

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากความเจริญก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุขเป็นผลให้อัตราเกิดและอัตรามรณะของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการลดลงอย่างรวดเร็วของการเจริญพันธุ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชากรวัยเด็กมีจำนวนน้อยลงในขณะที่จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (United Nations [UN], 2009) นอกจากนี้อายุขัยเฉลี่ยยังเพิ่มสูงขึ้นจาก 46.5 ปี ใน ค.ศ.1950-1955 เป็น 66.0 ปี ใน ค.ศ.2000-2005 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศที่พัฒนาแล้วคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 ประชากรผู้สูงอายุจะเป็นสองเท่าของประชากรเด็ก (UN, 2009) เช่นเดียวกับประเทศด้อยพัฒนาที่กำลังมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทำนองเดียวกัน

ประเทศไทยก็เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลกกล่าวคือ อัตราเพิ่มของประชากรมีแนวโน้มลดลงจากช่วง 40-50 ปีที่ผ่านมาเป็นผลให้ประชากรวัยเด็กมีจำนวนน้อยลงในขณะที่จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (นำพลชัย กิจรักษ์กุล, 2550) และผลจากการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านมาทำให้คนไทยมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวขึ้น (ชาย โพธิ์สิตา, 2551) ดังจะเห็นได้ว่าคนไทยมีอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) ในเพศชาย 69.5 ปี และในเพศหญิง 76.3 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) ในปี พ.ศ.2568 คาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเป็น 14.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์นี้ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (Shryock, 2004 อ้างถึงใน บรรด ศิริพานิช, 2550) นั่นคือสังคมไทยกำลังมีการเปลี่ยนผ่านจากสังคมของประชากรวัยเยาว์ (Young Population Society) ไปสู่สังคมของประชากรสูงอายุ (Old Population Society)

ในสังคมของประชากรสูงวัยมักมีการเจ็บป่วยที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายและการเจ็บป่วยเรื้อรัง (วันดี โกะกุล, 2548) ซึ่งพบในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 80 เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต วัณโรค ข้อเสื่อม ฯลฯ (ชาย โพธิ์สิตา, 2550) ผู้สูงอายุที่มีโรคหรืออาการดังกล่าวอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างมีอัตราสูงมากคือประมาณ 4 ใน 5 ในผู้สูงอายุวัยต้น (ช่วงอายุ 60-75 ปี) และประมาณ 9 ใน 10 ในผู้สูงอายุตอนปลาย (ช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป) การเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมี

อัตราการครองเตียงโดยเฉลี่ยยาวนานกว่าคนที่อายุน้อย (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญรัตนพันธ์, 2549) และผลจากการเจ็บป่วยยังนำไปสู่ภาวะพึ่งพาและทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ถึงร้อยละ 25 (วันดี โภคะกุล, 2548)

สถานการณ์ดังกล่าวทำให้มีอัตราการพึ่งพิงสูงขึ้น (Dependent Ratio) (ชาย โพธิ์สิตา, 2550) จำนวนประชากรวัยแรงงานลดลง ขณะที่ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้เพิ่มขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ประเทศต้องลงทุนในการจัดสวัสดิการและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยากจน และไว้ที่พึ่งพิงเพิ่มขึ้น (ทัศนาศูววรรณะปกรณ, ลินจง ภิธินา, และจิตติ เจริญทอง, 2550) จึงส่งผลกระทบต่อการออมและการลงทุนเพื่อการพัฒนาประเทศ ประกอบกับความเจริญทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ทำให้คนวัยแรงงานต้องอพยพไปหารายได้ต่างถิ่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) และผู้หญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น (ลิวรรณ อุนนภิรักษ์, 2549) สัมพันธภาพในครอบครัวไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ปัญหาความแตกแยกและการหย่าร้างสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากแนวโน้มผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้นสองเท่าตัวจากร้อยละ 3.7 ในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมาเป็นร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 อ้างถึงใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551) พบปัญหาการทำร้ายร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุโดยลูกหลาน (เกษกัญญา จิรดิถีกุล, 2548) และความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา (พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนอมชัย, 2544; วิยาภรณ์ สวัสดิ์รักษา, 2544) ในขณะที่ผู้สูงอายุมีภาวะเครียดที่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ลูกหลานไม่ดูแล (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2547; ยุทธนา บุศเนตร, 2548) และยังไม่สามารถปรับตัวและใจเข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้ ทำให้มีความผิดปกติในจิตใจและอารมณ์ เกิดอาการเหงา หวาดกลัว และกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนวัยเดียวกัน และความสามารถในการทำงานลดลงยังทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (บรรลุ ศิริพานิช, 2550) ในขณะที่ครอบครัวมีปัญหาและไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุต้องพึ่งสวัสดิการจากสถานบริการของรัฐ แต่สถานสงเคราะห์คนชราขาดบุคลากรและอุปกรณ์ไม่เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (ทัศนาศูววรรณะปกรณ และคณะ, 2550) จึงเป็นความท้าทายของสังคมที่จะต้องรับผิดชอบดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม เมื่อถึงวันหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงเรื่อย ๆ จนถึงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย

จากสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการเพื่อให้เพียงพอและสามารถรองรับกับปัญหาผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม สำหรับประเทศไทยมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แต่ยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ

บุคลากรและความรู้ (สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2549) และเป็นการดูแลที่เน้นบริการทางสังคมมากกว่าบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุต้องแสวงหาบริการสุขภาพจากนอกชุมชน ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยสูงอายุ แต่การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนยังมีจำนวนน้อยและมีมาตรฐานที่แตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล โดยส่วนมากมักเป็นเพียงการจัดให้มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีบริการที่ตอบสนองตามความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนบริการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพยังไม่มีรูปแบบที่เหมาะสมและที่มีอยู่ส่วนมากจัดโดยภาคเอกชนที่ค่าใช้จ่ายสูงจึงเป็นการยากที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าถึงได้ (ชาย-โพธิ์ธิติ, 2551) จากผลการศึกษาความต้องการด้านสวัสดิการการรักษายาบาลที่ผู้สูงอายุต้องการ โดยสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย ปี 2549 พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านมากที่สุด ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาล โดยสามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง การส่งเสริมศักยภาพของสถาบันครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551; สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551) ภายใต้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้ความเข้าใจและความใส่ใจในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนที่มีลักษณะการดูแลสุขภาพที่ตรงตามความต้องการของชุมชน และการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการของภาคีเครือข่ายทางสุขภาพในชุมชน (สุพัตรา ศรีวนิชชากร, 2552) ดังนั้นการประสานความร่วมมือระหว่างบริการทางสุขภาพกับบริการทางสังคม เพื่อจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการบริการถึงบ้านจึงเป็นรูปแบบที่น่าจะสอดคล้องกับวิถีของสังคมผู้สูงอายุไทยในอนาคตได้มากที่สุด ในขณะที่เดียวกัน ถ้าหากมีการนำระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมาใช้ ในภาวะที่อัตราการเพิ่มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การสร้างบุคลากรทางด้านวิชาชีพคงไม่ทันกับสถานการณ์ ซึ่งแนวทางหนึ่งที่สามารถทำได้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง (คณะกรรมการสาธารณสุข สถานิธิบัญญัติแห่งชาติ, 2551)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ (2552) ได้ศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรที่เข้มแข็งของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสาร การสำรวจข้อมูล การณรงค์เพื่อป้องกันโรค แต่มีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องในการติดตามดูแล เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด จากการศึกษาของอารี บุตรสอน (2546) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจําหมู่บ้านมีข้อจํากัดในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2552) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านมีความรู้ในการประเมินค่าความดันโลหิตเพียงร้อยละ 31.1 มีการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตทุกเดือนร้อยละ 9.6 และขาดความรู้การให้คำแนะนำดูแลสุขภาพ เช่น วิธีการออกกำลังกาย การเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านในด้านการดูแลสุขภาพที่มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันจึงมีความจําเป็นอย่างยิ่ง (มินตรา สาระรักษ์, 2553) จากการศึกษาการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้าน ตำบลโคกสว่าง และตำบลนากระแซง จังหวัดอุบลราชธานี (มินตรา สาระรักษ์, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ และชินยาการย์ ศรีวิธมาศ, 2552 อ้างถึงใน มินตรา สาระรักษ์, 2553) โดยการสร้างพลังและทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพตามฐานการเรียนรู้เรื่องการออกกำลังกาย การปฐมพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดำเนินงานสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่ม และเมื่อจัดกลุ่มคะแนนศักยภาพการดำเนินงานก่อนเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างตำบลโคกสว่างส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มต่ำมากที่สุดร้อยละ 75.5 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมจัดอยู่ในกลุ่มสูงมากที่สุดร้อยละ 48.8 กลุ่มตัวอย่างจากตำบลนากระแซง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจัดอยู่ในกลุ่มสูงมากที่สุดร้อยละ 36.4 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.4 และเมื่อประเมินผลการพัฒนาศักยภาพหลังจากอบรม 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นประมาณร้อยละ 83 ขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การปฏิบัติงานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านมีศักยภาพในการดำเนินงานและมีความมั่นใจในการดำเนินงานเป็นอย่างดี

