมทั้งลดการระบาดเป็นกลุ่มก้อน

<u>การสร้างความปลอดภัยจากโรคใน 4 กลุ่มคน</u>

วัยเรียน : ทุกระดับชั้น ถึงระดับอุดมศึกษา (เน้นชั้นอนุบาล ชั้นประถม)

วัยทำงาน : สำนักงาน โรงงาน ฯลฯ

วัยอยู่บ้าน : เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : ผู้ป่วยโรคปอด หัวใจ ไต ฯลฯ รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง เช่น หญิงตั้งครรภ์ ผู้เป็นโรคอ้วน

<u>การเสริม 4 พฤติกรรมป้องกันโรค</u>

ปิด : ปิดปากปิดจมูกอย่างถูกต้องเมื่อไอจาม ใช้กระดาษทิชชูเมื่อป่วย สวมหน้ากากอนามัย หรือไอใส่ต้นแขนตนเอง

ล้าง : ล้างมือบ่อย ๆ และทุกครั้งหลังไอจาม ก่อนรับประทานอาหาร ฯลฯ

เลี่ยง : สถานที่เสี่ยง (แออัด อากาศไม่ถ่ายเท ทึบ แสงแดดส่องไม่ถึง) การอยู่ใกล้ชิดกับผู้มีอาการป่วย (ไอ จาม)

หยุด : เมื่อป่วย (หยุดงาน หยุดเรียน หยุดกิจกรรม) เพื่อให้หายป่วยเร็วและไม่แพร่เชื้อให้ผู้อื่น

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2553)

การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือเพื่อปกป้องระบบสาธารณสุขของประเทศ และลดอัตราป่วย/อัตราตายของประชาชน โดยกรมควบคุมโรค องค์การเภสัชกรรม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ซื้อวัคซีน 2 ล้านโด๊ส ส่งไปยังโรงพยาบาล 1,154 แห่ง 1,029,970 โด๊ส และโรงพยาบาลเอกชน 212 แห่ง 35,880 โด๊ส (เฉพาะหญิงตั้งครรภ์) และจะส่งวัคซีนเพิ่มตามเป้าหมาย โดย

1. เป็นวัคซีนเชื้อตายของฝรั่งเศส เทคโนโลยีการผลิตระดับสูง ขึ้นทะเบียนยาและใช้ในหลายประเทศ ผ่านการทดสอบความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสร้างภูมิคุ้มกันโรคร้อยละ 90

2. ผ่านการขึ้นทะเบียนยาโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และการรับรองรุ่นการผลิตชีววัตถุ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

3. ลำดับกลุ่มเป้าหมายเสี่ยงสูงในการให้วัคซีน ได้แก่ 1) แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคจากผู้ป่วย 2) หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป จำนวน 500,915 คน 3) บุคคลที่มีน้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัม /เมตร 2 4)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 5) บุคคลอายุ 6 เดือน - 64 ปี ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว คือ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย มะเร็ง โรคเลือด ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เบาหวาน

ประสิทธิภาพของวัคซีน

วัคซีนที่นำมาใช้เป็นวัคซีนชนิดเชื้อตายผลิตในประเทศฝรั่งเศส มีการใช้ในหลายประเทศทั่ วโลก ก่อนวางจำหน่ายบริษัทผู้ผลิตได้ทดสอบทางคลินิกพบว่ามีประสิทธิภาพในการสร้างภูมิคุ้มกันโรคประมาณร้อยละ 90 ดังนั้นถ้าสามารถฉีดวัคซีนได้ครบจะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้ประชาชนได้ 1.8 ล้านคนอันจะช่วยลดการเสียชีวิตให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและช่วยลดการระบาดของโรคไม่มา กก็น้อย

ความปลอดภัยของวัคซีน

ความปลอดภัยของวัคซีนเป็นขั้นตอนที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความใส่ใจมากที่สุด มาตรการที่สำคัญ ได้แก่การเลือกวัคซีนที่จะนำมาให้บริการแก่ประชาชน เป็นวัคซีนเชื้อตายที่ผลิตโดยเทคโนโลยีที่เป็นที่ยอมรับว่ามีความปลอดภัยแก่ผู้ได้รับวัคซีนสูง มีขั้นตอนการทดสอบทางห้องปฏิบัติการและทางคลินิกโดยบริษัทผู้ผลิต การขึ้นทะเบียนยาโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การรับรองรุ่นการผลิตชีววัตถุจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนแก่ประชาชนผู้รับวัคซีนและให้วัคซีนตามความสมัครใจของผู้รับบริการ การฉีดวัคซีนทำในโรงพยาบาลเท่านั้นและเฝ้าสังเกตอาการหลังฉีดวัคซีน 30 นาที หลังฉีดวัคซีนมีการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่ปกติภายหลังได้รับวัคซีน 4 สัปดาห์ และเปิด Call center รับแจ้งเหตุ 16 หมายเลขทั่วประเทศ

คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ระยะหลังการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ 2009 (post-pandemic period) (World Health Organization , 2010)

ในปัจจุบัน ทั่วโลกได้เข้าสู่ภาวะหลังการระบาดของไข้หวัดใหญ่ด้วย ข้อมูลความรู้ ที่มีอยู่ จากการระบาดใหญ่ในอดีต ทำให้คาดการณ์ว่าเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่ (H1N1) 2009 จะยังคงมีการแพร่กระจาย อย่างทั่วไปเช่นเดียวกับเชื้อไวรัส ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลใน ช่วงหลายปีข้างหน้า ถึงแม้ว่า ความตระหนัก ของประชาชน ได้ลดลงเป็นอย่างมาก แต่การเฝ้าระวังโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศต่างๆ ยังคงมีความสำคัญ เช่นเดียวกับ การเฝ้าระวัง ไวรัสในระยะหลังการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ระบาดใหม่ๆ ก็ยังคงเป็นช่วงที่สำคัญ เพราะเราไม่สามารถคาดการณ์พฤติกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้เช่นเดียวกับไวรัสไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

ตัวอย่างเช่น ไวรัสยังคงมีการแพร่ระบาดในกลุ่มเด็ก อย่างน้อยในช่วงหลังการระบาดใหญ่เพิ่งผ่านพ้นไป แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวจะลดน้อยลง แต่กลุ่มเด็กยังคงถูกจัดว่าเป็นกลุ่ม เสี่ยงสูงสุดต่อการเกิดอาการของโรครุนแรง และนอกจากนี้ ประชากรจำนวนไม่มากกลุ่มหนึ่งติดเชื้อ เกิดอาการ ปอดบวมจากการติดเชื้อไวรัสในระยะแรก ซึ่งมักไม่พบในไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และยากต่อการรักษา ซึ่งเราไม่สามารถคาดการณ์รูปแบบของการระบาดในช่วงหลังการระบาดของโรค ทำให้ต้องมีการเน้นย้ำเรื่องการเฝ้าระวังโรคต่อไป

องค์การอนามัยโลก ได้ออกคำแนะนำข้อควรปฏิบัติในระยะหลังระบาดของโรค รวมถึงการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และการติดตามทางไวรัสวิทยา การฉีดวัคซีน และการดูแลรักษาพยาบาล

เจ้าหน้าที่ ด้านสาธารณสุข ยังคงต้องระมัดระวังการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในพื้นที่ซึ่งจะยังเกิดขึ้นต่อไป และในบางพื้นที่การระบาดอาจมีผลกระทบอย่างมากต่อชุมชน

<u>คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่ส าธารณสุข ในระยะหลังการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009</u>

1. การเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจ

- เฝ้าระวังเหตุการณ์ที่ผิดปกติ เช่น กลุ่มก้อนของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตด้วยโรคในระบบทางเดินหายใจ
- สอบสวนโรคกรณีที่พบผู้ป่วยรุนแรง หรือมีความผิดปกติการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ที่อาจพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทางด้านระบาดวิทยา หรือทางด้านความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่
- จัดระบบการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเฝ้าระวังกลุ่มผู้มีอาการป่ วยคล้ายไข้หวัดใหญ่และกลุ่มผู้ติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง
- จัดช่องทางในการจัดส่งข้อมูล ไปยังหน่วยงานเฝ้าระวัง โรคทางเดินหายใจ เช่น FluID, FluNet และ EUROFlu เพื่อการรวบรวมข้อมูลโรค

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

- แจ้งองค์การอนามัยโรคทันที รวมทั้งการรายงานภายใต้ระบบกฎอนามัยระหว่างประเทศ หากตรวจพบ กรณีดังต่อไปนี้

1. การแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่ดื้อยา

2. การติดเชื้อในคนด้วยไวรัสไข้หวัดใหญ่ตัวอื่นที่ไม่ได้มีการระบาดในคน

3. การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ ของไวรัส H1N1 2009 ในด้านความรุนแรงหรือลักษณะทางระบาดวิทยา และด้านคลินิกอื่นๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในการแพร่กระจาย ในกลุ่ม อายุ ลักษณะทางคลินิก สัดส่วนของผู้ป่วยหนักใน ICU การเพิ่มขึ้นที่คาดไม่ถึงของจำนวนผู้ป่วย

- การตรวจสอบการ เปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม ที่สำคัญของไวรัส (H1N1) 2009 เช่น แอนติเจน หรือความไวต่อยาต้านไวรัส

<u>การใช้วัคซีนไข้หวัดใหญ่</u>

การฉีดวัคซีน ยังเป็นสิ่งสำคัญ ในการลดการเจ็บป่วยและการตายที่เกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้ฉีดวัคซีนในกลุ่มเสี่ยงสูงในประเทศที่มีการใช้วัคซีนไข้หวัดใหญ่

ไวรัสไข้หวัดใหญ่ H1N1 ซึ่งเป็นสาเหตุการแพร่ระบาดในปี 2009 และยังคงแพร่กระจายในบางส่วนของโลก มีความรุนแรงในการระบาดหลายระดับแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในหลายประเทศได้มีการฉีด วัคซีน ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลชนิดวัคซีนรวม 3 สายพันธุ์ (trivalent) ที่ตัววัคซีนดังกล่าวได้ครอบคลุมถึงสายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 แล้วด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ในบางประเทศที่ยังไม่มีวัคซีนไข้หวัดใหญ่ใช้ องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำว่า สามารถใช้วัคซีน H1N1 ชนิดวัคซีนสายพันธุ์เดี่ยว (monovalent) ก็ได้ ในการลดความเสี่ยงจากไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่ไม่มีวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ชนิดวัคซีนรวม 3 สายพันธุ์ (trivalent)

การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ H1N1 ชนิด monovalent ควรให้ตามแนวทางของหน่วยงานผู้ควบคุมกำกับดูแลวัคซีนภายในประเทศ ในการนี้องค์การอนามัยโลกจะได้ทำการปรึกษาคณะผู้เชี่ยวชาญต่อไป

<u>การดูแลรักษาพยาบาล</u>

ผู้ป่วยที่สงสัยโรคไข้หวัดใหญ่ ควรได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและโรค ไข้หวัดใหญ่ 2009 ขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เชื้อไวรัส H1N1 2009 จะยังคงเกิดการระบาดคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ ตามฤดูกาล ในช่วงหลายปีที่จะถึงนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงในกลุ่มเสี่ยงสูง รวมทั้งกลุ่มคนสุขภาพดีก็อาจพบได้มาก การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว เพื่อการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาอย่างรวดเร็วและการรักษาที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ จึงมีความสำคัญ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอคำแนะนำสำหรับการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและโรคไข้หวัดใหญ่ 2009

กลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ (H1N1) 2009 คือ กลุ่มเด็ก สตรีมีครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางระบบหายใจและระบบอื่น ๆ เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน เป็นต้น ผู้ป่วยดังกล่าวที่มีอาการไข้หวัดใหญ่รุนแรงหรือทรุดลง ควรได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด ด้วยยาต้านไวรัส (oseltamivir) ผู้ป่วยที่ความเสี่ยงที่จะเกิดการป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากไข้หวัดใหญ่ด้วยแล้ว ควรได้รับการรักษาด้วย oseltamivir หรือ zanamivir โดยเร็วที่สุดเช่นกัน

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ภาคประชาชน

บทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, 2552) ได้สรุปไว้มี ดังนี้

1. ดำเนินงานสุขศึกษา และสื่อสารในพื้นที่ชุมชนของตนเอง เพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอช 1 เอ็น 1 โดยดำเนินการดังนี้

1.1 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอช เอ็น 1 ของประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชน โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดปัญหาในหมู่บ้าน หรือชุมชน ดำเนินการโดย อสม. ภายใต้การสนับสนุนและดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งมีรูปแบบการเฝ้าระวังฯ ดังนี้

- กำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่เฝ้าระวังฯ เช่น พฤติกรรมเสี่ยง, พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
- พื้นที่ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมฯ
- กลุ่มตัวอย่าง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

- ระยะเวลา / ความถี่ของการเฝ้าระวังพฤติกรรมฯ
- วิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมฯ
- การนำข้อมูลผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมฯ เพื่อดำเนินงานต่อไป
- แจ้งเตือนถึงพฤติกรรมเสี่ยง
- นำมาใช้ในกระบวนการจัดทำแผนชุมชน และจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในหมู่บ้าน หรือชุมชน

1.2 การจัดทำแผนชุมชน

จัดทำแผนเพื่อกำหนดว่าใครจะทำอะไรบ้าง ทำเพื่อใคร กับใคร เมื่อไหร่ที่ไหน และทำอย่างไร โดยนำข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลสถานการณ์ของโรค รวมทั้งสภาพของปัจจัยแวดล้อม เป็นต้น และข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมฯ มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ข้อสำคัญ เพื่อให้ได้แผนชุมชนที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลดี ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิดร่วมทำแผน ร่วมแสดงความคิดเห็นตลอกระบวนการ ซึ่งส่งผลต่อการร่วมมือทำงานต่อไป ซึ่งมีแนวทางการจัดทำแผน ดังนี้

- กำหนดปัญหาสุขภาพที่จะดำเนินการ
- ตั้งวัตถุประสงค์ของแผนชุมชน เพื่อกำหนดแผนให้เป็นทิศทางเดียวกัน
- กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ว่าเป็นกลุ่มใด หรือใครในชุมชน
- เลือกวิธีการเพื่อดำเนินงาน และเตรียมแผนปฏิบัติการ
- เตรียมทรัพยากร งบประมาณที่จะใช้ และการได้มาของงบประมาณ
- กำหนดระยะเวลาของแผน
- การติดตามผล ประเมินผล

1.3 การสื่อสารในชุมชน

เมื่อวางแผนชุมชนเสร็จสิ้น จึงเริ่มดำเนินการสื่อสารข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพไปยังกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ตั้งแต่ตอนต้น อย่างมีลำดับ และมีขั้นตอน คือ รู้ชุมชน วางแผนสื่อสาร เตรียมการ ดำเนินการสื่อสาร และประเมินผลโดยสามารถกำหนดวัตถุประสงค์ที่จะสื่อสารได้ว่า เพื่อสื่อสารข้อมูล ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพไปยังกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด หรือเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในหมู่บ้าน/ชุมชนโดย

1. ประเมินสถานการณ์อย่างมีส่วนร่วม
2. ประสานงานกับผู้ที่รับผิดชอบในพื้นที่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. การสื่อสารให้เกิดการปฏิบัติทั้งชุมชน

4. เชื่อมต่อการสื่อสารให้ถึงกันในชุมชน

5. สร้างศักยภาพ และจัดการเรียนรู้ให้ชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องจัดเตรียมข้อมูลข่าวสาร ความรู้การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่จะสื่อสารให้เหมาะสมเลือกวิธีการที่จะสื่อสาร เลือกใช้สื่อที่เหมาะกับชุมชน เช่น พูดผ่านหอกระจายข่าวใช้ศิลปินท้องถิ่น หรือสื่อบุคคล คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)เคาะประตูเยี่ยมบ้านแนะนำประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ข้อมูล ข่าวสารความรู้ดังกล่าว ไปถึงคนในหมู่บ้าน/ชุมชน อย่างทั่วถึง

ชุมชนได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่ถูกต้องเหมาะสม ผ่านช่องทาง และสื่อที่มีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงชุมชนอย่างครอบคลุมทั่วถึง คนในชุมชนเกิดการรับรู้ และตื่นตัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการต่างๆ ที่กำหนดไว้ในแผนชุมชน ส่งผลให้ชุมชนสามารถจัดการข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพ ได้ทันต่อความจำเป็น และสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นและสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน ด้วยตัวของชุมชนเอง

1.4 การจัดกิจกรรมเรียนรู้พัฒนาทักษะพฤติกรรมการป้องกันโรค

การจัดการเรียนรู้ ที่เน้นทักษะชีวิต จะมุ่งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม โดยมีวิธีการจัดการเรียนรู้ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง

3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกันเอง และระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้จัดกิจกรรม

4. มีปฏิสัมพันธ์ที่มีจะทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง

5. มีการสื่อสารโดยการพูดหรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในหมู่บ้าน หรือชุมชน หากพบผู้ป่วยดังกล่าวให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในหมู่บ้าน จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชน ในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย

4. ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ เครือข่ายทุกภาคส่วนในท้องถิ่น เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอช 1 เอ็น 1 เช่น ทำการซ้อมแผนเตรียมการรับการระบาด เป็นต้น

5. หมั่นติดตาม ตรวจสอบ ข้อมูลข่าวสาร สถานการณ์ และคำแนะนำจากกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจน สื่อสาธารณะต่างๆเช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นประจำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับงานวิจัยที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบ เพื่อสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นโดย

เฉลิมศรี สะมะโน (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อำเภอบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 214 คน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสารของ อสม. โดยเรียงลำดับจากปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด 4 ปัจจัย คือ บุคลิกภาพ สัมพันธภาพระหว่าง อสม.กับสมาชิกในครอบครัว การศึกษา ระดับชั้นมัธยม และอาชีพ ค้าขาย

พริ้งพราว ไวยาวัจมัย (2546) ศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม. ในภาพรวมมีปัญหาในระดับค่อนข้างมาก โดยในเรื่องการให้ความร่วมมือของประชาชนมีปัญหาอยู่ในระดับมาก ในเรื่องการติดตามตรวจเยี่ยมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีปัญหาอยู่ในระดับค่อนข้างมาก สำหรับเรื่องสถานที่ปฏิบัติงานมีปัญหาอยู่ในระดับน้อย และเมื่อเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า เพศ ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน การยอมรับและไม่ยอมรับของประชาชนมีผลต่อปัญหาการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ยุคนธ์ ชุติปัญญะบุตร (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง มีกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 335 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. คือ ปัจจัยด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม. และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สุรัตน์ อยู่ยอด (2544) ศึกษาเรื่องความสามารถของ อสม. ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อำเภอทรายทองพัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานคือ ประสบการณ์ในการทำงานด้านพัฒนาชุมชน การได้รับการอบรมให้ความรู้ต่อเนื่อง การศึกษาดูงานด้านสาธาร ณสุข การยอมรับจากสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน

อมรศรี ยอดคำ และคณะ (2548) ได้ศึกษาการประเมินผลความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องโรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ สุขภาพจิตในชุมชน การแก้ไขปัญหาบุหรี่ การสร้างสุขภาพ การให้ข่าวสาร โครงการหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 พบว่าการฝึกอบรม การมีประสบการณ์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับความรู้ของ อสม.

ปนัดดา ใจมา (2549) ได้ศึกษา ความรู้ การรับรู้บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การได้รับข้อมูลทางเดียว เช่น จากสื่อโทรทัศน์ โปสเตอร์ จะมีข้อจำกัดในเรื่อง เวลา และรายละเอียดจึงอาจทำให้ผู้ที่ได้รับสื่อมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวน้อย

วรจิตร หนองแก (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุ ขมูลฐานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ประสบการณ์เดิมด้านสาธารณสุข ระยะเวลา การปฏิบัติงานในตำแหน่ง ทัศนคติต่อบทบาท ความคาดหวังประโยชน์ การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ วิธีการเข้าสู่ตำแหน่ง จำนวนแรงงานในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม อสม. และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้ คือ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่ง ทัศนคติต่อบทบาทและการได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ โดยทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 17.07 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. เชิงปริมาณ พบว่า

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

อสม.ยังมีปัญหาด้านความรู้ที่จะปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอ ปัญหาไม่มีเวลาพอเพราะมีภาระทางครอบครัวและจำเป็นต้องออกไปประกอบอาชีพนอกหมู่บ้าน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกก็พบว่า อสม. ยังคงมีปัญหาในหลายด้าน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการทำมาหากิน ทำให้ไม่สามารถร่วมกิจกรรมทุกครั้งได้ปัญหาเพื่อนร่วมงานไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ผู้นำท้องถิ่นบางคนยังไม่ให้การสนับสนุนชาวบ้านไม่เข้าใจโครงการทำให้ไม่ร่วมมือ สถานที่ปฏิบัติงานของ อสม.บางแห่งยังไม่เป็นเอกเทศหรือบางแห่งตั้งอยู่ห่างไกลจากย่านชุมชนทำให้ชาวบ้านไม่ค่อยมารับบริการ อสม.เองยังขาดความรู้และทักษะด้านการบริหารจัดการ การติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นระบบ การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ยังล่าช้า สวัสดิการด้านรักษาฟรีมีขั้นตอนยุ่งยาก ไม่สะดวก นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. บางส่วนต้องการมีค่าตอบแทนเป็นรายเดือนด้วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดของการศึกษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved