

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
 - 1.3 การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.4 โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและแนวทางในการดูแล
 - 1.5 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.6 การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้าน
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 2.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิซซอป
 - 3.1 กระบวนการเรียนรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจของบิซซอป
 - 3.2 หลักการจัดการศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.3 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม
5. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

จากการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ เมื่อ พ.ศ.2525 ได้กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปฏิทินทั้งเพศชายและหญิง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) และถือเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศ แต่การกำหนดความเป็นผู้สูงอายุโดยเป็นเกณฑ์นี้อาจมีความแตกต่างกันบ้างในการปฏิบัติของบางประเทศ เช่น

สหรัฐอเมริกาและแคนาดา ที่กำหนดให้บุคคลเกษียณอายุการทำงานเมื่ออายุครบ 65 ปี โดยเห็นว่า เป็นช่วงอายุที่สมควรได้รับผลตอบแทนจากเงินบำนาญ สิทธิประโยชน์อื่น ๆ และถือว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก ใช้คำว่า “Elderly” สำหรับเรียกผู้สูงอายุและได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับความหมายขององค์การสหประชาชาติ และได้แบ่ง ช่วงของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงที่หนึ่ง เรียกว่า “The Elderly” เป็นช่วงอายุระหว่าง 60-75 ปี ช่วงที่สอง เรียกว่า “The Old” หมายถึงช่วงอายุระหว่าง 76-90 ปี และช่วงสุดท้าย เรียกว่า “The Very Old” หมายถึงช่วงอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป (Cavanaugh, 1977, อ้างถึงใน สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2549)

วัยสูงอายุ คือ วัยที่คนมีอายุนานจนสังขารเริ่มเสื่อมถอยลง (นิศา ชูโต, 2525) เกณฑ์ที่กำหนดว่าใครคือคนชรา คือ อายุ ซึ่งวัดโดยจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่มา การจำแนกขึ้นอยู่กับแต่ละสังคม และเวลาที่อ้างอิงถึงสังคมที่มีลักษณะสังคมสมัยใหม่มาก ก็จะกำหนดอายุที่จะจำแนกว่าเป็นคนชราไว้ สูง ส่วนสังคมด้าหลังหรือดั้งเดิมก็จะกำหนดอายุที่จะจำแนกว่าเป็นคนชราไว้ต่ำ เช่น ประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2546 กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และมีสัญชาติไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ ที่ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2. การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ในช่วงชีวิตของคนเรา มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตั้งแต่เกิดจนตายไม่ใช่เปลี่ยนแปลง เมื่ออายุครบ 60 ปี (บรรลุ ศิริพานิช, 2550) แต่ช่วงวัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ภายในร่างกายจะเกิดไม่เท่ากัน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548) ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งมีผลกระทบถึงกันเป็นลักษณะที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2552)

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุเป็นไปในทางเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต ในชีวิตของคนเราเมื่ออายุ 30 ปี การทำงานของอวัยวะทุกส่วนทุกระบบในร่างกายเริ่มเสื่อม ความสามารถลดลงไปปีละ 1 เปอร์เซ็นต์ แต่คนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยรู้สึกถึงความเสื่อมถอยเนื่องจากยังมี พลังสำรองอยู่ (Reserve Capacity) (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2552) จนเมื่อพลังสำรองลดลง ความเสื่อมก็จะปรากฏชัดขึ้น เช่น ความสามารถในการรับรู้สและกลืนลดลง ตามองไม่ชัดเนื่องจาก

เลนส์ปรับตัวได้น้อย สายตาวาว ผมหงอก ความสามารถในการได้ยินลดลง ความจำเสื่อม หลงลืม (บรรลุ ศิริพานิช, 2550)

ในด้านของรูปลักษณะภายนอกที่เห็นได้ชัดเจนจากความเปลี่ยนแปลง ซึ่งเริ่มตั้งแต่อายุ 40 ปี ขึ้นไปโดยปกติผู้ใหญ่จะเตี้ยลงทุก 1.4 เซนติเมตรทุก 10 ปี เนื่องจากการทรุดลงของกระดูกสันหลัง (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2552) ผิวหนังแห้งเหี่ยว และตกกระเป็นแห่งๆ เนื่องจากความเสื่อมของต่อมไขมันที่กระจายตัวไปสะสมที่ชั้นใต้ผิวหนังของอวัยวะภายใน โดยเฉพาะบริเวณ สะโพกและต้นขา ในขณะที่ปริมาณน้ำในร่างกายลดลงทั้งน้ำที่อยู่ในเซลล์และนอกเซลล์ชั้นต่าง ๆ ของผิวหนังจะบางลง ทำให้เกิดบาดแผลง่ายเวลาถูไถหรือถูกขูดข่วน (วันดี โกะกุล, 2548; บรรลุ ศิริพานิช, 2550)

ในส่วนของอวัยวะภายใน เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีความเปลี่ยนแปลงหลายระบบ (บรรลุ ศิริพานิช, 2550) อาทิเช่น มีความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง การปรับสายตาต่อความมืดและความสว่างลดลง สายตาวาว นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักจะเป็นข้อกระดูก ปัญหาความสามารถในการได้ยินลดลง เซลล์สมองจะตายไปและจำนวนเซลล์ลดลง ทำให้ขนาดของสมองเล็กลง ปลายประสาทและใยประสาทลดลงทำให้การรับรู้ความรู้สึกน้อยลงและช้า ปัญหาจากกล้ามเนื้อหัวใจมีพังผืด และมีไขมันสะสมมาก ทำให้การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่วนลิ้นหัวใจแข็งตึบ ปิดไม่สนิท มีแคลเซียมเกาะติด ทำให้ลิ้นหัวใจทำงานลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผนังเส้นเลือดหลอดเลือดหัวใจแข็งและหนา ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และทำให้เลือดไหลผ่านลำบากจึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ทางด้านระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุจะพบว่าหลอดลมต่าง ๆ จะมีลักษณะแข็งจากการมีเนื้อเยื่อพังผืด (Fibrosis) เกิดขึ้นทำให้การยืดของปอดเสียไป กล้ามเนื้อหายใจห่อ่นสมรรถภาพลงทำให้ทรวงอกขยายตัวได้น้อย ทำให้ถุงลมโป่งพองได้ง่าย บางคนหลอดลมอักเสบหรือหอบหืด ส่วนในระบบทางเดินอาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหารและการหลั่งน้ำย่อยต่าง ๆ ลดลงทำให้การกลืนและการย่อยอาหารทำได้ไม่ดี การเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ลดลง ทำให้ท้องอืดหรือท้องผูกเพิ่มขึ้น ส่วนตับมีขนาดและน้ำหนักลดลง เพราะมีการเก็บไกลโคเจนและวิตามินลดลง ระบบการทำงานของเอ็นไซม์ลดลง มีผลทำให้ตับมีสมรรถภาพในการทำลายพิษต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกายได้น้อยลง ระบบทางเดินปัสสาวะทำงานด้อยลงไตจะมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพอายุ เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง เมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป การทำงานของไตเหลือเพียงร้อยละ 40-50 เมื่อเทียบกับอายุ 25 ปี การกำจัดของเสียจึงลดลง นुरुคของกระเพาะปัสสาวะห่อ่นทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้สูงอายุชายบางรายมีต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะลำบาก นอกจากนี้ยังพบว่าการลดลงของฮอร์โมนต่าง ๆ ทำให้กล้ามเนื้อลีบ กระดูกผุเปราะ อ่อนเพลีย ซึมเศร้า ซิพจรเต้นช้า พบเป็นเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ ส่วนระบบผิวหนังและเยื่อ

ต่าง ๆ รวมทั้งเชื้อมุในช่องปากมีความยืดหยุ่นลดลง ปริมาณไขมันใต้ผิวหนังลดลงเกิดการเหี่ยวแห้ง บางลง บาดเจ็บและเกิดรอยแผลได้ง่าย อีกทั้งระบบกล้ามเนื้อและกระดูกฝ่อลีบ ไม่แข็งแรง ไม่สามารถพยุงข้อไว้ได้ ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง ร่วมกับความไวของการตอบสนองของเซลล์ประสาทลดลง อวัยวะเกี่ยวกับการทรงตัวในหูชั้นในเสื่อมไป ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะเปลี่ยนอิริยาบถเคลื่อนไหวหรือตอบโต้เมื่อจำเป็นต้องใช้ความเร็วมากกว่าปกติได้ จึงมีความเสี่ยงที่จะเสียการทรงตัว พลัดหกล้มง่าย และเมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วมักจะเกิดความผิดปกติที่รุนแรงและทุพพลภาพได้ และพบว่าระบบการเผาผลาญพลังงานในร่างกายมีอัตราลดลง ทำให้การใช้พลังงานของร่างกายลดลง เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนง่าย

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันในแต่ละคนเนื่องจากพัฒนาการทางร่างกายของแต่ละคนจะแตกต่างกัน แม้แต่ภายในร่างกายของแต่ละคนก็พบว่าอวัยวะภายในร่างกายมีระดับการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงตามช่วงอายุที่ผ่านมาที่มีผลต่ออวัยวะนั้น ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ช่วงชีวิตของบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่เข้าสู่สังคมตลอด แต่เมื่อถึงวัยผู้สูงอายุเป็นช่วงที่ต้องออกจากสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิต (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2552; บรรลุ ศรีพานิช, 2550) เหตุการณ์ที่สำคัญต่าง ๆ เช่น การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตน ทั้งบุคคลในครอบครัว คู่สมรส เพื่อนสนิท ทำให้บางคนกลัวความตาย เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การเกษียณอายุก็เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียหน้าที่รายได้ อำนาจ รู้สึกไร้คุณค่า ถูกมองว่าความสามารถลดลง เชื่องช้า อ่อนแอกว่าวัยหนุ่มสาว เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติทางลบ เกิดความรู้สึกท้อแท้ บทบาทลดลงเป็นคนไร้ประโยชน์เกิดผลโดยตรงต่อสุขภาพจิต และผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ลูกหลานมีครอบครัวแยกย้ายกันไป ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง ต่างคนต่างอยู่ ขาดความเข้าใจกัน ขาดการยอมรับในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเป็นเสมือนผู้อาศัยเมื่อไม่ใช่ผู้มีรายได้หลัก รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อเจ็บป่วยต้องพึ่งพาลูกหลานจึงรู้สึกไม่มั่นใจ หมดหวังและเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2552; บรรลุ ศรีพานิช, 2550) จากความเสื่อมถอยของร่างกาย เช่น ผมหงอก ผิวเหี่ยวแห้ง เคลื่อนไหวช้า ตามัว หูตึง ความสวยงามของหน้าตา เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลต่อบุคลิกภายนอกจนอาจทำให้บางคนขาดความมั่นใจในตนเอง

ไม่กล้าเข้าสังคม เก็บตัวหรือมีกิจกรรมเฉพาะกลุ่มตนเอง นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากการสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ เนื่องจากการได้ยินไม่ชัดเจนและการแปลความหมายผิดพลาดที่ถูกทอดทิ้งจากวงสนทนา ในบางคนไม่สามารถกลั่นปัสสาวะได้ทำให้ไม่ยอมเข้าสังคม ไม่อยากไปไหน ขาดความมั่นใจ คับข้องใจ เก็บตัว แยกตัว เกิดความเหงาและเศร้าซึม

ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุไม่สามารถแบ่งแยกเฉพาะด้านได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มีความสัมพันธ์กันและส่งผลกระทบถึงกัน อย่างแยกไม่ได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงไม่สามารถดูแลได้เฉพาะส่วน จะต้องมีหลายหน่วยงานร่วมกันแก้ไขปัญหา เพื่อตอบสนองให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุได้มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อมถอยของสุขภาพจากพยาธิสภาพของร่างกายแล้ว การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น ๆ ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีระยะเวลาของความเจ็บป่วยและพิการขั้นที่สุด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

3. การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ

3.1 ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่สมดุล เกิดจากพันธุกรรม และบางส่วนเกิดจากการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสภาพทางสังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในบางประเทศจึงแยกโรคกลุ่มนี้เป็น โรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ และให้ความหมายโรคเรื้อรังครอบคลุมการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อ โรคแห่งความเสื่อม โรคเหล่านี้ทำให้เกิดความพิการและเกิดความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุทำให้ต้องพึ่งพิงสังคมเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

สำนักการพยาบาล (2546) ให้ความหมายโรคเรื้อรังว่าเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือทำให้กลับสู่สภาพเดิมได้

ริชชี และคณะ (Richie et al., 1984. อ้างถึงใน พรเพ็ญ ภัทรกร, 2551) ได้ให้ความหมายว่า โรคเรื้อรังเป็นภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นติดต่อกันมานานกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี หรือเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือมีระยะการอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน หรือเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการยืดเยื้อสามารถมีอาการรุนแรงขึ้นได้และเสียชีวิตในที่สุด

เมโย (Mayo, 1965 อ้างถึงใน ประคอง อินทรสมบัติ, 2536) ได้แจกแจงคุณลักษณะของโรคเรื้อรังว่าเป็นความพิการหรือมีภาวะเปี่ยงเบนไปจากปกติดังต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอย่าง ได้แก่ 1) มีการเปลี่ยนแปลงที่ถาวร 2) มีความพิการหลงเหลืออยู่ 3) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับสู่ปกติได้ 4) ต้องการฟื้นฟูสภาพ 5) ต้องการประเมินและติดตามดูแลเป็นระยะเวลานาน

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ให้ความหมายว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหมายถึงภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับไปมีอาการดังเดิมได้ ยังก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการติดตามสังเกตอาการและการดูแลติดต่อกันอย่างน้อย 3-6 เดือน ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลที่ซับซ้อน ต้องการวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือและการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

สำหรับกระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี (2551) ได้ให้คำนิยามโรคเรื้อรัง 2 นิยาม คือ

โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะเวลาพักตัวของโรครวมถึงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยทางสัมผัส สามารถทำให้เกิดความพิการหรือการทำงานที่ผิดปกติของร่างกายและรักษาไม่หาย ผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ส่งเสริมการดูแลตนเองการดูแลที่มีความเฉพาะรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ร่างกายหายสามารถทำหน้าที่ได้มีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้

โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกาย เป็นภาวะที่เป็นอย่างถาวรทำให้เกิดความพิการ เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ต้องการกายภาพบำบัดหรือการปรับตัวสำหรับภาวะนี้ นอกจากนั้นยังต้องการรักษาติดตามดูแลในระยะยาว รวมทั้งโรคประจำตัวที่สามารถรักษาหายได้แต่ถ้ารักษาติดต่อกันนานเกิน 3 เดือนแล้วยังไม่หาย ยังต้องรักษาต่อไป ให้ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ คือ ภาวะที่ผู้สูงอายุมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ได้ตามปกติของบุคคลที่เกิดจากความพิการหรือมีพยาธิสภาพของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการวิจัยนี้ทำการศึกษาเฉพาะโรคไม่ติดต่อที่เกิดแบบเรื้อรังในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วยที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีการป่วยอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3.2 สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ

จากความเสื่อมถอยของร่างกาย ผลจะปรากฏขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ภาวะเจ็บป่วยมักจะเป็นภาวะเรื้อรังของพยาธิสภาพหลายระบบเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ ทั้งโรคทางกายและโรคทางสมอง จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่า มีสุขภาพดี

ร้อยละ 43.0 รองลงมา มีสุขภาพปานกลางร้อยละ 28.9 และสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 2.8 ส่วนภาวะสุขภาพด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งมองเห็นไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจร้อยละ 7.0 และวิไลวรรณ วัฒนานนท์ (2544) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยและไม่สบายร้อยละ 88.9 อาการที่พบมากคือ ปวดหลัง ปวดเอว และเวียนศีรษะ ส่วนโรคประจำตัวและโรคเรื้อรังพบร้อยละ 35 โรคที่เจ็บป่วยกันมากที่สุดคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทรา เจริญไตร (2547) พบว่าอาการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด คือ ปวดข้อเข่า ปัญหาทางตา โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคของหู

ในปัจจุบันแนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย หรือผลของพยาธิสภาพที่มีความซับซ้อนขึ้น เกิดพยาธิสภาพจากอวัยวะหลายระบบในเวลาเดียวกัน มีการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของโรคอย่างถาวร ไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติหรืออาจทำให้มีความทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ลดลง เมื่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลงมากเท่าไร ผู้สูงอายุก็ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นตามลำดับ จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2544 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีอัตราการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 62.28 และผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง นับตั้งแต่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยและถือว่ามีความทุพพลภาพระยะยาวอันจะนำไปสู่ปัญหาความต้องการพึ่งพา ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงจากเดิม ถ้าไม่ควบคุมหรือชะลอไว้ จะทำให้อัตราส่วนการพึ่งพาของประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น กิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น การส่งเสริมให้อยู่อย่างอิสระและพึ่งพาตนเองอย่างเหมาะสมเป็นกิจกรรมที่สำคัญ

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการการดูแลบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สูงขึ้น ซึ่งลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรังแตกต่างไปจากความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือภาวะวิกฤติเท่านั้น ซึ่งการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นปัจจัยทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะเครียด เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้สูงอายุส่วนมากจะมาด้วยปัญหาทางสุขภาพในหลายด้านและค่อนข้างซับซ้อน การเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุทั้งเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้สูง

อายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (Miller, 1995 อ้างถึงใน ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2551) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จากก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะช่วงสองวันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ชวลี เข้มวงษ์, 2538; วิริยะ สัมปนาทกุล, 2542 อ้างถึงใน ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2551) ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องกับแผนการรักษา ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันมีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว เช่น การจำกัดกิจกรรม การให้สารน้ำทางหลอดเลือด ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ เป็นต้น ที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุนอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลซึ่งผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย เช่น ข้อจำกัดของเตียงที่สูงขึ้น และแบบแผนของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้ความแข็งแรงและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง แต่เมื่อได้รับการรักษาพยาบาลแก้ไขภาวะเฉียบพลัน ความสามารถในการทำหน้าที่จะเพิ่มขึ้นก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่พบว่าน้อยกว่าช่วงก่อนเข้าโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าผลจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลงมากกว่าเดิม และมีอัตราการฟื้นคืนสภาพเดิมช้ากว่าผู้ป่วยวัยอื่น ผู้สูงอายุจึงต้องได้รับการบำบัดรักษาและช่วยเหลืออย่างเพียงพอและเหมาะสมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย

4. โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและแนวทางในการดูแล

การศึกษาภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงในต่างประเทศ พบว่า 1 ใน 3 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 1 ใน 4 มีอาการของโรคหัวใจและเกือบบร้อยละ 10 เป็นโรคเบาหวาน (Adelman, 2001 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) สำหรับประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงโรคที่พบบ่อย 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีลักษณะของโรคดังนี้ (ทับทิม วงศ์ประยูร, พรทิพย์ คำพอ และสมศรี เดชะสัจจา, 2551; สิริย์ โพธิ์ป้อม, 2553; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

4.1 โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะความดันในหลอดเลือดแดงสูงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยวัดขณะนั่งพัก 5-10 นาที ที่ไม่ได้สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์และได้ค่าสูงตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ในเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูง ได้ดังนี้ 1) ระดับความดันโลหิตที่สูงสุด มีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท 2) ความ

ดันโลหิตปกติมีค่ามีค่าซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) ช่วง 120-129 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ช่วง 80-84 มิลลิเมตรปรอท 3) เริ่มมีความเสี่ยงต่อโรค ความดันโลหิตสูง มีค่าซิสโตลิกช่วง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ไดแอสโตลิกช่วง 86-89 มิลลิเมตรปรอท 4) ระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อย มีค่าซิสโตลิกช่วง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ไดแอสโตลิก ช่วง 90-99 มิลลิเมตรปรอท 5) ระดับความดันโลหิตสูงปานกลาง มีค่าซิสโตลิกช่วง 160-179 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ไดแอสโตลิกช่วง 100-109 มิลลิเมตรปรอท 6) ระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง มีค่าซิสโตลิกมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ไดแอสโตลิกมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท และ 7) ความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิกคือมีค่าซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและค่าไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2552) ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันสูงเฉพาะค่าบน เนื่องจากมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ

4.1.1 อาการของโรคความดันโลหิตสูง ส่วนมากไม่มีอาการใด ๆ มักตรวจพบโดยการตรวจสุขภาพประจำปี หรือหากเป็นไม่รุนแรงอาการจะไม่เด่นชัด อาจมีอาการเวียนศีรษะ หลังจากนั้นจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดบริเวณท้ายทอยช่วงเวลาเช้าหลังตื่นนอน คลื่นไส้ อาเจียนโดยไม่ทราบสาเหตุ หากเป็นมาก ๆ จะมีเลือดกำเดาไหล หอบ นอนราบไม่ได้ อาจมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วย

4.1.2 โรคแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง มีดังนี้

4.1.2.1 หัวใจ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนา หัวใจวาย หรือมีหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง

4.1.2.2 สมอง เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก ทำให้เป็นอัมพาต และถ้าเกิดในตำแหน่งสำคัญ อาจเสียชีวิตรวดเร็ว ความดันโลหิตที่สูงรุนแรงเฉียบพลัน จะทำให้สมองบวม ปวดศีรษะ และซึมลงจนไม่รู้สีกตัว

4.1.2.3 ไต จากมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอ เกิดภาวะไตขาวรั่วออกทางปัสสาวะ ไตวายเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตยิ่งสูงมากขึ้น

4.1.2.4 ตา หลอดเลือดแดงในตาแตก และมีเลือดออก ทำให้ประสาทตาเสื่อม และอาจตามัวลง

4.1.2.5 หลอดเลือดแดง อาจทำให้หลอดเลือดตีบแคบหรือโป่งพองมีผลให้เลือดไปเลี้ยงแขนขาและอวัยวะภายในน้อยลงจะเดินไม่ได้ไกลเพราะปวดขาจากการขาดเลือด หรือนึกขาของผนังหลอดเลือด ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก อาจรุนแรงถึงเสียชีวิต

4.1.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคจะต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยข้อหลัก ๆ ดังนี้

4.1.3.1 ไปตรวจตามนัด และกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอตามคำสั่งการรักษา

4.1.3.2 บริโภคอาหารธรรมชาติ ไม่ปรุงแต่งรสหวาน มัน เค็มจัด ควรฝึกให้ชินกับอาหารธรรมชาติ หรือใช้สมุนไพรปรุงรสแทน และบริโภคแบบสด ควรบริโภคเกลือแกงประมาณ 1 ช้อนชา หรือ 6 กรัม หรือ 1,500-2,500 มิลลิกรัม ต่อวัน

4.1.3.3 ลดน้ำหนักส่วนเกิน เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่งในการลดความดันโลหิต

4.1.3.4 การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเดินเร็ว ก้าวยาว ทำบริหารร่างกายแบบง่าย ๆ ควรเริ่มต้นทีละน้อยก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จะทำให้หัวใจและปอดทำงานดีขึ้น ช่วยการสูดฉีดโลหิตหมุนเวียนทั่วร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละ 30-45 นาที แบบต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

4.1.3.5 ผู้ที่สูบบุหรี่ ต้องงดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด เพราะบุหรี่จะส่งเสริมให้เกิดโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจตีบตันเร็วขึ้น และยังทำให้ดื้อต่อยาที่รักษา

4.1.3.6 ควรดื่มน้ำ เพราะแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะทำให้ความดันขึ้น และทำให้ดื้อต่อยาที่รักษา และมีภาวะแทรกซ้อนจะเกิดได้เร็วขึ้น

4.1.3.7 บริโภคอาหารไขมันต่ำแบบหมุนเวียน เช่น เนื้อไก่ไม่ติดหนัง ปลา อาหารมังสวิรัต และเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืชมากขึ้นในแต่ละมื้อ และลดบริโภคเนื้อสัตว์มากเกินไป

4.1.3.8 สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาขับปัสสาวะ ควรรับประทานส้ม กล้วย เป็นประจำถ้าไม่มีข้อห้าม เพื่อทดแทนโปตัสเซียมที่เสียไปในปัสสาวะ

4.1.3.9 วัดความดันโลหิตขณะนั่งพักที่บ้าน เฉลี่ยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือจากสถานบริการใกล้บ้าน และบันทึกผลให้แพทย์ดู เมื่อไปตรวจตามนัด

4.1.3.10 สร้างวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี รู้จักคลายเครียดและทำจิตใจให้สงบ เช่น ปฏิบัติศาสนกิจ เจริญสมาธิ ฝึกโยคะ ชีง การฝึกหายใจช้ากว่า 10 ครั้ง/นาที วันละ 15-20 นานาที

4.1.3.11 เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ควรแจ้งแพทย์เรื่องความดันโลหิตสูง เนื่องจากยาบางอย่างมีผลข้างเคียง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4.2 โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ทำให้ไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้ตามปกติ หรือเนื้อเยื่อของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง หรือจากทั้งสองสาเหตุร่วมกัน เป็นผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและก่อให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะอื่น ๆ ตามมา โรคเบาหวาน แบ่งเป็น 3 ชนิด ดังนี้ 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Insulin Dependent Diabetes Mellitus) เนื่องจากเซลล์ที่ตับอ่อนถูกทำลายจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ ทำให้ร่างกายขาดอินซูลินรุนแรง ต้องใช้ฮอร์โมนอินซูลินในการรักษา ซึ่งมักเกิดในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี พบได้น้อยในผู้สูงอายุ 2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Noninsulin Dependent Diabetes Mellitus) พบมากคนอายุ 30 ปีขึ้นไป เกิดจากภาวะที่ร่างกายดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ร่วมกับภาวะขาดอินซูลิน (Insulin Deficiency) ในประเทศไทยพบเบาหวานชนิดที่ 2 ได้บ่อย ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงมาจาก อายุ อ้วน และพันธุกรรม นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น จึงพบผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นเบาหวานได้มากขึ้นเนื่องจากการออกกำลังกายน้อย และมีโอกาสอ้วนขึ้นง่ายและ 3) โรคเบาหวานชนิดที่ 3 เบาหวานจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบ การใช้ยาบางชนิด

4.2.1 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน บุคคลที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มีประวัติ

ดังต่อไปนี้

4.2.1.1 น้ำหนักเกิน ความอ้วน และขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เพียงพอ

4.2.1.2 กรรมพันธุ์ มักพบโรคนี้ในผู้ที่มีบิดา มารดา เป็นเบาหวาน ลูกมีโอกาสเป็นเบาหวาน 6-10 เท่าของคนที่มีพ่อแม่ไม่เป็นเบาหวาน

4.2.1.3 ความเครียดเรื้อรัง ทำให้อินซูลินทำหน้าที่ในการนำน้ำตาลเข้าเนื้อเยื่อได้ไม่เต็มที่

4.2.1.4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง

4.2.1.5 มีระดับโคเลสเตอรอลสูง

4.2.1.6 มีประวัติโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม

4.2.1.7 อื่น ๆ เช่น จากเชื้อโรคหรือยาบางอย่าง (รวมทั้งเหล้าด้วย) ไปทำลายตับอ่อน ทำให้สร้างอินซูลินไม่ได้ จึงเกิดโรคเบาหวาน

4.2.2 อาการของโรคเบาหวาน สังเกตได้จากการปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก กระหายน้ำและดื่มน้ำมากกว่าปกติ หิวบ่อย กินจุแต่น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ขาปลายมือปลายเท้า คัน

ตามตัว ผิวหนังและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นแผลแล้วหายยาก บางรายตรวจพบโดยบังเอิญซึ่งไม่มีอาการใด ๆ ปรากฏ

4.2.3 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน วินิจฉัยโดยการตรวจเลือดมี 3 วิธี ดังนี้

4.2.3.1 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

4.2.3.2 ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อเวลาใดก็ได้ วัดได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรร่วมกับมีอาการปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

4.2.3.3 ระดับน้ำตาลในเลือดที่ 2 ชั่วโมง หลังการดื่มน้ำตาลกลูโคส พบว่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

4.2.4 โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนี้

4.2.4.1 โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะมีอาการปัสสาวะออกมาก กระหายน้ำมาก บางครั้งมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หอบ ซึม อาจหมดสติหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมาก จะมีอาการใจสั่น หน้ามืด ตาลาย เหงื่อออกมาก ตัวเย็นเหมือนเวลาหิวข้าว ง่วงนอน ปวดศีรษะ ตัບสน อาจหมดสติหรือชัก

4.2.4.2 โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง จะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ายังเป็นโรคนานจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางตา โรคทางระบบประสาท โรคไตเสื่อม เป็นต้น

4.2.5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีดังนี้

4.2.5.1 ควบคุมอาหาร ไม่รับประทานของหวาน งดบุหรี่ย สุราและของเค็ม ควรรับประทานอาหารไขมันต่ำ อาหารที่มีเส้นใยสูง

4.2.5.2 ออกกำลังกายพอควรและต่อเนื่อง เช่น บริหารร่างกาย เดิน ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ ฟล่อง ว่ายน้ำ เป็นต้น

4.2.5.3 พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้ร่าเริง อย่าให้เครียดหรือวิตกกังวล

4.2.5.4 พบแพทย์และตรวจเลือดตามนัด รับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัด และสม่ำเสมอ

4.2.5.5 หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะอาจเกิดปฏิกิริยากับน้ำตาลในเลือดและอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

4.2.5.6 การติดตามรับการตรวจร่างกายเป็นระยะ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

4.2.5.7 ดูแลรักษาทำให้สะอาดอยู่เสมอ เพราะเมื่อมีบาดแผลจะทำให้แผลหายช้า โดยตรวจสอบสภาพเท้าทุกวันว่ามีเล็บขบ แผลพุพอง แผลซ้ำ รอยถลอกที่ใดบ้าง การทำความสะอาดเท้าด้วยน้ำอุ่นและเช็ดให้แห้งทุกวัน ควรเปลี่ยนถุงเท้า หรือถุงน่องทุกวัน หมั่นตัดเล็บเท้าด้วยความระมัดระวัง หลีกเลี่ยงไม่ให้เท้าสัมผัสกับความร้อน ไม่ใช่ของมีคมและ แกะ เกาบริเวณเท้า ไม่เดินเท้าเปล่า บริหารเท้าทุกวัน อย่างน้อยวันละ 15 นาที เพื่อให้การหมุนเวียนของเลือดไปที่เท้าดีขึ้น

4.2.5.8 มีลูกอมติดตัวไว้ เพื่อป้องกันการหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป หลังรับประทานยาเบาหวาน

4.2.5.9 ถ้ามีแผลหายช้าหรือมีความผิดปกติใด ๆ ควรปรึกษาแพทย์ทันที

4.3 โรคหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจ

โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบหรือตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงลดลงหรือไม่มีเลย มักเป็นผลมาจากผนังหลอดเลือดแข็งเพราะมีไขมันและหินปูนไปจับ ทำให้หลอดเลือดนั้นตีบเข้า ๆ จนกระทั่งอุดตันเนื่องจากความเสื่อมเกิดขึ้นตามอายุ จึงพบว่าคนอายุมากเป็นโรคนี้มากกว่าคนอายุน้อย (ทับทิม วงศ์ประยูร, พรทิพย์ ถั่วพอ และสมศรี เดชะสัจจา, 2551; สิริย์ โพรป้อม, 2553)

4.3.1 อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บหน้าอก จากหัวใจขาดเลือดมีลักษณะคล้ายมีอะไรรัดหรือกดทับหน้าอก เจ็บแน่นตื้อ ๆ บางคนมีเจ็บร้าวไปที่แขนซ้าย ต้นคอหรือกราม อาจมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ หายใจไม่ออก คล้ายจะเป็นลม อาการมักเกิดขึ้นที่ร่างกายมีการใช้กำลัง หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เช่น ขึ้นบันได วิ่ง ตกใจ ความเครียด เสียใจอย่างรุนแรง หรืออาจมีอาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติเมื่อทำงานหรือออกกำลังกายบางครั้งอาจเป็นลม วิงเวียน กระสับกระส่าย หรือมีอาการหัวใจเต้นผิดปกติอย่างรุนแรงและเจ็บปวณ ซึ่งเกิดจากเส้นเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน หรือหัวใจเต้นผิดปกติอย่างรุนแรงและเจ็บปวณ

4.3.2 การวินิจฉัย โดยการซักประวัติอย่างละเอียด ตรวจร่างกาย ตรวจเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การทดสอบสมรรถภาพหัวใจโดยการออกกำลังกาย หรือการตรวจ Echocardiography การตรวจคลื่นแม่เหล็กสนามไฟฟ้า หรือการตรวจโดยการฉีดสีดูหลอดเลือดแดงหัวใจ

4.3.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหัวใจขาดเลือด มีดังนี้

4.3.3.1 จำพวกสารไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง

4.3.3.2 ความดันโลหิตสูง คนที่มีความดันโลหิตสูงยิ่งสูงมากเท่าไร มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมกขึ้น

4.3.3.3 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะมีโอกาสเป็นโรคขาดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า

4.3.3.4 อายุที่มากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้น

4.3.3.5 โรคเบาหวาน เนื่องจากทำให้มีผลเสียต่อหลอดเลือดหัวใจ

4.3.3.6 กรรมพันธุ์ พบว่าผู้ที่พ่อแม่เป็นโรคหัวใจ บุตรมักมีโอกาสมากกว่าคนอื่น

4.3.3.7 ภาวะทางจิตใจ ผู้ที่มีจิตใจตึงเครียดอยู่เสมอ มีความกังวลใจมาก มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้สูง

4.3.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ พบดังนี้

4.3.4.1 กล้ามเนื้อหัวใจตายโดยเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจเสียไปโดยถาวร

4.3.4.2 ภาวะหัวใจวาย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจเสียไปและทำงานได้น้อยกว่าปกติ

4.3.4.3 หัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเฉียบพลัน

4.3.4.4 ภาวะช็อก ซึ่งพบร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยเฉียบพลัน

4.3.4.5 โรคอัมพาต ซึ่งเกิดจากมีก้อนเลือดค้างในหัวใจและหลุดออกไปอุดตันหลอดเลือดแดงสมอง

4.3.5 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีดังนี้

4.3.5.1 การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมอาหารไขมันสูง

4.3.5.2 การรักษาด้วยยาเพิ่มการควบคุมอาการแน่นหน้าอก ได้แก่ ยาขยายหลอดเลือด

4.3.5.3 การใช้ยาแอสไพริน (Aspirin) ช่วยลดการเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 20

4.3.5.4 การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโดยใช้บอลลูน (Balloon Anangioplasty) โดยอาจใช้ร่วมกับการใส่ขดลวด (Stent)

4.3.5.5 การรักษาโดยการผ่าตัด (Coronary Bypass) ในรายที่ควบคุมด้วยยาไม่ได้ผล หรือหลอดเลือดทั้ง 3 เส้น ตีบที่ขั้วเส้นเลือดแดงหัวใจเส้นใหญ่

4.3.6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหัวใจขาดเลือด มีดังนี้

4.3.6.1 พบแพทย์ตามนัดเพื่อการรักษาต่อเนื่องและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอ

4.3.6.2 เลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด สำหรับผู้สูบบุหรี่

4.3.6.3 ลดและควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

4.3.6.4 รับประทานอาหารให้ถูกต้อง ลดไขมัน ลดเค็ม รับประทานอาหารที่มีกากมากและเส้นใยสูง

4.3.6.5 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม และควรเพิ่มขึ้นทีละน้อย และควรขอคำแนะนำจากแพทย์เสียก่อนที่จะออกกำลังกายมาก ๆ

4.3.6.6 ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

4.3.6.7 ผู้ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ต้องระมัดระวังการกระทบกระแทกที่ทำให้เลือดออก สังเกตอาการเกิดจุดจ้ำเลือดตามตัว หรือการถ่ายอุจจาระดำ

4.3.6.8 ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรพักฟื้น 8-12 สัปดาห์ หลังกลับจากโรงพยาบาลจึงเริ่มทำงาน แต่ควรลดการทำงานที่ต้องใช้แรงมาก และงดการร่วมเพศเป็นเวลา 4-5 สัปดาห์

4.3.6.9 หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการ โรคหัวใจกำเริบ เช่น อย่าทำงานหักโหมเกินไป อย่ารับประทานอาหารอ้วนเกินไป ระวังอย่าให้ท้องผูก เพราะการเบ่งถ่ายอุจจาระ จะส่งผลเสียต่อหัวใจ งดดื่มชา กาแฟ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้นตกใจหรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจ และทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอ

5. ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ผลกระทบการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ดวงฤดี ลาสุชะ และกนกพร สุคำวัง, 2548) สรุปได้ดังนี้

5.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อตัวผู้ป่วย เป็นผลกระทบโดยตรงจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างถาวร ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง หรือต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ มีความผิดปกติของภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารที่พบมาก คือ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ความผิดปกติของการรับรู้ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า มีความผิดปกติของระบบขับถ่าย มีปัญหาการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นผลมาจากการรักษาและความเครียด จากภาวะดังกล่าวทำให้ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพลดลงจากภาวะเรื้อรังของความเจ็บป่วยที่ยาวนานเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิต ไม่หายขาดต้องเข้าโรงพยาบาลอยู่เสมอ จากความไม่สุขสบายและปัจจัยต่าง ๆ ทำให้ความสามารถในการปรับตัวลดลง ผู้ป่วยอาจหมดกำลังใจ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ขาดความมั่นใจในการเผชิญปัญหา

ทำให้เกิดภาวะเครียด บางรายซึมเศร้า กังวล โกรธ รู้สึกผิด หรือคิดฆ่าตัวตาย หรือแยกตัวออกจากสังคม (Social Isolation) ขาดปฏิสัมพันธ์กับสังคม อาจจะเป็นปัจจัยต่าง ๆ เช่น วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกด้อยกว่าคนอื่น ต้องพึ่งพาคนอื่น ถูกกีดกันทางสังคมหรือค่านิยมทางสังคม รวมถึงบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงทั้งเรื่องเพศ ครอบครัว และอาชีพ

5.2 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจที่ผู้ป่วยต้องรักษาตัว ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ถูกมองว่าเป็นภาระของครอบครัว เกิดความยุ่งยากในครอบครัว ผู้ดูแลเกิดความเครียด ขาดการดูแลตนเอง พักผ่อนไม่เพียงพอ สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง เป็นสาเหตุของความขัดแย้งในครอบครัว ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวลดลง

5.3 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อชุมชน การเจ็บป่วยเรื้อรังนอกจากส่งผลต่อตนเอง และครอบครัวแล้วยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของชาติที่จะต้องให้การดูแลรักษาภาวะเรื้อรังและทุพพลภาพ ซึ่งต้องดูแลและฟื้นฟูตลอดชีวิต ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในการจัดบริการที่เหมาะสมกับสถานการณ์เจ็บป่วย การทำหน้าที่ทางสังคมต้องสูญเสียไป เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในครอบครัว ครอบครัวไม่มีความสุขทำให้ชุมชนขาดความมั่นคง

6. การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้าน

การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังควรเริ่มต้นจากการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดำเนินของโรคให้ชัดเจน เพราะโรคเรื้อรังแต่ละโรคอาจมีการเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนกัน เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลจึงควรเน้นถึงการป้องกันและการจัดการเกี่ยวกับอาการของโรค รวมทั้งการดูแลตนเอง การปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม เน้นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และญาติให้สามารถจัดการการดูแลและเป็นผู้นำการดูแลสุขภาพได้ ทั้งด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรค เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพและสังคมมากกว่าหนึ่งปัญหา ซึ่งสาเหตุหรือกลไกที่ทำให้เกิดปัญหาอาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคหรือการเปลี่ยนแปลงจากความสัมพันธ์ของอวัยวะตามอายุที่สูงขึ้น การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องและการติดตามเฝ้าระวังปัญหาทั้งหมด โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางในการดูแลสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีความเข้าใจต่อโรคที่เกิดขึ้น การดำเนินของโรคและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2552) ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนสามารถจัดบริการดูแลผู้สูงอายุได้โดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Care) ผสมผสาน

กับความรู้ทางวิชาการและการพัฒนาทักษะที่จำเป็น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) โดยกระบวนการพยาบาลที่บ้าน สรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

6.1 การประเมินผู้สูงอายุ (Assessment)

การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการที่มุ่งเน้นการบริการแบบองค์รวม โดยการประเมินด้านร่างกาย การประเมินด้านจิตใจ การประเมินทางสังคม แหล่งประโยชน์และการดูแลในครอบครัว และการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2552) ดังนี้

6.1.1 การประเมินด้านร่างกาย โดยการสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย การสัมภาษณ์จากผู้ดูแล หรือบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการตรวจร่างกาย

6.1.2 การประเมินด้านจิตใจ เป็นการประเมินเบื้องต้นโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต

6.1.3 การประเมินทางสังคม แหล่งประโยชน์และการดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ ดังนี้

6.1.3.1 การประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ลักษณะของบ้านชั้นเดียวหรือสองชั้น บันได ราวจับ ห้องน้ำ หรือเตียงนอน

6.1.3.2 การประเมินลักษณะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความจำเป็นที่จะต้องมีผู้ดูแล ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว บทบาทในครอบครัว ภาระต้องดูแลหรือความรับผิดชอบ

6.1.3.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายของผู้สูงอายุ เช่น การได้รับการช่วยเหลือเรื่องเงินทุน สวัสดิการ วัสดุสิ่งของจากใคร อย่างไร การได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองทางด้านจิตใจ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การเป็นสมาชิกชมรม กลุ่มต่าง ๆ หรือการทำกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน

6.1.4 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นการประเมินการทำหน้าที่ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งแบ่งเป็น 3 หมวด ดังต่อไปนี้

6.1.4.1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย เป็นการประเมินและตรวจร่างกาย การประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activity of Daily Living-ADL) และการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นสูงหรือซับซ้อน (Advance Activity of Daily Living-AADL)

6.1.4.2 การทำหน้าที่ด้านจิตใจ การรับรู้ การคิด และสติปัญญา โดยใช้แบบทดสอบสมองในผู้สูงอายุและสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

6.1.4.3 การทำหน้าที่ทางสังคม โดยการประเมินจากบทบาทของผู้สูงอายุในการสมาชิกขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน การมีส่วนร่วม อาสาสมัคร การบริจาค การช่วยเหลือเพื่อนบ้าน เป็นต้น

6.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ซึ่งต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ ร่วมกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการจัดหรือแยกประเภทข้อมูลให้ เพื่อแปลความและสรุปเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ ปัญหา ความเกี่ยวข้องและปฏิกิริยาตอบสนองในด้านบุคคล การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญของกระบวนการพยาบาล ช่วยให้เห็นสภาพการณ์ของผู้ป่วยในเชิงสุขภาพ พยาบาลจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลต่อไป (วัลยา ดันตโยทัย และสมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

6.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

การกำหนดยุทธวิธีในการป้องกัน ลดหรือแก้ปัญหาซึ่งกำหนดในการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาก และวิพร เสนารักษ์, 2537)

6.3.1 การกำหนดปัญหาจากการวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญก่อนและหลัง

6.3.2 กำหนดเกณฑ์ประเมินที่บอกพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าจะได้รับการแก้ไข ลด หรือป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น

6.3.3 กำหนดกิจกรรมการพยาบาลซึ่งคาดหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กำหนด

6.3.4 บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล การเปลี่ยนแปลงตามที่คาดหวังและกิจกรรมตามแบบฟอร์มที่กำหนดในแผนการพยาบาล

6.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

เป็นการทำกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดในแผนการพยาบาลซึ่งคาดหวัง การเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยสู่ภาวะสุขภาพ ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลจะมีการสื่อสารแผนการพยาบาลของผู้ป่วยโดยการอภิปรายร่วมกันในทีมการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลอาจจะทำด้วยตัวพยาบาลเอง ให้ผู้ป่วยหรือให้ครอบครัวเป็นผู้กระทำตามความเหมาะสมของสถานการณ์ โดยยึดแผนการพยาบาลเป็นแนวทางปฏิบัติ พยาบาลจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของผู้ป่วยและปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยต่อสิ่งแวดล้อมภายหลังได้รับการพยาบาล และบันทึกในรายงาน

การพยาบาล ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการนำไปปฏิบัติและประสิทธิผลของแผนการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (วัลยา ดันตโยทัย และสมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

6.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลที่บอกได้ว่าเป้าหมายการดูแลซึ่งกำหนดในแผนการพยาบาลบรรลุความสำเร็จเพียงใด พยาบาลจะประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ทบทวนการพยาบาลและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (ฟาริดา อับราฮิม, 2546)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการคิดและการปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่มีความสัมพันธ์กันตั้งแต่การประเมิน โดยการจำแนกปัญหาที่เป็นไปได้ทั้งหมดและการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาจากการวิเคราะห์ การสังเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนโดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมายทางการพยาบาลและเลือกวิธีการเพื่อนำไปสู่การลงมือปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาล ซึ่งในทางปฏิบัติสามารถปฏิบัติหลายขั้นตอนพร้อม ๆ กันได้ ซึ่งสามารถประยุกต์แนวคิดของกระบวนการพยาบาลให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่อาสาศาสนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจัดกระบวนการเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจ ผ่านการทดลอง ฝึกปฏิบัติจนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกอบวิชาชีพในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2539 ข้อ 15 ได้ให้ความหมายไว้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน มีความสมัครใจ และได้รับประกาศนียบัตรรองรับความรู้ ความสามารถ และยังได้รับการแต่งตั้งให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีบทบาทสำคัญในฐานะนักสื่อสารสุขภาพในชุมชน ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change Agents) การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นในหมู่บ้าน ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการจัดกิจกรรมและการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านและชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง, 2552)

1. คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชาชนผู้มีสิทธิในการสมัครเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง, 2552)

- 1.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือหมู่บ้านให้การยอมรับและนับถือ
- 1.2 สมัครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 1.3 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน
- 1.4 จบการศึกษาภาคบังคับ
- 1.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในการพัฒนาสุขภาพ
- 1.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภิกษุ หรือแพทย์

ประจำตำบล

- 1.7 มีความพร้อมที่จะรับการพัฒนา

2. การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ใช้ระบบวิธีทางประชาธิปไตยดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีแนวทางดังนี้ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2552)

2.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับเจ้าพนักงานท้องถิ่นจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในหมู่บ้าน และผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนและบทบาทหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน แล้วมอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 2.2 แบ่งละแวกหรือหมู่บ้าน กลุ่มละ 10-15 หลังคาเรือน

2.3 ให้ชาวบ้านในละแวกบ้านนั้นเสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.4 คณะกรรมการตรวจสอบความสมัครใจของบุคคลนั้น ในกรณีที่ได้รับการเสนอชื่อและสมัครใจเกินกว่า 1 คน ให้คณะกรรมการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุดดังกล่าวลงมติเลือกโดยใช้เสียงส่วนใหญ่

3. การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนได้รับการฝึกอบรมความรู้ตามมาตรฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี พ.ศ.2550 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550) โดยมีจุดหมายดังนี้

3.1 เพื่อผลิตและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ ทักษะ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ตามมาตรฐาน ซึ่งสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสรรค์ความเจริญต่อชุมชนท้องถิ่นและประเทศชาติ

3.3 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบุคลิกภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรมและวินัยในตนเอง มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

3.4 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตระหนักและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนและท้องถิ่น มีความรักท้องถิ่นสำนึกในความเป็นไทยและเสียสละ

โครงสร้างหลักสูตรตามมาตรฐานการฝึกอบรมแบ่งเป็น 2 หมวด คือหมวดวิชาหลักและวิชาเลือก (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550) ตามรายละเอียดดังนี้ 1) หมวดวิชาหลัก ประกอบด้วย วิชาการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชนเน้นแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชนซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ที่สำคัญคือ คน องค์ความรู้ และทุนในการพัฒนา วิชาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความเป็นมา บทบาทหน้าที่ สิทธิประโยชน์ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีเนื้อหาเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค สิทธิหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลักประกันสุขภาพและมาตรการทางสังคม วิชาสุขภาพจิตซึ่งมีสุขซึ่งอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์แนวโน้มสุขภาพของคนไทย รวมถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ส่วนวิชาการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นให้มีความรู้และมีความสามารถปฏิบัติทักษะในเรื่องการปฐมพยาบาล การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การวัดและคัดกรองผู้ป่วย การใช้ยาสามัญประจำบ้านและการใช้ตามการรักษาของแพทย์ วิชาการสื่อสารในการสาธารณสุขมูลฐานมีเนื้อหาเกี่ยวกับการถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร วิชาการการจัดทำแผนงาน/โครงการของชุมชนและวิชาการบริหารจัดการซึ่งได้อธิบายหลักการและขั้นตอนของการจัดทำข้อมูลชุมชน การค้นหาและการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน การจัดทำแผน/โครงการ รวมถึงบทบาทหน้าที่ของบุคคลในการจัดทำแผน 2) หมวดวิชาเลือก เป็นวิชาการเฝ้าระวังควบคุม การสนับสนุนการรักษา การป้องกันโรคติดต่อและปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่ เช่น โรคเอดส์ วัณโรค โรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก ฯลฯ และวิชาเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และปัญหาสาธารณสุขของ

พื้นที่ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลผู้สูงอายุ ฯลฯ

จะเห็นได้ว่าหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหลักสูตรที่เน้นแนวคิด ความรู้และหลักการอย่างกว้าง ๆ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างภาคภูมิใจไม่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มเป้าหมายใดหรือมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งถ้ามีการพัฒนาต่อยอดความรู้และทักษะเดิมที่ได้รับการพัฒนามาแล้วและเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นเฉพาะด้าน จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่

4. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนและเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2552)

4.1 เป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ ชี้แนะและแนะนำการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน โดยการนัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข และแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบ พร้อมทั้งการจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ เช่น การใช้สถานบริการสาธารณสุข การใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภค การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

4.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว จำหน่ายอย่างอนามัย การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น ทำความสะอาดบาดแผลสด กระจุกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ

4.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การให้สุขศึกษาโดยให้คำแนะนำ ความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กและผู้ใหญ่ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีน การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ การจัดหาน้ำสะอาดและกำจัดขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูล การรักษาพยาบาลเบื้องต้น จัดหาที่จำเป็นไว้ในชุมชน ให้ความรู้ด้านทันตสาธารณสุข สุขภาพจิตและยาเสพติด การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย รวมถึงการป้องกันและควบคุมโรค

4.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาลูกขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์และมาตรวจตามนัด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

4.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน ใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

4.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

4.8 คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

4.9 ลงชื่อการปฏิบัติงานและกิจกรรมทุกครั้งเพื่อเป็นหลักฐานโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบลเป็นผู้ตรวจสอบและรับรอง

4.10 รายงานผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นประจำทุกเดือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรองผลการดำเนินงานในฐานะผู้สนับสนุนด้านวิชาการและพัฒนาศักยภาพ และเสนอต่อหน่วยงาน

จากสถานการณ์ของสังคมไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แนวโน้มของภาวะสุขภาพจึงเปลี่ยนไปเป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและเป็นภาวะเรื้อรังที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง โดยผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน รวมถึงบริการด้านสุขภาพของรัฐ หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ซึ่งได้รับการฝึกอบรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นงานหนึ่งของงานสุขภาพจิตและการป้องกันอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยจึงกำหนดบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมการตรวจสุขภาพ และการให้บริการตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การส่งต่อ และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2552) การเสริม สร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ มีความมั่นใจมากขึ้นจะทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ และบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตลอดจนการได้รับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การควบคุมและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ และทักษะการปฏิบัติขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการทางการแพทย์ จึงสามารถสรุปเป็นขั้นตอนในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การซักถาม การตรวจร่างกาย ซึ่งจะต้องครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนี้

1.1 การประเมินภาวะด้านสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย ซึ่งอาจสัมภาษณ์จากผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจร่างกายโดยการวัดความดันโลหิต การจับชีพจร การนับหายใจ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอวและประเมินดัชนีมวลกาย การประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activity of Daily Living-ADL) และการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นสูงหรือซับซ้อน (Advance Activity of Daily Living-AADL)

1.2 การประเมินทางสังคม แหล่งประโยชน์และการดูแลในครอบครัว โดยการประเมินจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ การประเมินการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายของผู้สูงอายุ

2. การกำหนดปัญหา เป็นการนำข้อมูลจากการรวบรวมจากการประเมินในข้อที่ 1 มาสรุปเป็นประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3. การวางแผนการดูแล เป็นการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมที่จะต้องกระทำให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยแบ่งเป็น 3 ระดับของการดูแล ดังต่อไปนี้

3.1 การส่งต่อ ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือภาวะเสี่ยงสูงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท

3.2 การปรึกษาทางโทรศัพท์ กรณีที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการตัดสินใจเพื่อการวางแผนการดูแล

3.3 การวางแผนการดูแล ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้และประเมินไม่พบภาวะฉุกเฉินหรือภาวะเสี่ยงสูง

4. การดูแลผู้ป่วย เป็นการนำแผนการดูแลไปประยุกต์กับผู้ป่วยให้เหมาะสมในแต่ละรายตามขั้นตอนดังนี้

4.1 การบันทึกการดูแล บันทึกการปฏิบัติและการประเมินสภาพผู้ป่วย เช่น การวัดสัญญาณชีพ การเจาะเลือดตรวจเบาหวาน ฯลฯ

4.2 การปรึกษากับผู้ป่วยและญาติเพื่อแก้ไขปัญหาคือสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

4.3 แนะนำการดูแลสุขภาพในประเด็นปัญหาที่ประเมินได้ในการดูแลแต่ละครั้ง

5. การประเมินผลการดูแล เป็นการประเมินผลอย่างต่อเนื่องในทุกปัญหาและทุกขั้นตอน เพื่อนำผลไปปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสม

จากขั้นตอนของการปฏิบัติดังกล่าวทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างมีระบบเป็นขั้นตอน ซึ่งจะช่วยให้ปัญหาได้อย่างต่อเนื่องและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสามารถติดตามประเมินผลได้อย่างต่อเนื่องและตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุอยู่ในละแวกรับผิดชอบในพื้นที่ จึงสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสู่ระบบการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลได้

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิซซอป

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน แต่เดิมนั้นแนวคิดนี้เป็นที่สนใจในวงการจิตวิทยา การเมืองและด้านจริยธรรม โดยเริ่มต้นจากแนวคิดทางสังคมจิตวิทยาที่ใช้แก้ไขปัญหาต่าง ๆ เช่น ความขัดแย้งทางวัฒนธรรม ความเหลื่อมล้ำทางสังคม ความด้อยโอกาสในสังคม การเหยียดสีผิว เป็นต้น ต่อมาจึงมีการนำแนวคิดนี้มาเชื่อมโยงกับแนว

ทางการพัฒนาสังคมและถูกกำหนดเป็นกลยุทธ์ของการพัฒนา ซึ่งมีการนำมาใช้กันอย่างกว้างขวาง ในสถานการณ์ที่หลากหลาย เช่น การเคลื่อนไหวของกลุ่มสตรี กลุ่มรกร่วมเพศ การส่งเสริม สุขภาพบุคคลและชุมชน กลุ่มนักศึกษา กลุ่มพยาบาล รวมทั้งองค์กรด้านสุขภาพ ฯลฯ (Gibson, 1991; Rodwell, 1996; Nou, 1998; Nou, 1999 cited in Hage & Lorensen, 2005) การเสริมสร้างพลังอำนาจมีกระบวนการเรียนรู้ หลักการจัดการศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

1. กระบวนการเรียนรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop)

การศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจมีกระบวนการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจรอย่างไม่มีที่สิ้นสุด คือ เริ่มจากประสบการณ์ หรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วนำมาคิดวิเคราะห์ ไตร่ตรอง (Reflection) ว่ามีปัญหาอะไร มีความเป็นมาอย่างไร และมีปัจจัยสาเหตุใดบ้าง โดยโยงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องของปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด อันจะนำไปสู่การวางแผน การปฏิบัติ และการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้เรียนรู้จะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำมาสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป องค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้ในการศึกษาเพื่อสร้างพลังอำนาจที่เป็นวงจรต่อเนื่องสามารถแบ่งย่อยออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ (Bishop et al., 1988; อ้างถึงใน นิติยา เพ็ญศิริภา, 2548)

1.1 การได้รับประสบการณ์ (Experiencing) การมีประสบการณ์จัดเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้ และเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการสะท้อนกลับ ประสบการณ์ที่จะรวบรวมทุกสิ่งทุกอย่างที่ได้ประสบมาทุกอย่างที่เป็นทุกอย่างที่ทำทุกอย่างที่รู้สึกที่เห็นที่ได้ยิน ประสบการณ์ที่เป็นจริง สิ่งเหล่านี้ต่างก็เสริมประสบการณ์ชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ เช่น การอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน ที่เป็นประสบการณ์ที่พบจริงในชีวิตประจำวัน หรือการพาไปดูงานสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ หรือโรงพยาบาลที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เห็น ได้สัมผัสพูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการ หรืออาจจำลองประสบการณ์จริงและมีความสำคัญต่อผู้เรียนออกมาในรูปแบบของการภาพยนตร์ การแสดงบทบาทสมมติ ภาพถ่าย มาใช้ร่วมกับประสบการณ์ที่บุคคลมีอยู่แล้ว ให้เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้ที่แต่ละคนนำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม ประสบการณ์ที่จะเกิดขึ้นต้องเป็นจริงและเป็นรูปธรรมมากที่สุด

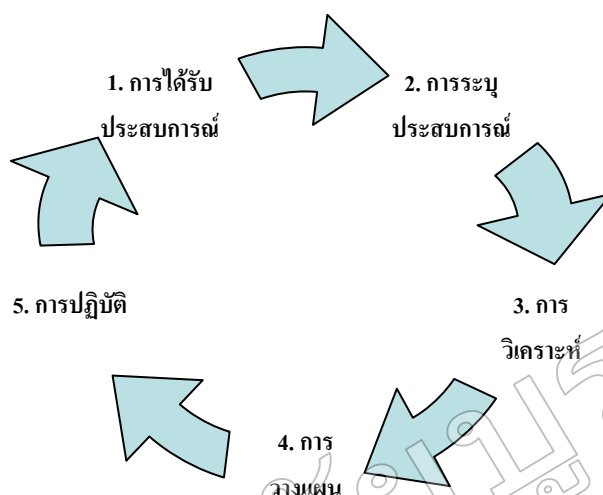
1.2 การระบุประสบการณ์ (Naming Experience) การระบุประสบการณ์จัดเป็นขั้นตอนที่ 2 ของการเรียนรู้ กล่าวคือ เป็นการอธิบายเหตุการณ์ว่าเกิดอะไรขึ้น เราได้พูดอะไรไป เราได้ทำอะไรลงไป เรารู้สึกอย่างไร คนอื่นพูดอย่างไร แล้วคนอื่นทำอย่างไร รู้สึกอย่างไรแล้ว เหตุการณ์นี้มีความสำคัญอย่างไร และอะไรเป็นสิ่งที่เราไม่เข้าใจในกระบวนการเรียนรู้ เช่น

ภายหลังจากการไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่นอนที่โรงพยาบาลแล้วให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้มาเล่าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและความรู้สึกของตนเองที่มีต่อประสบการณ์ดังกล่าวร่วมกัน จะทำให้เกิดความเชื่อมโยงถึงกับชีวิตของตนเอง และมองเห็นความสำคัญทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

1.3 การวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of an Experience) เป็นขั้นตอนที่พยายามทำความเข้าใจประสบการณ์อย่างลึกซึ้ง เช่น ใครคือผู้ที่มีอิทธิพลในสถานการณ์ดังกล่าว ใครเป็นผู้ตัดสินใจหรือใครมีอิทธิพลกว่าคนอื่น ใครเป็นผู้ได้รับความไว้วางใจ ใครเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ และใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจนั้น ประสบการณ์ที่กำลังวิเคราะห์อยู่นั้นมีอะไรคล้ายคลึงกับสถานการณ์อื่นที่ตนเองเคยประสบมาก่อน เช่น การให้ผู้ร่วมเข้าอบรมคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้มีภาวะทุพพลภาพ และให้ผู้เรียนรู้ได้เล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวกับบุคคลใกล้ชิดที่มีปัญหาดังกล่าว หรือปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นต้น เป้าหมายของการเรียนรู้ในขั้นตอนนี้ เพื่อการช่วยให้แต่ละคนเข้าใจอย่างถ่องแท้ในปัจจัยและความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ด้วยตัวของผู้เรียนรู้เอง

1.4 การวางแผน (Planning) การวางแผนเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง ให้ผู้เรียนรู้คิดหาวิธีการปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยเมื่อผู้เรียนเกิดความเข้าใจต่อประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และผู้เรียนรู้คิดหาวิธีการจะอย่างไรให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ จากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาพร้อมทั้งกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป เช่น ภายหลังจากที่ผู้เรียนรู้ได้เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังแล้ว ผู้เรียนรู้ในฐานะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องคิดว่าตนเองและสมาชิกจะมีบทบาทอย่างไรในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป

1.5 การปฏิบัติ (Doing) การลงมือปฏิบัติจะเป็นขั้นตอนต่อไป ซึ่งการปฏิบัตินี้ นอกจากจะรวมการทดสอบ การค้นหา การทดลองและการปฏิบัติแล้ว ยังอาจหมายถึงการรอคอย การฟัง การเฝ้าดู เพราะการลงมือปฏิบัติจะเป็นประสบการณ์จริงที่เราจะต้องคิดพิจารณาและหวังจะได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ จากประสบการณ์ใหม่ที่กำลังจะเกิดขึ้นหลังการฝึกอบรมและประสบการณ์ใหม่จะเป็นเป้าหมายใหม่ของการเรียนรู้ การปฏิบัติจะทำให้เกิดประสบการณ์เริ่มต้นวงจรใหม่



ภาพที่ 2 กระบวนการเรียนรู้ของการศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Bishop et al., 1988 อ้างถึงใน นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2548)

อย่างไรก็ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมีหลายแนวคิดซึ่งมีรายละเอียดที่ต่างกันอย่างเล็กน้อยและมีการนำไปประยุกต์ใช้ที่แตกต่างกันในบริบทต่าง ๆ กล่าวคือ แนวคิดของ เปาโล แพร์ (Pualo, 1977 cited in Schofield, 1998) เน้นการค้นพบตัวเองในกระบวนการศึกษาจึงนิยมใช้ในการสร้างพลังมวลชนและการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน ส่วนแนวคิดของเฟียรรี (Freury, 1991 อ้างถึงใน ศศิธรุจ โพรเพียว, 2552) เหมาะสำหรับการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถปรับตัวกับโรคที่เป็นอย่างค่อยเป็นค่อยไปใน 3 ระยะ จากการประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงและการผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991; Gibson, 1995) ซึ่งเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกัน การที่บุคคลจะผ่านแต่ละขั้นตอนนี้จะต้องมีพลังใจ พลังความคิดจากปัจจัยต่าง ๆ มาช่วยสร้างเสริมแรงจูงใจให้รู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาให้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้สามารถนำไปใช้ได้กับบุคคลทุกกลุ่มรวมถึงครอบครัวและชุมชน ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ศักยภาพของตนเองในการค้นหาและเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองภายใต้บริบทของสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน สำหรับแนวคิดของ มิลเลอร์ (Miller, 1992 อ้างถึงใน สำนักพยาบาล, 2546) เป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการเผชิญปัญหา วิฤติการเจ็บป่วย และความไม่แน่นอนในแต่ละวันที่ต้องการความคิดเชิงบวก เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) ของริสแมน

(Riessman, 1984 cited in Mok & Martinson, 2001) ซึ่งเหมาะสำหรับการประยุกต์ใช้ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาเดียวกัน

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้มีการรับรู้พลังอำนาจ มีความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยเริ่มจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ผ่านกระบวนการคิดพิจารณาไตร่ตรองถึงความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนตามบทบาทของตน และการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เป็นการเรียนรู้และพัฒนาในระดับที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของผู้เรียน ซึ่งเหมาะสมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988 อ้างถึงใน นิทยา เพ็ญศิริภา, 2548) ที่มีกระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง และเป็นวงจรอย่างไม่มีที่สิ้นสุดเพื่อการสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคล และการสร้างพลังทีมงาน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

2. หลักการจัดการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ

การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ มีหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้ (Bishop et al., 1988; Arnold & Bruke, 1983 อ้างถึงใน บุญเดือน เหลืองเลิศขจร, 2547; นิทยา เพ็ญศิริภา, 2544)

2.1 การเรียนการสอนที่เน้นการสร้างพลังให้แก่บุคคล โดยการสนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม และเชื่อว่าตนสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคมได้

2.2 การเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากประสบการณ์ของผู้เรียน แล้วให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์โดยใช้วิจารณญาณ เพื่อโยงปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลเข้ากับปัจจัยทางสังคมที่เป็นสาเหตุ การเกิดความเข้าใจดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่หรือที่จะกระทำในอนาคตให้ไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

2.3 การเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยควรส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในทุก ๆ ขั้นตอน ตั้งแต่การเลือกประเด็นในการเรียนรู้ที่สนใจและมีความสำคัญต่อผู้เรียน การวางแผนกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการสนทนาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินผลตนเอง ตลอดจนการประเมินผลโครงการ

2.4 การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม (Collective Learning) คือ การที่ทุกคนสอน ทุกคนเรียน โดยผู้สอนจะเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้หรือผู้ประสานงาน แทนการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ตามบทบาทเดิม การที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ประสบการณ์ซึ่ง

กันและกัน นอกจากจะทำให้แต่ละคนได้ความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้ว ยังช่วยให้รู้สึกถึงความเป็นกลุ่ม มีการคิดและกระทำร่วมกัน ซึ่งการรวมกลุ่มนี้จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่ามีพลังสนับสนุนมากพอที่จะกระทำการแก้ไขปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการ

2.5 การเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง โดยจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ ความรู้สึก และทักษะ ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันที หรือมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

2.6 การเรียนรู้มีลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ไม่จำกัดเฉพาะในห้องเรียน เนื่องจากผู้เรียนสามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากประสบการณ์จริงและการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง

2.7 การเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่นและมีความสนุกสนาน โดยจะมีการปรับเนื้อหา วิธีการ และสื่อการเรียน ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้เรียนและกลุ่ม ทำให้ผู้เรียนไม่รู้สึกว่าการบังคับฝืนใจให้เรียนรู้ในสิ่งที่ขาดความเกี่ยวข้องและสำคัญกับตน หรือถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ตนเองไม่มีความสามารถ

2.8 หลักสูตรการเรียนการสอนต้องมีการกำหนดเป้าประสงค์ที่ชัดเจน ซึ่งจะช่วยทำให้สามารถเลือกใช้ขั้นตอน เทคนิค เครื่องมือ และกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม เพื่อจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าวแต่มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนจากหลักการที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมิใช่เพียงเทคนิคการจะต้องเลือกมาใช้ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ เช่น เหมาะสมกับเนื้อหา วัตถุประสงค์ จำนวนผู้เรียน ฯลฯ เป็นการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นปรัชญาในการจัดการศึกษาให้แก่บุคคล จากเทคนิคการสอนตามแนวคิด เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน จึงนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทั้งบุคคล ครอบครัวยุคและสังคมอย่างกว้างขวาง และมีความหมายที่แตกต่างกันตามบริบทของการนำไปใช้เพื่อการตั้งเป้าหมาย กำหนดแนวทาง และวางแผนสู่การปฏิบัติโดยเชื่อมโยงคุณลักษณะส่วนบุคคล ทักษะ และความสามารถในระดับบุคคลกับทีมงานหรือองค์กร เพื่อให้เกิดศักยภาพในการตั้งเป้าหมายสู่ความสำเร็จของงานที่ทำด้วยความต้องการของผู้ปฏิบัติเอง ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจรที่ไม่สิ้นสุด เริ่มจากการได้รับประสบการณ์ หรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ แล้วนำมาคิดวิเคราะห์อย่างใดตรงเชื่อมโยงกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอันจะนำสู่การวางแผนและการลงมือปฏิบัติ โดยผลของการปฏิบัติจะเริ่มต้นเป็นประสบการณ์ใหม่ที่น่าเข้าสู่วงจรการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้เรียนรู้ในทุกขั้นตอน

3 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการตั้งเป้าหมาย กำหนดกลยุทธ์ และการวางแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบในการกระตุ้นให้เกิดการทำงาน รวมถึงการเชื่อมโยงคุณลักษณะ ทักษะ และความสามารถในแต่ละบุคคลกับกลุ่มหรือทีมงานและให้เข้าได้กับสภาพแวดล้อม โดยให้อำนาจและให้โอกาสแต่ละบุคคล ได้แสดงศักยภาพให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระดับที่องค์การต้องการออกมา (Zimmerman & Rappaport, 1988; Scott & Jatte, 1991 อ้างถึงใน อติพร ทองหล่อ, 2546) การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและเป็นระดับ และต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบขององค์การทั้ง 3 ระดับ (ประวิต เอรารวรรณ์, 2539 อ้างถึงใน อติพร ทองหล่อ, 2547)

3.1 ระดับบุคคล ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรนั้นต้องมีความสามารถตัดสินใจ นักแก้ปัญหาที่ดี มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และรับผิดชอบในงาน ดังนั้นจึงต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลเพื่อให้มีบุคลากรมีลักษณะดังกล่าว ให้ทุกคนมีความรู้สึกต้องการงานให้ดีที่สุดไม่ใช่ทำเพราะหน้าที่หรือคำสั่ง

3.2 ระดับทีมงาน การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของผู้ปฏิบัติงาน มีความสำคัญต่อความสำเร็จของงาน ทีมงานที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกคนต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและร่วมรับผิดชอบผลงานที่เกิดขึ้น มีการปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และผลสัมฤทธิ์ในงานเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งต้องมีการติดต่อสื่อสารและประสานงานแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการทำงานทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มอีกด้วย

3.3 ระดับองค์การ การแบ่งระดับองค์การตามการบริหารมี 2 ลักษณะ คือแบบปิรามิด (Pyramid) และแบบวงกลม (Circle) การบริหารวางแผนที่จำเป็นมีลักษณะการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายและนโยบายจากบนลงล่าง ทุกคนทำตามนโยบายที่ได้รับมอบหมาย องค์การปรับเปลี่ยนได้ช้า การส่งข้อมูลย้อนกลับและติดต่อสื่อสารทำได้ลำบาก องค์การที่มีลักษณะนี้คือ องค์การราชการส่วนตรงข้ามกัน คือ องค์การเอกชน ที่มีการบริหารงานแบบวงกลม เป้าหมายสำคัญอยู่ที่ผู้รับบริการ แต่ปัจจุบันทุกองค์การพยายามปรับเปลี่ยนและพัฒนากระบวนการบริหารในองค์กรเป็นแบบวงกลม ซึ่งถือได้ว่าเป็นก้าวแรกของการนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความคาดหวังในความสำเร็จของงานที่ทำ และได้ทำงานตามความต้องการไม่ใช่จากการบังคับหรือเพราะผลตอบแทนแต่ทำงานด้วยความเต็มใจ และต้องการความสำเร็จ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาทั้งในระดับบุคคลและระดับทีมงาน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในการตัดสินใจ เป็นนักแก้ปัญหาที่ดี มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และรับผิดชอบในงาน มีความรู้สึกต้องการปฏิบัติให้ดีที่สุด และส่งเสริมการมี

ปฏิสัมพันธ์ต่อกันซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จ มีการปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และผลสัมฤทธิ์ในงานเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งต้องมีการติดต่อสื่อสารและประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้เรียน ขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กสุด คือ กลุ่มละ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดี และข้อจำกัดแตกต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงต้องพิจารณาตามจำนวนผู้เรียน การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ถึงแม้ผู้สอนจะออกแบบกลุ่มให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแล้วก็ตาม แต่สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มผู้เรียนบรรลุงานสูงสุดได้ คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่ม หรือผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด ผู้เรียนสามารถกำหนดได้จากการออกแบบงาน

1. องค์ประกอบของการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม

องค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มที่สำคัญ สรุปได้ 3 ประการ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2544)

1.1 การกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่มกันอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลานานน้อยแค่ไหน เมื่อบรรลุงานแล้วจะให้ทำอะไรต่อ เช่น การเสนอผลงานหน้าชั้น

1.2 การกำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกให้ชัดเจน โดยทั่วไปกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อยควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อนำมารวมในกลุ่มใหญ่ จะเกิดการขยายการเรียนรู้ทำให้ใช้เวลาน้อยในการเรียนรู้และไม่น่าเบื่อ การกำหนดบทบาทในแต่ละกลุ่มให้ทำกิจกรรมยังรวมถึงการกำหนดบทบาทของสมาชิกในกลุ่มด้วย เช่น การเล่นเกมบทบาทสมมติ เป็นผู้สังเกตการณ์ หรือเป็นตัวแทนกลุ่มในการนำเสนอผลงานของกลุ่ม

1.3 การกำหนดโครงสร้างของงานที่ชัดเจน บอกรายละเอียดกิจกรรม และบทบาท โดยทำเป็นกำหนดงานที่ผู้สอนแจ้งให้แก่ผู้เรียน หรือทำเป็นใบงานมอบให้กับกลุ่ม โดยจัดทำเป็นใบงานหรือใบชี้แจง ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทำงานสำเร็จ มีกรอบการทำงานที่ชัดเจน หรือสร้างเป็นตารางวิเคราะห้ให้กลุ่ม

1.3.1 ใบงาน เป็นข้อความกำหนดงานที่มีรายละเอียด เพื่อให้ผู้เรียนซึ่งส่วนใหญ่จะทำงานในกลุ่มเล็ก หรือกลุ่มย่อยระดมสมองทำงานกลุ่มได้สำเร็จ ผลงานที่ได้จากการทำงานตามที่กำหนดในใบงานจะเป็นข้อสรุปที่มีความลึกซึ้งซึ่งนำไปตามประเด็นที่ผู้สอนต้องการ ใบงานใช้มากในกิจกรรมขององค์ประกอบสะท้อน/อภิปราย และการประยุกต์แนวคิด ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการที่ผู้เรียนจะทำงานได้สำเร็จในเวลาที่กำหนด และตรงตามวัตถุประสงค์

1.3.2 ใบชี้แจง เป็นคำชี้แจงในการทำกิจกรรมกลุ่ม มีรายละเอียดไม่มากนัก จึงไม่จำเป็นต้องจัดทำเป็นใบงาน ผู้สอนอาจจะเขียนกระดานหรือแผ่นใสให้ผู้เรียนอ่านพร้อมกัน ใช้มากในกิจกรรมขององค์ประกอบประสบการณ์ หรือการประยุกต์แนวคิด ซึ่งใบชี้แจงที่ดี ควรมีลักษณะที่มีข้อความสั้น กระชับ ได้ใจความ และกำหนดกิจกรรมตรงกับองค์ประกอบ เช่น ให้ผู้เรียนได้นำเสนอประสบการณ์หรือได้ประยุกต์ความคิดรวบยอด

2. การกำหนดบทบาทของสมาชิก

การกำหนดบทบาทในการจัดการเรียนรู้ในกลุ่มให้แก่สมาชิกในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกทุกคนได้แสดงบทบาทของตนเองตามที่ได้รับมอบหมาย และสมาชิกสามารถสลับเปลี่ยนบทบาทกันได้ เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ในทุกบทบาท (กรมสุขภาพจิต, 2544) ดังนี้

2.1 กำหนดบทบาทในการจัดการเรียนรู้ในกลุ่มให้แก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกได้แสดงบทบาทของตนเองตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย ดังต่อไปนี้

2.1.1 ผู้ดำเนินรายการ (Moderator) เป็นผู้นำในการสื่อสาร เปิดประเด็นในการอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ความรู้ของสมาชิก ตลอดจนเป็นผู้สรุปประเด็นโต้เถียงเมื่อมีความแตกแยกในความคิด

2.1.2 ผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator) เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้แบบร่วมมือของสมาชิกในกลุ่ม นัดหมายเวลาในการทำงานร่วมกันของสมาชิก จัดหาเทคนิค วิธีการและเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการสื่อสารของสมาชิก และยังเป็นผู้มีหน้าที่แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็นของตนเองต่อประเด็นดังกล่าวด้วย

2.1.3 ผู้บันทึก (Note Taker) เป็นผู้ดำเนินการบันทึกประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนา อภิปราย หรือการประชุมของสมาชิก และยังเป็นผู้มีหน้าที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้ของตนเองต่อประเด็นดังกล่าวด้วย

2.1.4 สมาชิก (Member) เป็นผู้มีหน้าที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้ของตนเองต่อประเด็นดังกล่าว

2.2 สมาชิกทุกคนปฏิบัติตามกติกาในการร่วมกิจกรรมการแบ่งปันความรู้ด้วยวิธีการเรียนแบบร่วมมือ ได้แก่ สมาชิกทุกคนต้องกระตุ้นให้ทุกคนตระหนักและช่วยสร้างสำนึกของการมีส่วนร่วม การยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง การเห็นความสำคัญของความหลากหลาย และยอมรับว่าทุกคนต่างมีความคิด มีศักยภาพและความสำคัญที่เท่าเทียมกัน

2.3 ให้สมาชิกมีอิสระในการกำหนดขั้นตอน และระยะเวลาในแต่ละครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของตนเอง สมาชิกสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในวันและเวลาใดก็ได้ตามที่ต้องการ ใหญ่ของกลุ่มสะดวก ทั้งนี้จะต้องบรรลุผลสำเร็จตามใบงานที่มอบหมายให้ทำเป็นผลงานของกลุ่ม และส่งผลงานภายในช่วงเวลาที่กำหนดไว้

2.4 ให้สมาชิกมีการแบ่งปันความรู้ด้วยวิธีการเรียนรู้แบบร่วมมือ ด้วยการใช้เทคโนโลยีในการแบ่งปันความรู้ต่าง ๆ ได้แก่ การเขียนข้อความในกระดานติดฟิวเจอร์บอร์ด การใช้โปรแกรมสนทนา (Chat) การร่วมแสดงความคิดเห็นผ่านกระดานสนทนา (Web Board)

2.5 ให้สมาชิกสรุปผลงานที่ได้รับมอบหมายตามใบงานเป็นผลงานกลุ่มและจัดส่งสรุปผลงานกลุ่มแก่ผู้ดำเนินรายการหลัก (Key Moderator)

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ทักษะ และทักษะได้ดีที่สุด ผู้เรียนรู้ผ่านกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์แบบหลายขั้นตอน ซึ่งเป็นโครงสร้างพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยการตรวจสอบการได้รับประสบการณ์ การระบุประสบการณ์ การวิเคราะห์ การวางแผน และการปฏิบัติผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ทำให้ผู้เรียนรู้ทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยาก หรือไม่เคยทำมาก่อนด้วยความมั่นใจ เป็นการพัฒนาความสามารถซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปได้ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่และความสามารถในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

นิตยา อุ่นบัว (2549) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยการสำรวจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 10 และ 41 จำนวน 150 คน พบว่าภาพรวมของความรู้

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในระดับสูง ภาพรวมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเห็นด้วยในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการให้คำแนะนำเผยแพร่ความรู้เห็นด้วยในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและผลกระทบของโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในด้านการให้คำแนะนำเผยแพร่ความรู้ ด้านการรับข่าวสารและด้านการประสานงานที่แตกต่างกัน

พริ้งพราว ไวยาวังมัย (2546) ได้ศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขและกระบวนการบริหารและหลักการบริหาร ได้ทำการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 97 คน ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ทำหน้าที่การเฝ้าระวังโรคประจำชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 41.30 รองลงมาเป็นเรื่องการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 18.60 สำหรับเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาปฏิบัติหน้าที่น้อยที่สุด ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความร่วมมือของประชาชนอยู่ในระดับมาก การติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับค่อนข้างมาก สำหรับเรื่องของสถานที่ปฏิบัติงานมีปัญหาในระดับน้อย ปัจจัยด้านเพศ ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน การยอมรับและการไม่ยอมรับของประชาชนมีผลต่อปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุดา ดวงพระทัย (2549) ได้ศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเมือง โดยใช้แนวคิดบทบาทและบทบาทในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้ศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตหมู่บ้านเทศบาลแหลมฉบัง จำนวน 177 คน ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลแหลมฉบัง มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเองแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะที่ปฏิบัติงาน พบว่าระหว่างบทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทที่คาดหวังด้านการป้องกันโรคและการรักษา บทบาทที่รับรู้กับบทบาทในอุดมคติด้านการฟื้นฟูสภาพ และบทบาทที่คาดหวังกับบทบาทที่เป็นจริงในด้านการฟื้นฟูสภาพ บทบาทคู่ที่มีความสัมพันธ์กันทั้ง 4 ด้าน คือ บทบาทที่รับรู้กับบทบาทที่เป็นจริง และบทบาทที่คาดหวังจะให้เป็นกับบทบาทในอุดมคติ บทบาทคู่ที่มีความสัมพันธ์ขัดแย้งกัน 3 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ บทบาทที่รับรู้กับบทบาทในอุดมคติ และบทบาท

ที่คาดหวังจะให้เป็นกับบทบาทที่เป็นจริง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทที่รับรู้กับบทบาทที่คาดหวังนั้นมีความขัดแย้งกันใน 2 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการฟื้นฟูสภาพ

พัฒน์นริย์ รัตนจารย์ (2550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปรียบเทียบกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการปฏิบัติงาน ได้ทำการศึกษากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาที่แตกต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนอาชีพและระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราภรณ์ กลีบจำปี และพิศัญ พวงนาค (2551) ศึกษา ความรู้ ทักษะและความคิดเห็นต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลน้ำริด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 114 คน สรุปผลการศึกษาได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลน้ำริด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-50 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษา รายได้พอกินพอใช้และสถานะสุขภาพแข็งแรงในระดับปานกลาง ปฏิบัติหน้าที่ระหว่าง 1-5 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมร้อยละ 17.5 และรับรู้ว่ามีผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อมในชุมชนร้อยละ 34.2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุระดับปานกลางและทัศนคติที่เห็นด้วยกับการดูแลโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แต่มีระดับความรู้สึกไม่แน่ใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม ปัจจัยด้านเพศ รายได้ สถานะสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อการรับรู้ว่ามีผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนที่แตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และความคิดเห็นต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมไม่แตกต่างกัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

สุนิพร จูทะโกสิทธิ์กานนท์ (2551) ได้ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชน ตามกรอบแนวคิดของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเงื่อนไข ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการสำรวจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ศูนย์ภาค 6 กลุ่มตากสิน จำนวน 5 แห่ง ทั้งหมด 241 คน ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย

53.71 ปี ปฏิบัติงานมานานกว่า 10 ปี ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้ปฏิบัติงานอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสามารถในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ทั้งด้านศูนย์ข้อมูล ข่าวสารของชุมชน ด้านการให้บริการ และดำเนินกิจกรรมด้านการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งด้านการ ดำเนินกิจกรรมอื่น ๆ เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานพบว่าปัญหาอุปสรรคทั้งด้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการบริหารจัดการรวมทั้งด้านประชาชนและชุมชนมี ความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานทุกด้าน ยกเว้นด้านการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนการได้รับ ความสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานทุกด้าน เพื่อให้การปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ควรเพิ่มขีดความสามารถเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ งานเอกสาร ความรู้เรื่องสุขภาพตา การสร้างเครือข่าย การสร้างขวัญและกำลังใจ รวมถึงการจัดหา วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น

วรภัทร คำนบุญเรือง (2552) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการช่วยเหลือครอบครัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสมาชิกครอบครัวที่พิการจากการ เคลื่อนไหวเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคน พิการทางการเคลื่อนไหวโดยเน้นการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ช่วยเหลือครอบครัวคนพิการ ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล หุ่งงาน อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง จำนวน 34 คน ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการปฏิบัติ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอยู่ในระดับดี ส่วนทางด้านจิตใจ ทางสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับ ปานกลาง ปัญหาอุปสรรคที่พบได้แก่ กลุ่มตัวอย่างไม่มีเวลาปฏิบัติภารกิจฟื้นฟูสภาพคนพิการอย่าง ต่อเนื่อง ขาดความมั่นใจและสมาชิกในครอบครัวไม่เห็นความสำคัญและมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องใน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

I-chuan Mei, Chih Lin and Cing-Min Chen (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลิกลักษณะส่วนบุคคลและความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในไต้หวัน โดยศึกษากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 213 คน ในศูนย์สุขภาพเขตไถลัน ไต้หวัน เหนือ ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีอายุระหว่าง 49-55 ปี มีสถานภาพคู่และอาศัยอยู่กับครอบครัว โดยพบว่าบุคลิกลักษณะส่วนมากเป็นบุคลิกลักษณะแบบมี ความเชื่ออำนาจในตนเองและมีความพึงพอใจสูงในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน นอกจากนี้ยังพบปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา ศาสนา การมีส่วนร่วมในการฝึกอบรม การ

ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ความเต็มใจในการปฏิบัติงาน ความถี่ในการมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมและการทำงานร่วมกันของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งการปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายและความถี่ในการมีส่วนร่วมกับบุคคลอื่น ๆ สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในงานได้ร้อยละ 9.1 นอกจากนี้ได้มีข้อเสนอแนะไว้ว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและการจัดโปรแกรมการฝึกอบรมที่ดีและน่าสนใจสำหรับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขจะช่วยสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้วย

Kauffman and Myers (1997) ได้สำรวจการเปลี่ยนแปลงของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคอีสานของประเทศไทย โดยศึกษาในหมู่บ้านที่จังหวัดขอนแก่น จำนวน 495 หลังคาเรือน ประชาชน 1400 คน เป็นการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิในประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ถึงบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่บ้านชนบทประชาชนจะยอมรับในบริการขั้นพื้นฐานและการดูแลสุขภาพ แต่ในปัจจุบันการยอมรับในบทบาทของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเริ่มลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมชนบทสู่สังคมเมืองและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประชาชนในหลายหมู่บ้านสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ในขณะเดียวกันโอกาสของการได้รับข้อมูลข่าวสารมีมากขึ้นทางโทรทัศน์และวิทยุ และมีร้านขายของชำในหมู่บ้านที่มียาจำเป็นขั้นพื้นฐานสำหรับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง ความจำเป็นในการใช้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงลดลง ดังนั้นเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังคงอยู่จึงจำเป็นต้องปรับบทบาทให้สอดคล้องกับสังคมที่เปลี่ยนแปลง เช่น การบูรณาการความร่วมมือของครอบครัวและเครือข่ายรัฐ การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สถานการณ์ของโรคติดต่อ เช่น โรคเอดส์ และการเสริมสร้างสัมพันธภาพของครอบครัวและลดความขัดแย้งในสังคม

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเชิงบรรยายพบว่าความเจริญก้าวหน้าทางสังคม ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี รวมทั้งการพัฒนาด้านการสาธารณสุข มีผลให้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปจากการเป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือปัญหาด้านสุขภาพตามปัญหาของพื้นที่ (Kauffman & Myers, 1997) จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานใน

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและคนพิการซึ่งแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ความสามารถในการปฏิบัติงานยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการผ่านการฝึกอบรม นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ ทักษะ ความร่วมมือของประชาชน การติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่และการบริหารจัดการเป็นปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการจัดโปรแกรมการฝึกอบรมที่ดีและน่าสนใจจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปได้ดังต่อไปนี้

2.1 อายุ จากการศึกษาล้วนส่วนใหญ่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาทิเช่น การศึกษาของฉลวย หนูจิตร (2551) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุแตกต่างกันมีการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547) ได้ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 เพศ จากการศึกษาล้วนส่วนใหญ่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุข อาทิเช่น เอกกรินทร์ โปตะเวช (2551) พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ โพธิชัย (2550) ชีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2549) และจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547)

2.3 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการศึกษาล้วนส่วนใหญ่พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน อาทิเช่น การศึกษาของกิตติพงษ์ บัวดิก (2551) พบว่าระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับฉลวย หนูจิตร (2551) ที่ศึกษาพบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอปัว จักรังษิรี จังหวัดขอนแก่น อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2549) พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของพัฒน์นรี รัตนจารย์ (2550) และจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547)

2.4 สถานภาพสมรส จากการทบทวนการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กนกทอง สุวรรณบุญ, 2545 และจิรภา สุขสวัสดิ์, 2547) แต่มีผลการศึกษาบางส่วนที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กิตติพงษ์ บัวดิก, 2551; สิริพร สาลีศรี, 2550; บุญเลิศ โพธิชัย, 2550; ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน, 2549; พัฒน์นรี รัตนจารย์, 2550; นลวย หนูจิตร, 2550)

2.5 ระดับการศึกษา จากการทบทวนการศึกษาของกิตติพงษ์ บัวดิก (2551) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่การศึกษาอีกบางส่วนที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (บุญเลิศ โพธิชัย, 2550; สิริพร สาลีศรี, 2550; พัฒน์นรี รัตนจารย์, 2550; ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน, 2549; ประภา วุฒิคุณ, 2547; กนกทอง สุวรรณบุญ, 2545)

2.6 อาชีพ จากการศึกษาของพัฒน์นรี รัตนจารย์ (2550) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุญ (2545) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแม่บ้าน ธุรกิจส่วนตัว และรับราชการ มีคะแนนการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพเกษตรกรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 และมีการศึกษาที่สอดคล้องกันของสิริพร สาลีศรี (2550) และจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของกิตติพงษ์ บัวดิก (2551) เอกรินทร์ โปตะเวช (2551) บุญเลิศ โพธิชัย (2550) และประภา วุฒิคุณ (2547) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.7 รายได้ จากการศึกษาของธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2549) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547) และ ประภา วุฒิคุณ

(2547) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่บุญเลิศ โพธิชัย (2550) กิตติพงษ์ บัวติก (2551) และ ฉลวย หนูจิตร (2551) ศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า อายุ เพศ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ยังไม่สามารถสรุปลักษณะของความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ชัดเจนนัก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงนำปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาเป็นตัวแปรควบคุมในการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ เพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง

3. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปได้ดังต่อไปนี้

อารี บุตรสอน (2546) ได้ศึกษาเพื่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นวิจัยและพัฒนามีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน สรุปผลการศึกษตามขั้นตอนได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ได้ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและศักยภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการสำรวจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 375 คน ผลการศึกษาพบว่า ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับปานกลางทั้ง 8 หมวด เมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละหมวดงานพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านอายุตัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รายได้ การมีตำแหน่งในชุมชน ส่วนด้านเพศ และสถานภาพสมรสไม่แตกต่างกัน และพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้ในการปฏิบัติ ขาดงบประมาณ ขาดวัสดุอุปกรณ์ และการติดตามต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนในขั้นตอนที่ 2 เป็นการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม โดยการประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำหลักสูตร

การอบรมและการประเมินผลหลักสูตร ผลการศึกษาได้หลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครอบคลุมทั้ง 8 หมวด เป็นหลักสูตรที่ใช้เวลาฝึกอบรมทั้งสิ้น 5 วัน รวม 31 ชั่วโมง เน้นการมีส่วนร่วมมากที่สุด ใช้กระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนความรู้ นำเสนอผลการศึกษา การอภิปรายกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ และการแสดงบทบาทสมมติ และขั้นตอนที่ 3 เป็นการทดลองใช้นำร่องกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลศรีสะเกษ อำเภออุษัณห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 8 หมวดงาน หลังจากฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการฝึกอบรมใช้ระยะเวลาติดต่อกันนานเกินไป ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ ส่วนในขั้นตอนที่ 4 เป็นการติดตามประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกอบรมมีศักยภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุดทั้ง 8 หมวดงาน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้ผ่านการอบรมมีศักยภาพในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 8 หมวดงาน และพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกอบรมมีศักยภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รพีพร มหรรณพนที (2541) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่างกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วม กับแบบบรรยาย เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ โดยการอบรมแบบบรรยายและการอบรมแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบบรรยายมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 2 4 และ 6 ดีวก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทักษะและการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วมมีความรู้และการปฏิบัติงานหลังอบรมสัปดาห์ที่ 2 4 และ 6 ดีวก่อนอบรม และมีทักษะหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ดีวก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังอบรมสัปดาห์ที่ 2 4 และ 6 ของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วมมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานหลังอบรมทุกช่วงเวลาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จูลศักดิ์ หน่อแก้ว (2547) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังกลุ่มสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล แม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลเด็ก 0-5 ปี รวมทั้งหมด 37 คน ในการควบคุมภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 1-5 ปี โดยประยุกต์ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิสฮอปพร้อมกับการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม จัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 2 วัน ประเด็นความรู้เรื่องโภชนาการเด็ก 1-5 ปี กิจกรรมการยอมรับและนับถือตนเองและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความตั้งใจในการพัฒนาชุมชน การวิเคราะห์ปัญหา และดำเนินกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาและเด็ก ได้ทำการศึกษาในกลุ่มแกนนำชุมชนและมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาทุพโภชนาการ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็ก 1-5 ปี ดีวก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มทดลองพบว่า พฤติกรรมการให้อาหารหลักไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนพฤติกรรมการให้อาหารว่างดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ พฤติกรรมการนำเด็กอายุ 1-5 ปี ชั่งน้ำหนักและแปลผลการเจริญเติบโตด้วยกราฟ พบว่าดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้พบว่าระดับโภชนาการเมื่อเทียบเปอร์เซ็นต์ของมาตรฐานการเจริญเติบโตโดยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุในเด็ก 1-5 ปี ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

เชสทา (Shrestha, 2002) ได้ศึกษาการเพิ่มการยอมรับการคุมกำเนิดผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงในชุมชน ประเทศเนปาล โดยการประยุกต์ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของเปาโลแฟร์ เป็นการศึกษาแบบมีส่วนร่วมซึ่งใช้ระยะการฝึกอบรมทฤษฎี 7 วัน และฝึกปฏิบัติ 3 วัน ทำการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงในประเทศเนปาล จำนวน 17 คน และมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขหญิงเพิ่มการใช้การคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงาน ผลการศึกษาพบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานและไม่ตั้งครรภ์ จำนวน 241 คน รับรู้วิธีการคุมกำเนิดอย่างน้อยหนึ่งวิธีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการใช้การคุมกำเนิดที่ทันสมัยเพิ่มขึ้น

ร้อยละ 52.03 มีความพึงพอใจต่อบริการของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ การคิดวิเคราะห์และการปฏิบัติโดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยวิธีการต่าง ๆ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความเชื่อมั่นและมั่นใจในความสามารถของตนเองและสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาและดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีคำแนะนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพัฒนาในกลุ่มต่าง ๆ ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์และมีทักษะในการปฏิบัติที่ดีขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในตนเองและชุมชนได้ แต่ไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยมาก่อน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง มีความรู้และมีความสามารถปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตามแนวคิดของบิชอป (Bishop et al., 1988 อ้างถึงใน นิติยา เพ็ญศิริรักษา, 2548) ซึ่งเป็นการจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การได้รับประสบการณ์จริงจากเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยตนเอง 2) การระบุประสบการณ์จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความเชื่อมโยงของเหตุและผลทั้งจากประสบการณ์ในชีวิตจริงและการฝึกปฏิบัติ 3) การวิเคราะห์ประสบการณ์จากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้และปฏิบัติเพื่อให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้น 4) วิธีการวางแผนในการแก้ปัญหาจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาและ 5) การลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ภายหลังการปฏิบัติก็จะกลับเข้าสู่ขั้นตอนแรก คือ การได้รับประสบการณ์เป็นวงจรเช่นนี้ไปอย่างต่อเนื่อง