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่เน้นให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหาด้วยตนเอง เกิดความนับถือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคลในกลุ่ม ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ มองภาพอนาคตได้ สามารถพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขปัญหาได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล องค์กรและสังคม (Wallerstrin & Bernstrin, 1988 อ้างถึงใน มาลี เกื้อนพคุณ, 2544) จากการทบทวนการวิจัยในต่างประเทศของเชสธา (Shrestha, 2003) ได้ศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงในประเทศเนปาล ซึ่งเป็นวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของเปาโลแฟร์ (Paulo Freire) จากการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจรโดยไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความรู้ ความตระหนัก รู้ ทักยะและความมั่นใจของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงจนสามารถปฏิบัติงานการคุมกำเนิดในผู้หญิงกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของจุลศักดิ์ หน่อแก้ว (2547) เรื่องผลของการเสริมสร้างพลังกลุ่มสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล แม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลเด็ก 0-5 ปี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988 อ้างถึงใน นิติยา เพ็ญศิริภา, 2548) ร่วมกับการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การรับรู้ปัญหาทุพโภชนาการ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาการขาดสารอาหาร โภชนาการในเด็ก 1-5 ปี ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา วิชกุล (2551) ที่พบว่าแกนนำครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังแกนนำครอบครัว โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมีพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่าแกนนำครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ความรู้ ความสามารถในการส่งเสริมความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ ผลักดันความตั้งใจมุ่งมั่นของตนเองไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ แต่การพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านมาเน้นความรู้ และทักษะในการคัดกรอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ยังไม่มีหลักสูตรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) ทั้งยังพบว่ามีการพัฒนาโดยกระบวนการเสริมสร้างพลัง อำนาจเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพียงส่วนน้อย

จังหวัดจันทบุรีเป็นสังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับระดับประเทศ มีนโยบายและแนวทางการ ดำเนินงานตามโครงการจังหวัดสุขภาพดี สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมต่อเนื่อง ทุกเดือนและส่งเสริมการสมัครเป็นสมาชิกชมรม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2553) จากการศึกษาของอารีวรรณ จุลเจดน์ (2541) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมชมรม แต่ พบผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรมถึงร้อยละ 55 เนื่องจากอายุมากขึ้น และมีความเสื่อมถอยของ ร่างกายในทุกระบบ (อารีวรรณ จุลเจดน์, 2541; นพมาศ หลิมวานิช, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่า มี ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4 ที่มีสุขภาพดี ไม่มีอาการผิดปกติหรือโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ต้องไปรับการรักษาที่นอกเหนือจากนี้ 1 ครั้งในรอบ 3 เดือน คือ โรคความดันโลหิตสูง อาการปวดข้อ ฯลฯ และได้เสนอแนะให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) และการดูแลช่วยเหลือโดยครอบครัวหรืออาสาสมัคร (อารีวรรณ จุลเจดน์, 2541) สอดคล้องกับการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ, 2551) เน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนซึ่งเป็นการกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2552) ในส่วนของอำเภอนายายอามยังไม่มีการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ดังนั้นเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988 อ้างถึงใน นิติยา เพ็ญศิริภา, 2548) เพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ การรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการรับรู้ถึงการมีพลังอำนาจในตนเอง พึ่งพอใจในความสามารถของตนเอง รับรู้ถึงความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง จนเกิดความมั่นใจในตนเอง และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนในเขตรับผิดชอบของตนเองได้ ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่บ้านได้จำนวนครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับวิถีชีวิต ครอบครัวและชุมชน อันจะนำไปสู่สังคมสุขภาวะได้ในที่สุด และถือเป็นการเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สร้างผลงานที่มีคุณภาพได้อย่างชัดเจนตามความคาดหวังของประชาชนและสังคมที่สูงขึ้นในปัจจุบัน

คำถามการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจ มีความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานของการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีต่อการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน ประชากรที่ศึกษา คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี โดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2553 ตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ บิชอป (Bishop et al, 1988 อ้างถึงใน นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2548)

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง รูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988 อ้างถึงใน นิตยา เพ็ญศิริภา, 2548) โดยการจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การได้รับประสบการณ์ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การฟังบรรยายและชมวีดิทัศน์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ การฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติโดยบทบาทสมมติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนด้วยตนเอง 2) การระบุประสบการณ์ โดยการอธิบายความคิด ความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ที่ได้รับเรื่องความรู้ การชมวีดิทัศน์เรื่องราวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การแสดงบทบาทสมมติ และประสบการณ์จากการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนด้วยตนเอง 3) การวิเคราะห์ประสบการณ์ โดยการร่วมกันคิด พิจารณาอย่างไตร่ตรอง และแสดงความคิดเห็นถึงความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยง และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ จากการเรียนรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน 4) การร่วมกันคิดหาแนวทางในการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามบทบาทหน้าที่จากการชมวีดิทัศน์ บทบาทสมมติ และผู้สูงอายุในชุมชน และ 5) การฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็น การฝึกปฏิบัติโดยบทบาทสมมติ และการปฏิบัติจริงในชุมชน ภายหลังการปฏิบัติก็จะกลับเข้าสู่ขั้นตอนแรก คือ การได้รับประสบการณ์เป็นวงจรเช่นนี้ไปอย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกันที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานเกิน 6 เดือน

การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน หมายถึง การแปลความหมายจากความรู้ ความเข้าใจ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน ที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต การจับชีพจร การนับอัตราการหายใจ การเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การระบุอาการเปลี่ยนแปลงของโรคและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล วัดโดยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจ ความเชื่อมั่นในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988 อ้างถึงใน นิตยา เพ็ญศิริภา, 2548) ซึ่งครอบคลุมถึง ความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับความเข้าใจถึงความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความรู้สึกต่อบทบาทหน้าที่ของตนเองในการแก้ไขปัญหา การวางแผน และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

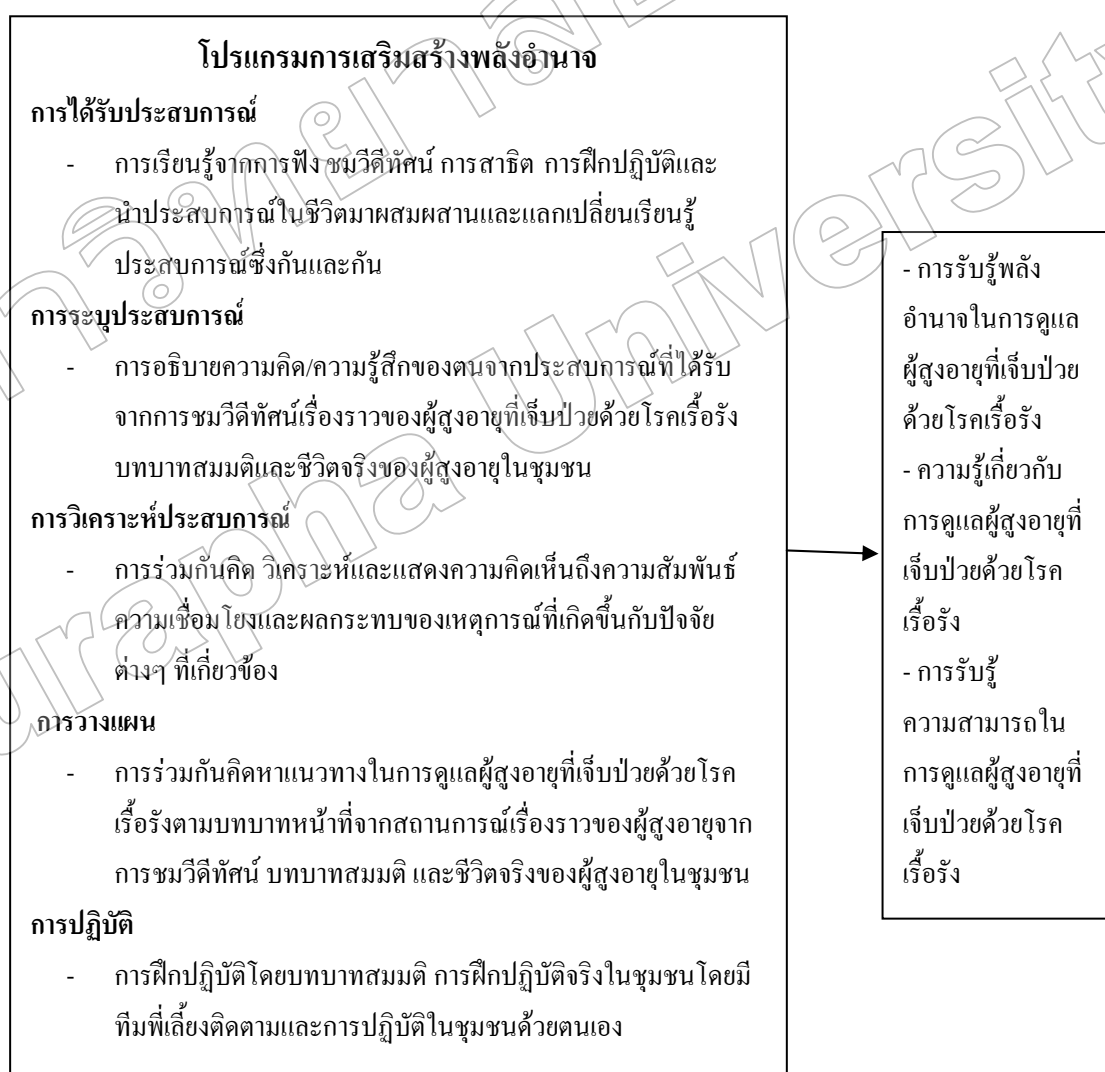
ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน หมายถึง การจำ การระลึกได้ ความเข้าใจ และการนำไปปรับใช้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การดูแลและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ วัดโดยแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนหรือบุคคลที่สมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือรักษาพยาบาลขั้นต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988 อ้างถึงใน นิตยา เพ็ญศิริภา, 2548) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องดังนี้ 1) การได้รับประสบการณ์เป็นขั้นตอนแรกโดยใช้กระบวนการสะท้อนกลับจากประสบการณ์การเรียนรู้ในชีวิตจริงจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันในกลุ่ม 2) การระบุประสบการณ์ เป็นการแสดงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อประสบการณ์ทำให้เห็นความเชื่อมโยงของสิ่งนั้นกับชีวิตตนเองและเห็นความสำคัญของการเรียนรู้ 3) การวิเคราะห์ประสบการณ์ เป็นการคิดอย่างไตร่ตรอง ช่วยให้แต่ละคนและกลุ่มเกิดความเข้าใจ และมีความกระจ่างชัดในอิทธิพลและความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ด้วยตัวของผู้เรียนเอง 4) การวางแผน ให้ผู้เรียนคิดหาวิธีการที่จะลง

มือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยเมื่อผู้เรียนเกิดความเข้าใจต่อประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การร่วมกันกำหนดแผนและกลวิธีการดำเนินงานโดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนและชุมชน โดยแผนนั้นเกิดขึ้นจากความคิดและความต้องการของผู้เรียนเอง 5) การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนของการกระทำและการลงมือปฏิบัติในสิ่งที่ได้มีการวางแผนร่วมกัน ซึ่งการลงมือปฏิบัติหรือการทำงานร่วมกันนำไปสู่ความสำเร็จหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน จะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป ซึ่งผลของโปรแกรมนี้อาจทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้พลังอำนาจ มีความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน สรุปได้ดังกรอบแนวคิดต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย