

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเนื้อหาสาระของศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
2. การสาธารณสุขมูลฐาน
3. ผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. สาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11

(พ.ศ. 2555-2559)

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
6. ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ในการศึกษา
7. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

Cohen and Uphoff (1981 อ้างถึงใน จริญญา บรรเท็ง, 2548) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วน
ร่วมเป็น 4 ด้าน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision-making)
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Participation in Implementation)
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Participation in Benefits)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation)

สำหรับการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ นี้ นักวิชาการสาขาต่าง ๆ มีจุดเน้นของการมีส่วน
ร่วมแตกต่างกันออกไป เช่น นักเศรษฐศาสตร์จะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
นักบริหารมักจะเน้นถึงการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และนักเศรษฐศาสตร์มักจะเน้นการมีส่วนร่วม
ในผลประโยชน์ แต่สำหรับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้น ยังไม่มีการศึกษาที่กว้างขวางนัก
ซึ่ง Cohen and Uphoff ได้อธิบายถึงการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตัดสินใจชนิดนี้เป็นศูนย์กลางของการเกิดความคิดที่หลากหลายหลายมีการกำหนดและประเมินทางเลือกตัดสินใจ เลือกเปรียบเทียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางที่เลือกมาสู่การปฏิบัติ สามารถแบ่งการตัดสินใจนี้ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1.1 การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น (Initial Decisions) เป็นการเริ่มต้นหาความต้องการจากคนในท้องถิ่น และวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการที่สำคัญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะเลือกเอาโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคนและมีความเป็นรูปธรรม โดยผ่านการใช้กระบวนการตัดสินใจ ในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญของท้องถิ่นและป้องกันความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้นและเสนอกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งคนในท้องถิ่นสามารถเข้ามาเกี่ยวข้องกับตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นโครงการทั้งในเรื่องการเงิน การจัดสรรบุคลากร ตลอดจนวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการและสนับสนุนโครงการที่จะนำเข้ามา

1.2 การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (On-going Decisions) คนในท้องถิ่นอาจไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงเริ่มต้น แต่ถูกขอร้องให้เข้ามาดำเนินการเมื่อโครงการเข้ามา ความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น ซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในภายหลังนี้ และจัดลำดับความสำคัญของโครงการและวิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

1.3 การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (Operational Decisions) เป็นความเกี่ยวข้องในองค์กรเมื่อโครงการเข้ามามีการเชื่อมโยงโครงการเข้ามาสู่คนในท้องถิ่น มีการรวบรวมขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกฎเกณฑ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมในโครงการ กรอบที่สมาชิกยึดถือประกอบด้วย การประชุมเพื่อจัดทำนโยบาย การคัดเลือกผู้นำที่จะมีอิทธิพลต่อองค์กร

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติคนในท้องถิ่นสามารถมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ

2.1 การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร (Resource Contribution) สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และข้อมูลข่าวสาร ทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากรหลักที่สำคัญซึ่งมีอยู่ในท้องถิ่น นำมาใช้เพื่อพัฒนาโครงการ การส่งเสริมโดยใช้แรงงานในท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ดี การบริจาคเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ และอื่น ๆ แสดงให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วม สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมนี้ คือ การรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและทำอะไร โดยวิธีการสมัครใจ การได้รับค่าตอบแทน หรือโดยการบีบบังคับ การสนับสนุน เรื่องทรัพยากรบ่อยครั้งที่พบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันและการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว

2.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (Project Demonstration and Co-ordination) คนในท้องถิ่นสามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงาน โดยการเป็นลูกจ้างหรือสมาชิก

ทีมที่ปรึกษาหรือเป็นผู้บริหารโครงการ เป็นสมาชิกอาสา ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกิจกรรมของโครงการ มีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการสำหรับผู้เข้ามาบริหาร หรือประสานงาน วิธีนี้นอกจากจะเพิ่มความไว้วางใจให้กับคนในท้องถิ่นแล้วยังช่วยให้ความตระหนักถึงปัญหาของตนเองอีกด้วย อีกทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายใน และได้รับคำแนะนำซึ่งเป็นปัญหาของคนในท้องถิ่น ตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

2.3 การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือ (Enlistment) การขอความร่วมมือไม่จำเป็นต้องมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่พิจารณาจากข้อเท็จจริงที่ว่า ผลเสียที่ตามมาหลังจากนำโครงการเข้ามา และผลที่เกิดขึ้นกับคนในท้องถิ่นที่เข้าร่วมในโครงการ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจซึ่งไม่ควรมองข้ามไป การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แบ่งได้ 3 ชนิด คือ

3.1 ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (Material Benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น เป็นการเพิ่มการบริโภค รายได้ และทรัพย์สิน แต่สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้การสรุปข้อมูลล้นเหลือได้ ซึ่งควรวิเคราะห์ให้ได้ว่าใครคือผู้มีส่วนร่วม และดำเนินการให้เกิดขึ้น

3.2 ผลประโยชน์ด้านสังคม (Social Benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่ บริการหรือความพึงพอใจการสาธารณูปโภค การเพิ่มโครงการพัฒนาท้องถิ่น โดยใช้รูปแบบการผสมผสานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนยากจน จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทั้งในเรื่องปริมาณ การแบ่งผลประโยชน์ และคุณภาพบริการและความพึงพอใจ

3.3 ผลประโยชน์ด้านบุคคล (Personal Benefits) เป็นความปรารถนาที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือได้รับการคัดเลือกเข้ามา เป็นความต้องการอำนาจทางสังคมและการเมือง โดยผ่านความร่วมมือในโครงการ ผลประโยชน์สำคัญที่ได้จากโครงการมี 3 ชนิด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อำนาจทางการเมือง และความรู้สึกว่าตนเองทำงานมีประสิทธิผล การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วย เพราะอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีความแตกต่างกัน จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางนโยบายหลักที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วม หากผลที่ออกมาตรงกันข้ามกับความคาดหวัง จะได้แก้ไขเพื่อหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นส่วนที่มีการเขียนเป็นรายงานไว้น้อย สามารถประเมินโครงการได้ 2 รูปแบบคือ การมีส่วนร่วมทางตรง และการมีส่วนร่วมทางอ้อม การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่จากส่วนกลางมากกว่าคนในท้องถิ่น ซึ่งทำหน้าที่ประเมินผลด้านงบประมาณ ความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อโครงการ ประเมินว่ามีผู้เห็นด้วยกับ

โครงการหรือไม่ ผู้ที่มีส่วนร่วมได้แก่ใครบ้าง มีส่วนร่วมโดยวิธีใด มีการแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อต่าง ๆ หรือผ่านตัวแทนที่เลือกเข้าไปอย่างไร และทำอย่างไร ความคิดเห็นต่าง ๆ จึงจะได้รับการนำไปใช้ประโยชน์ โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

Reeder (1974, p. 39) ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วม ว่าการมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

WHO/ UNICEF (1978) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม คือการที่กลุ่มของประชาชน ก่อให้เกิดการรวมตัวที่สามารถจะกระทำการตัดสินใจใช้ทรัพยากร และมีความรับผิดชอบในกิจกรรมที่กระทำโดยกลุ่ม

Pears and Stiefel (1979, pp. 4-8; United Nation, 1981, p. 5) ได้ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชน ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่กลุ่มประชาชนหรือขบวนการ ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นผู้อยู่นอก ได้เพิ่มความสามารถในการควบคุมทรัพยากร และสถาบันต่าง ๆ ตามสภาวะสังคมที่เป็นอยู่

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า “เป็นการเข้าร่วม กิจกรรมของชาวบ้านตามที่หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนจัดขึ้น และชาวบ้านเป็นผู้เสนอ โดยมีการเข้าร่วมในหลายระดับ เช่น การเข้าร่วมในการฟังเฉย ๆ ฟังและออกความคิดเห็น ตลอดจนร่วมในการวางแผนและมีผู้เข้าร่วมตั้งแต่ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และชาวบ้านทั่วไป”

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมคือการที่ประชาชน หรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนใน การจัดการควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อ

นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2527 ข, หน้า 183) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า เป็นการเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Mental and Emotional Involvement) ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (Group Situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าว เป็นเหตุเร้าใจให้การกระทำ (Contribution) การบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้นกับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย นอกจากความหมายข้างต้นนี้แล้ว นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ ยังได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมไว้อีกนัยหนึ่งในรูป ของสมการว่า

การมีส่วนร่วม = ความร่วมมือร่วมใจ + การประสานงาน + ความรับผิดชอบ

Participation = Cooperation + Coordination + Responsibility

โดยให้ความหมายของความร่วมมือร่วมใจว่า หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่จะมาทำงานร่วมกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

การประสานงาน หมายถึง ห่วงเวลา และลำดับเหตุการณ์ที่มีประสิทธิภาพ ในการกระทำกิจกรรมหรือการทำงาน

ความรับผิดชอบ หมายถึง ความรู้สึกผูกพันในการกระทำงาน และในการทำให้เชื่อถือไว้วางใจ

ซุมศักดิ์ อินทร์รักษ์ (2536) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การให้สมาชิกทุกคนในองค์กร หรือหน่วยงานเดียวกันได้กระทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ทุกคนคาดหวัง และประสบผลสำเร็จ

สุเมธ ทราญแก้ว (2536, หน้า 15-16) กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมโดยทั่วไป หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นการตัดสินใจแต่เพียงอย่างเดียว ยังใช้การตัดสินใจควบคู่ไปกับการปฏิบัติการ (Implementation) ด้วย เช่น ในการจัดองค์กร การกำหนดกิจกรรมพัฒนา เป็นต้น การตัดสินใจยังมีความเกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่องของผลประโยชน์ (Benefits) และการประเมินผล (Evaluation) ในกิจกรรมพัฒนา ด้วยซึ่งจะเห็นว่า การตัดสินใจนั้นเกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติการ แต่ก็เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์และการประเมินผลด้วยเหมือนกัน กล่าวคือ ผลประโยชน์นั้นเป็นผลมาจากการปฏิบัติการ และผลประโยชน์จะมาเป็นตัวกำหนดให้มีการประเมินผล ซึ่งต่างก็ได้รับผลมาจากขั้นตอนการตัดสินใจแล้วทั้งสิ้นนั่นเองนอกจากนี้ยังมีผลสะท้อนกลับ (Feedback) จากการประเมินผลและการปฏิบัติการกลับไปสู่การตัดสินใจอีกด้วย

จากแนวคิดและทัศนะที่ได้กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด สามารถแยกประเด็นสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นจาก เป้าหมายที่ต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ความผูกพัน การเสริมแรง โอกาส ความสามารถ การสนับสนุน ความคาดหวังในสิ่งที่ต้องการ โดยมีพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของเหตุผล
2. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของค่านิยม
3. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของประเพณี
4. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความผูกพัน ความสนใจ

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ซึ่งการรื้อ

ให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ผู้ดำเนินงานจะต้องมีความเข้าใจในวิธีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมี นักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

Koufman (1949, p. 7) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปปัจจัยต่อการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมได้ ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่าง ๆ
2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้
3. การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร

การสาธารณสุขมูลฐาน

หลักการสาธารณสุข

Winslow (1981) ผู้มีชื่อเสียงทางด้านสาธารณสุข ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “การสาธารณสุข” ไว้เมื่อ พ.ศ. 2464 ว่า

“การสาธารณสุขเป็นวิทยาการและศิลปะแห่งการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาว การส่งเสริมอนามัยและประสิทธิภาพของบุคคล โดยความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจของชุมชนในเรื่องต่าง ๆ อัน ได้แก่ การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดต่อ การให้สุศึกษาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดบริการทางการแพทย์ และ พยาบาล เพื่อการวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษาเพื่อมิให้ลุกลามต่อไป รวมทั้งการพัฒนาจิตใจแห่งสังคม เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอต่อการดำรงไว้ซึ่งอนามัยที่ดีของตน”

บุคคลในชุมชนที่มีการสาธารณสุขดี ย่อมมีสุขภาพอนามัยที่ดีตามไปด้วย คำว่า “อนามัย” หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิใช่เพียงสภาวะที่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกกล่าวไว้ว่า “อนามัยเป็นสิทธิของมนุษยชน มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อมั่นทางการเมือง ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการส่งเสริมคุ้มครอง เพื่อให้มีอนามัยในระดับอันสมควร”

โดยสรุปการสาธารณสุขประกอบด้วย

การสุขาภิบาล

การบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อม

การรักษาและการควบคุมโรคติดต่อ

สุขวิทยาส่วนบุคคล

บริการทางการแพทย์และพยาบาล

การพัฒนากลไกแห่งสังคม

ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ประชาชนดำเนินการเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูล ข่าวสาร การให้การศึกษาคู่มือ และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และ ผสมผสาน การพัฒนาการสาธารณสุขกับการพัฒนาด้านการศึกษา การเกษตรและ สหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้

หลักการและเหตุผลของการสาธารณสุขมูลฐาน

หลักการที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานมี 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation = P.P หรือ Community

Participation, Community Involvement = C.I) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นส่วนที่มีความสำคัญ ตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้าน กำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มิได้หมายถึงชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในการพัฒนา หากแต่หมายถึงประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเอง เป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั่นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจน แนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน ทั้งนี้ โดยชุมชนมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธีการ แก้ปัญหาใดประชาชนในชุมชนสามารถแก้ไขได้ วิธีการใดอยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชน ก็ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ บุคคลหรือองค์กรภายนอกเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหา

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology = AT)

เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อน ยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการซึ่งหมายรวมถึงแต่วิธีการค้นหาปัญหา ขบวนการในการแก้ไขปัญหา จนกระทั่งถึงเทคนิคในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง หากการเรียนรู้ไปยังอีกชุมชนหนึ่งในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนด้วยกันเอง อาจเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ หรือโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยวิธีการที่เรียกว่า การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน หรือ TVDV (Technology Cooperation Among Developing Villages) จะทำให้ขบวนการเรียนรู้เหล่านี้เป็นไปโดยกว้างขวาง รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหาของเขาเองที่ประชาชนสามารถปฏิบัติได้

3. มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service = BHS) หรือ Health Infrastructure ระบบบริการของรัฐ และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งนี้โดยมีความมุ่งหมาย ดังนี้ คือ

3.1 ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วไป (Coverage)

3.2 การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization)

3.3 การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System)

เป้าหมายของการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข ก็เพื่อที่จะทำให้ประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง การปรับเปลี่ยนระบบบริการจะต้องมีการดำเนินงานในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับสถานีนามัย ซึ่งอยู่ใกล้ชุมชน โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัด รวมทั้งสถานบริการเฉพาะทางต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรม และได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อมีความจำเป็น

4. การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration = IC)

งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ ทั้งภายในกระทรวงและต่างกระทรวง แนวคิดที่สำคัญของการดำเนินงานในด้านนี้ คือ การประสานเพื่อให้หน่วยงานอื่นทำงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้น ๆ ในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสอดคล้องกับการพัฒนาด้านสุขภาพ ไม่ใช่ขอให้บุคลากรของหน่วยงานอื่นมาร่วมกันปฏิบัติงานภาคสาธารณสุข ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การประสานงานระหว่างสาขาเป็นไปอย่างได้ผล คือ ความสามารถในการวิเคราะห์ว่า การดำเนินงานเรื่องอะไร ของหน่วยงานใดจะมีส่วนในการ

ส่งเสริมการมีสุขภาพดี เช่น การศึกษา การเกษตร การปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม การส่งเสริม
บทบาทขององค์กรชุมชน ฯลฯ

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

จะประกอบด้วยการบริการแบบผสมผสาน 4 ด้านดังต่อไปนี้

1. การป้องกันโรคติดต่อ
2. การส่งเสริมสุขภาพอนามัย
3. การรักษาพยาบาล
4. การฟื้นฟูสภาพ

งานด้านสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบดังนี้

1. งานโภชนาการ
2. งานสุศึกษา
3. การรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ
4. การจัดหาที่จำเป็น
5. การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด
6. การวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก
7. งานควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น
8. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
9. การส่งเสริมสุขภาพฟัน
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต
11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
12. การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยและฟื้นฟูสภาพผู้พิการ
13. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ
14. การคุ้มครองผู้บริโภค

ผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ (ความหมายผู้สูงอายุ, 2546) เป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัย
บั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุขจึง
แตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่ว
โลกซึ่งรัฐบาลไทยและทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายาม และมีการ

รณรงค์อย่างต่อเนื่องให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจ และพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น

ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มบุคคลที่กำลังทวีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ทั้งนี้จากการสาธารณสุขและการแพทย์ที่เจริญขึ้น ช่วยให้คนมีอายุยืนขึ้น นอกจากนั้น จากการคุมกำเนิด และสถานภาพทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้การมีบุตรลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา มีปัญหาจากการเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งมักเกิดในช่วงสูงวัย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากการขาดการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายจากปัญหาสุขภาพ การมีรายได้ลดลง หรือ ไม่มีรายได้ และมีปัญหาสุขภาพจิต เพราะเป็นวัยแห่งการพลัดพรากสูญเสีย ดังนั้น จึงเป็นวัยที่ต้องมีการดูแลเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถดูแลตนเองได้พอสมควรกับวัย มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดปัญหาของผู้สูงอายุเองของครอบครัว และของสังคม

ผู้สูงอายุ หรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological Age) หรือ ทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือ คนชรา โดยพจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชรา และ ให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้น ยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older Person or Elderly Person ผู้สูงอายุ หรืออาจเรียกว่า คนแก่ คนชรา ผู้สูงวัย หรือ ราษฎรอาวุโส (Older Person หรือ Elderly Person หรือ Senior Citizen)

จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธาน ได้กำหนดคำให้เรียกว่า ผู้สูงอายุ แทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+) โดยเป็นนิยาม นับตั้ง แต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่า ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก มีการนิยาม ผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional Markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศ อาจนิยามผู้สูงอายุ ตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูง อายุ อยู่ในช่วง 55-75 ปี

สุรกุล เจนอบรม (2541, หน้า 6-7) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สถิติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง
4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

จากความหมาย ผู้สูงอายุ ที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง

ในประเทศไทย เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เมื่อ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2525 ในสมัย พลเอก เปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้อนุมัติกำหนดให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ทั้งนี้เพราะความสำคัญของวันสงกรานต์สื่อความหมายตรงกับคามสำคัญของผู้สูงอายุ โดยเริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ. 2526 และมีดอกคำควน (Lamdan, White Cheesewood, Devil Tree มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Melodorum Fruticosum Lour และมีชื่อวงศ์ว่า Annonaceae) เป็นดอกไม้สัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ เนื่องจากคำควนเป็นไม้ยืนต้นที่มีอายุยืน ให้ความร่มเย็น ให้ความสดชื่น มีใบเขียวตลอดปี ดอกมีกลิ่นหอม กลีบดอกแข็งไม่ร่วงง่าย และยังใช้เป็นสมุนไพรไทยมีสรรพคุณบำรุงหัวใจ ซึ่งทั้งหมดเปรียบเหมือนกับผู้สูงอายุที่คงคุณธรรมความดีงามไว้เป็นตัวอย่างต่อบุตรหลานตลอดไป (ความหมายผู้สูงอายุ, 2546)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย

เพื่อสิทธิการคุ้มครอง และสวัสดิการ รัฐจึงได้ออกกฎหมาย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 120 ตอนที่ 130 วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 และมีผลบังคับใช้เมื่อ 1 มกราคม 2547 พระราชบัญญัตินี้มีทั้งหมด 24 มาตรา โดยสรุป คือ คุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุน ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทยในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญคือ การแพทย์และการสาธารณสุข การศาสนา ข้อมูลข่าวสาร การประกอบอาชีพ การพัฒนาตนเอง การศึกษา

การอำนวยความสะดวก การปลอดภัย การช่วยเหลือ การยกเว้น การลดหย่อนค่าธรรมเนียม และ
ภาษีอากร เบี้ยเลี้ยงชีพ ที่อยู่อาศัย การสงเคราะห์การจัดงานศพตามประเพณี และอื่น ๆ ตามประกาศ
ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีผู้อำนวยการ
สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อย โอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์เป็นกรรมการและเลขานุการ

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการกำหนดว่า บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2531, หน้า 27; ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนตะวันออก, 2543, หน้า 8) ได้เสนอข้อมูล ขององค์การ อนามัย
โลก โดย อัลเฟรด เจ คาห์น (Professor Dr. Alfred J. Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย มีการแบ่ง
เกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

การเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงวัยในผู้สูงอายุ ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัย
ผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่
ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย ทั้งนี้ วันเพ็ญ วงศ์จันทร์ (2539, หน้า 10) ได้เสนอสภาพ
ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือ
เจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง

1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท มีจำนวนลดลง
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลงมีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามา
แทนที่มากขึ้น

1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของ
เนื้อปอดลดลง

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบางลง เซลล์
สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่
สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลง การไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชาย ต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อย ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบภาระหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบเพราะ สังคมมักจะประเมินว่า ความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุ ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

โรคที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุมีทั้งโรคที่เกิดขึ้นทางร่างกายและจากปัญหาทางจิตใจได้แก่

1. โรคอ้วน
2. โรคเบาหวาน
3. โรคหัวใจขาดเลือด
4. โรคความดันโลหิตสูง
5. โรคไขมันในเลือดสูง
6. โรคข้อเสื่อม
7. โรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด ท้องผูก
8. โรคทางประสาทตา เช่น โรคต้อหิน ต้อกระจก
9. โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์
10. อาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ

ปัญหาด้านสุขภาพ เกิดเนื่องจากเป็นวัยชรา เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงตามธรรมชาติ ทำให้เกิดโรคการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เกิดภาวะสมรรถ ภาพลดลง ไร้แรงงาน หรือ

ไร้สมรรถภาพ (Disability) เช่น โรคกระดูกเสื่อม โรคข้อเสื่อม หรือความจำสติปัญญาเสื่อมถอย สับสนง่าย เกิดการทรงตัวไม่ดี เชื่องช้า ล้มได้ง่าย กระดูกหักง่าย เกิดโรคขาดอาหารได้ง่ายจากการเสื่อมสภาพของเหงือกและฟัน รวมทั้งภูมิคุ้มกันโรคลดลง มีการติดเชื้อได้ง่าย และมักเป็นการติดเชื้อรุนแรง มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งสูงกว่าวัยอื่น ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รวมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล มีการะด้นค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าในวัยอื่น เป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับชาติ (การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ, 2546)

ความต้องการของผู้สูงอายุ

บุคคลเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากสังคม ในสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการดูแลพ่อ-แม่ ญาติ ผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันต้องยอมรับว่าสภาพเศรษฐกิจ และสังคมเปลี่ยนไป ย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนไทย ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตาม สังคมควรตระหนักถึงภาระความรับผิดชอบ ต่อกลุ่มผู้สูงอายุเพราะเป็นวัยที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ

ความต้องการของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้

1. ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์
2. ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
3. ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี
4. ต้องการอาหารการกินที่ถูกต้องลักษณะตามวัย
5. ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
6. ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันทีทั้งที่
7. ต้องการได้รับบริการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
8. ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ
9. ความต้องการบำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
10. ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมจะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีการปรับปรุง และพัฒนาจิตใจของตนเอง ให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ดังนั้น เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสุขุมเยือกเย็น จะมีมากขึ้นด้วย แต่การแสดงออก จะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์ และ

สิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้น ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบคือ การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง

การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ เกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง เหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุ มีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย ต้องการการยอมรับ และเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ

ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อม เฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความสนใจ ของตนเองเท่านั้น

การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเองการมีอายุมากขึ้นคือการเข้าใกล้กาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิตการยอมรับสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุบางคน มุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

ความต้องการทางด้านสังคม-เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น

ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ

ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด

ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมทั้งทางด้านการเงินอยู่รายได้

บริการจากรัฐ

ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและสังคม

ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลงไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออก

โดยตรง)

ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้าน กาย จิตและสังคม

การดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care)

การดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care หรือ Elder Care) ประกอบด้วย การดูแลในด้านสำคัญ คือ (การดูแลผู้สูงอายุ, 2556)

1. ด้านอาหาร
2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย

3. ด้านการถ่ายภาพ
4. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
5. ด้านการติดเชื้อและโรคประจำตัว
6. ด้านสุขภาพจิต
7. ด้านสิ่งแวดล้อม

พญ.สิรินทร จันศิริกาญจน แพทย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้แยกการดูแลผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจและต่อการจำเป็น 11 อ. คือ

1. อาหาร
2. ออกกำลังกาย
3. อนามัย
4. อูจาระ ปัสสาวะ
5. อากาศ
6. แสงอาทิตย์
7. อารมณ์
8. อติเรก
9. อนาคต
10. อบอุ่น และ
11. อุบัติเหตุ

การดูแลผู้สูงอายุด้านอาหาร

ผู้สูงอายุ มีความต้องการอาหารมีประโยชน์ห้าหมู่ กล่าวคือ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ เช่นเดียวกับในคนทุกอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุจะเคลื่อนไหวได้น้อยกว่า ออกกำลังกายได้น้อยกว่า มีโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ต้องจำกัดทั้งประเภทและปริมาณอาหาร สูงกว่าและร่างกายต้องการอาหารเพื่อการเจริญเติบโตน้อยกว่าวัยอื่น ๆ ผู้สูงอายุจึงอ้วนได้ง่ายกว่า ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องจำกัดอาหารหลักที่ให้พลังงานมากกว่าคนอายุนั้น นั่นคือ การจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตและอาหารไขมันแต่บริโภคโปรตีนในปริมาณเท่ากับในผู้ใหญ่ทั่วไป และควรต้องเพิ่มปริมาณ ผัก ผลไม้ให้มากขึ้น ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านการย่อยอาหารเพราะมีการเสื่อมถอยของเซลล์ทุก ๆ เซลล์ มีปัญหาของฟันและเหงือก ส่งผลต่อการเคี้ยวอาหาร น้ำลายลดลง ส่งผลทั้งต่อการเคี้ยวและการย่อย ประสิทธิภาพของน้ำย่อย ปริมาณน้ำย่อย และการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ถดถอย เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย และท้องผูกได้ง่าย ดังนั้น

ผู้สูงอายุจึงควรต้องบริโภคอาหารอ่อน ย่อยง่าย อาหารรสไม่จัด หลีกเลี่ยงผลไม้ดิบ หรือ ผักสดชนิด ย่อยยาก และหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอดน้ำมัน

โปรตีนควรต้องเป็นชนิดย่อยง่ายเช่นกัน เช่น จากปลา และไข่ ถ้าจะบริโภคเนื้อ ควรต้องปรุงให้เปื่อยยุ่ย เป็นต้น ในส่วนของไข่ แพทย์ทุกคนเห็นตรงกันว่า กินไข่ขาวได้สูงถึงวันละ 3 ฟอง ถ้ากินโปรตีนชนิดอื่นไม่ได้

คาร์โบไฮเดรต ควรเป็นแป้งจากธัญพืชเต็มเมล็ด หรือ ข้าวกล้อง เพื่อเพิ่มวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร เลือกที่มีน้ำตาลน้อยที่สุด จำกัดอาหารมีน้ำตาลให้เหลือน้อยที่สุด

จำกัดไขมันทุกประเภทให้เหลือน้อยที่สุด เพราะเป็นอาหารที่มีประโยชน์น้อยที่สุด สำหรับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ให้โทษมากกว่า โดยเฉพาะโรคของหลอดเลือด

เพิ่มผัก ผลไม้ให้มาก ๆ อย่างน้อยวันละ 5 มื้อ เพื่อได้วิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร ช่วยลดการท้องผูก และไม่ทำให้อ้วน เนื่องจากเป็นอาหารกลุ่มไม่มีพลังงาน ยกเว้น ผลไม้ที่มีรสหวานทุกชนิด ควรจำกัดเช่นเดียวกับการจำกัดอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต

ดื่มน้ำให้ได้มาก ๆ จะช่วยให้ร่างกายสดชื่น ลดอาการท้องผูก ลดโอกาสเกิดกระเพาะ ปัสสาวะอักเสบ ลดอาการปากคอแห้ง และช่วยละลายเสมหะ ดื่มอย่างน้อย วันละ 6-8 แก้ว เมื่อไม่มีโรคต้องจำกัดน้ำดื่ม เช่น โรคหัวใจล้มเหลว

วิตามินเกลือแร่ เสริมอาหารทุกชนิด ควรปรึกษาแพทย์ก่อนซื้อบริโภคเองเสมอ เพราะ ดับและได้ผู้สูงอายุ จะทำงานได้น้อยลง โอกาสเกิดโทษจากผลข้างเคียงของวิตามิน เกลือแร่เสริมอาหารจึงสูงขึ้น จากการเพิ่มปริมาณสะสมในร่างกาย

ควรต้องเลิกบุหรี่ เพราะมีสารพิษต่าง ๆ มากมาย ก่อให้เกิดโรคของหลอดเลือด โรคหัวใจ โรคของทางเดินหายใจ โรคนอนหลับแล้วหยุดหายใจ โรคกรดไหลย้อน และเป็นสารก่อมะเร็ง ที่สำคัญ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งในอวัยวะส่วนศีรษะและลำคอ และโรคมะเร็งเต้านม

ควรต้องจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะจะมีผลต่อดับเพิ่มขึ้น จากการที่ดื่มน้ำทำงานได้น้อยลงตามอายุ และยังเป็นสาเหตุของโรคนอนหลับแล้วหยุดหายใจ และโรคกรดไหลย้อน

ควรต้องจำกัดเครื่องดื่มมีกาเฟอีนให้เหลือน้อยที่สุด เช่น ชา กาแฟ โคล่า เพราะมักทำให้นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ใจเต้น และเพิ่มการขับน้ำออกทางปัสสาวะ จึงอาจส่งผลให้เกิดอาการวิงเวียน และ/ หรือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยเฉพาะเมื่อลุกขึ้นยืนได้

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุ ควรได้อาหารหลากหลายชนิด ไม่ควรกินซ้ำ ๆ ชนิดเดียวกัน ต่อเนื่อง เพราะจะเกิดการสะสมสารไม่พึงประสงค์ หรือ ภาวะขาดอาหารได้ง่าย

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในด้านอาหาร คือ ต้องให้ผู้สูงอายุได้อาหารมีประโยชน์ห้าหมู่ ครบถ้วน ในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานของผู้สูงอายุ เพื่อไม่ให้เกิดโรคน้ำหนักเกิน และ โรคอ้วน ไม่ให้เกิดการขาดอาหาร และได้สารอาหาร น้ำดื่ม และใยอาหารอย่างพอเพียง

การดูแลผู้สูงอายุด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย

ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical Activity) ทุกส่วน อยู่เสมอ เช่น การเดิน การบริหารกล้ามเนื้อและข้อที่สำคัญ เช่น ข้อเข่า ข้อไหล่ และข้อนิ้วต่าง ๆ เพราะ ข้อต่าง ๆ จะติดขัดได้ง่าย จากการเสื่อมถอยของเนื้อเยื่อข้อ กระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น การช่วยงาน บ้านที่เหมาะสมกับสุขภาพ เช่น กว้างขวาง รดน้ำต้นไม้ ช่วยดูแลหลานที่โตแล้ว แต่การดูแลเด็กอ่อนและเด็กเล็ก ควรต้องมีผู้ช่วยผู้สูงอายุด้วย ควรจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวสม่ำเสมอ นั่งแช่คูทิว หรือ นอนอยู่แต่บนเตียง การช่วยกันจัดให้มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อ กิจกรรมต่าง ๆ จะเป็นสิ่งที่ช่วยผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ส่วนการออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึง การจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวที่เพิ่มการใช้พลังงาน นอกเหนือจากการเคลื่อนไหวร่างกายในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่ง ควรต้องปรึกษาแพทย์ ก่อนเสมอเพื่อแนะนำวิธีการในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสุขภาพของ สูงอายุ แต่ละคน โดยทั่วไป การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ การเดิน ซึ่งเมื่อไม่มี ปัญหาด้านสุขภาพ แพทย์มักแนะนำการเดินวันละประมาณ 20-30 นาที ทุก ๆ วัน ซึ่งในการเดิน ควรต้องหาสถานที่ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ โดยเฉพาะการล้ม การใส่ เครื่องช่วยพยุงต่าง ๆ เช่น พยุงข้อเท้า และพยุงข้อเข่า รวมทั้งต้องเลือกรองเท้าที่เหมาะสมต่อการเดิน ป้องกันอุบัติเหตุต่อการล้ม และต่อข้อต่าง ๆ ซึ่งทางที่ดี ควรปรึกษาแพทย์และนัก กายภาพบำบัดก่อน

การดูแลผู้สูงอายุด้านขับถ่าย

ผู้สูงอายุ มีปัญหาในการขับถ่ายเสมอ ทั้งการปัสสาวะ และการอุจจาระ จากการเสื่อมถอย ของเซลล์ต่าง ๆ รวมทั้งของกล้ามเนื้อหูรูดต่าง ๆ

การถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย มักมีปัญหาจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และ การปัสสาวะบ่อย ซึ่งผู้หญิงจะพบบ่อยกว่าผู้ชายรวมทั้งอาการรุนแรงกว่า เพราะขาดฮอร์โมนเพศ จากการหมดประจำเดือนถาวร

ดังนั้น ในการดูแลผู้สูงอายุ จึงต้องใส่ใจในเรื่องนี้ จัดห้องพักอาศัยให้ใกล้ห้องน้ำ เครื่องนุ่งห่มควรต้องใส่ ถอดได้ง่าย สอนให้ผู้สูงอายุรู้จักใช้ผ้าอ้อมอนามัย แต่ควรให้ผู้สูงอายุเลือก และทดลองใช้แบบต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น แบบเป็นแถบคล้ายใส่ผ้าอนามัย หรือ แบบคล้ายกางเกง

รวมทั้งในด้านความหนา และกลิ่นของผ้าอ้อมอนามัย รวมทั้งในการเดินทาง การท่องเที่ยว และกิจกรรมต่าง ๆ ควรต้องดูแลในเรื่องห้องน้ำให้สะดวกสำหรับผู้สูงอายุเสมอ

นอกจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แล้ว ผู้สูงอายุหลายท่าน ยังไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะอุจจาระเล็ด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ผู้สูงอายุไม่อยากเข้าสังคม ดังนั้น จึงต้องระมัดระวังในเรื่องอาหารเสาท้องที่ทำให้ท้องเสียได้ง่าย นอกจากนั้นก่อนพาผู้สูงอายุไปไหน ควรให้เวลาได้เข้าห้องน้ำถ่ายอุจจาระก่อน และ ควรต้องฝึกผู้สูงอายุให้ถ่ายเป็นเวลา และมีชุดชั้นในสำรองสำหรับผู้สูงอายุเสมอ

ผู้สูงอายุ มักมีปัญหาจากอาการท้องผูกเสมอ จากกระเพาะอาหารและลำไส้ลดการบีบตัวตามอายุ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง การไม่ได้ออกกำลังกาย การกินผัก ผลไม้ น้อย ไม่ชอบดื่มน้ำ และอาจจากผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่รักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ เช่น ยาลดความดันโลหิตบางชนิด ดังนั้น ผู้สูงอายุเอง และผู้ดูแล จึงควรช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายเสมอ กินผักผลไม้ มาก ๆ (อาจใช้การหั่นเป็นชิ้นเล็ก หรือ เลือกชนิดที่เคี้ยวง่าย หรือใช้เครื่องปั่นช่วย) และดื่มน้ำมาก ๆ (ตั้งขวดน้ำไว้ให้เห็น และแนะนำให้ดื่มให้หมด)

ผู้ดูแล และครอบครัวควรต้องเข้าใจว่า ปัญหาการขับถ่ายเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่ควรรำคาญ หรือ แสดงความรังเกียจ ควรต้องช่วยผู้สูงอายุแก้ปัญหา ควรปรึกษาแพทย์/ พยาบาล เพราะมีวิธีการทางกายภาพบำบัดที่จะช่วยฝึกกล้ามเนื้อในการขับถ่ายให้แข็งแรงขึ้น และยังมียาช่วยกระตุ้นประสาทควบคุมการขับถ่ายเพื่อช่วยให้กลั้นปัสสาวะ/ อุจจาระได้ดีขึ้น

นอกจากนั้น ผู้สูงอายุเองควรต้องให้ความร่วมมือดูแลตนเองตามแพทย์/ พยาบาลแนะนำอย่าขาดกำลังใจ เช่น การทำงานต่าง ๆ ให้อยู่ใกล้ห้องน้ำไว้ ไม่กลั้นปัสสาวะ/ อุจจาระ ระวังเรื่องอาหาร ศึกษาเส้นทางเดินทาง การท่องเที่ยวก่อนเสมอเมื่อต้องเดินทาง เพื่อจัดการปัญหาเรื่องห้องน้ำ และแจ้งครอบครัวถึงความจำเป็นในการเข้าห้องน้ำเสมอ

อีกประการ คือ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลต้องใส่ใจ บริเวณอวัยวะเพศ และบริเวณก้น เมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะ/ อุจจาระไม่อยู่ เพราะบริเวณนี้ซึ่งอักเสบอยู่แล้ว จะอักเสบ ติดเชื้อ ทั้งเชื้อแบคทีเรีย รวมทั้งเชื้อราได้ง่าย หรือ เกิดเป็นผื่นคันได้ง่ายเช่นกัน ซึ่งการรักษาจะยุ่งยากกว่า การป้องกันดูแลมากกว่าการดูแลที่สำคัญ คือ การทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการปัสสาวะ/ อุจจาระทั้งในภาวะปกติ และในภาวะกลั้นไม่อยู่ โดย

1. ล้างบริเวณนี้ด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาด (ควรเตรียมไว้ล่วงหน้าเสมอในการเดินทาง)
2. เมื่ออาบน้ำ ควรใช้สบู่อ่อนโยน (สบู่เด็กอ่อน) ทำความสะอาดบริเวณนี้เสมอ อย่าใช้สบู่ หรือน้ำยารุนแรง

3. สวมใส่ชุดชั้นใน กางเกง หรือ กระโปรง ชนิดผ้าที่ถ่ายเทอากาศได้ดี เช่น ผ้าฝ้าย 100%

4. เปลี่ยนผ้าอ้อมอนามัยบ่อย ๆ

5. เมื่อเกิดผื่น หรือ แผล ควรเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เบตาดีน และ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 2-3 วันควรรีบพบแพทย์ ก่อนผื่น หรือ แผลลุกลาม

อนึ่ง การดูแลผิวหนังบริเวณนี้ ในผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่กับที่ หรือ เคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์/ พยาบาลเฉพาะกรณีไป ซึ่งผู้ดูแลควรปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

ผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้สูง ที่พบบ่อย คือ การล้ม และจากการใช้ เครื่องใช้ต่าง ๆ จากการล้ม เพราะปัญหาของการเสื่อมถอยของ สมอ (การเวียน ความ สามารถ ในการทรงตัว) กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ การมองเห็น และการได้ยินลดลง ทำให้ผู้สูงอายุล้มได้ง่าย ดังนั้น จึงต้องจัดบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ ที่จะลื่น หรือ สะดุดล้ม เช่น ไม่ควรให้นอนกับพื้น เดียงนอนควรเตี้ยในระดับที่ลุกนั่งแล้วเท้าขึ้นพื้นได้พอดี มีที่ยึดเหนี่ยว จัดให้ห้องพักอยู่ใกล้ห้องน้ำ ไม่มีสิ่งของที่เป็นอันตรายในห้องพัก ระวังระวังเรื่องการไ้พรมปูพื้น พื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่น (การมีราวจับ จะช่วยการทรงตัวได้ดีขึ้น) ทางเดินต้องสะดวก ไม่วางของเกะกะ รวมทั้งบนพื้น หลีก เลี่ยงการใช้บันได และแสงสว่างตามทางเดินต่าง ๆ ทุกที่ ต้องเพียงพอ ให้สามารถมองเห็นได้ ชัดเจน การเลือกรองเท้าที่กระชับ มีสายรัด หัวท้ายปิด นุ่มสบาย สันเตี้ย สะดวกต่อการสวมใส่ และ การถอด (ไม่ควรเลือกชนิดมีสายผูกร้อย ควรเป็นแถบยาว) และ การใช้ไม้เท้าช่วยในการเดินก็เป็น อีกสิ่งสำคัญช่วยลดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรต้องพูดคุย แนะนำ กับผู้สูงอายุ ถึงวิธีใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งต้องง่าย และปลอดภัย หรือ ห้ามใช้อะไรบ้าง เช่น ห้ามใช้เตาแก๊ส ห้ามจุดธูป/ เทียนไหว้พระ และในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อไม่มีคนอยู่บ้าน เป็นต้น

การดูแลผู้สูงอายุด้านการติดเชื้อและโรคประจำตัว

โดยธรรมชาติของการเสื่อมถอยของเซลล์ในทุก ๆ ระบบรวมทั้งระบบสร้างภูมิคุ้มกัน ด้านทานโรค ผู้สูงอายุ จึงมีภูมิคุ้มกันด้านทานโรคต่ำกว่าคนทั่วไปเสมอ ส่งผลให้ติดเชื้อได้ง่าย และ มักเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง บ่อยครั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ดังนั้น ตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล และครอบครัวต้องใส่ใจ และร่วมกันรักษาสุขอนามัยพื้นฐาน (สุขบัญญัติแห่งชาติ) อย่างเคร่งครัด เพื่อลดโอกาสเกิดการติดเชื้อของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการใช้พลังงานในร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ตัวผู้สูงอายุและครอบครัวควรมีการตรวจสุขภาพ ให้กับผู้สูงอายุสม่ำเสมอ ความถี่ในการตรวจจะขึ้นกับผลตรวจและดุลพินิจของแพทย์ อีกประการ

สำคัญ คือ ควรให้ผู้สูงอายุได้รับการฉีดวัคซีน ตามกระทรวงสาธารณสุข และ/ หรือ แพทย์/ พยาบาลแนะนำเสมอ เช่น วัคซีนโรคไข้วัดใหญ่ และวัคซีนโรคไวรัสตับอักเสบบี

เมื่อพบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ควรต้องใส่ใจดูแลรักษา ปฏิบัติตามแพทย์/ พยาบาลแนะนำเสมอ เคร่งครัดกว่าผู้ใหญ่ทั่วไป เพราะผู้สูงอายุจะเกิดผลข้างเคียงต่าง ๆ ได้ง่าย และไม่ควรให้ขาดยา รวมทั้งการพบแพทย์ควรต้องสม่ำเสมอตามแพทย์นัด

เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีไข้ หรือ ท้องเสีย ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 วัน ต้องนำผู้สูงอายุพบแพทย์ เพื่อการรักษาได้ทันทั่วถึง แต่ถ้ามีอาการมาก ควรพบแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง หรือ เป็นการฉุกเฉิน

การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเสมอ สถิติในปี พ.ศ. 2547 ในสหรัฐอเมริกา พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย สูงถึง 16% ของการฆ่าตัวตายทั้งหมดจากทุกสาเหตุ คิดโดยเฉลี่ย คือ 14.3 คน ต่อ ผู้สูงอายุ 100,000 คน ซึ่งในกลุ่มคนทั่วไป อัตราการฆ่าตัวตาย คือ 11 คน ต่อ ประชากร 100,000 คน ทั้งนี้เกิดจากเหตุผลดังได้กล่าวแล้วว่า เป็นวัยแห่งการสูญเสีย และสิ้นพลัง จึงมักมีอาการซึมเศร้า กลัว เหงา ขาดความรัก ไม่เป็นที่ต้องการ และขาดความมีศักดิ์ศรี ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุ จึงต้องให้ความรัก ความนับถือเหมือนเมื่อครั้งผู้สูงอายุยังอยู่ในวัยทำงาน ให้ความสนใจ มีเวลาให้บ้าง ส่งมอบบารมีให้ลูกหลานยังคงเคารพนับถือ ไม่แสดงให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นภาระ หมกมุ่นค่า เป็นที่ไม่ต้องการ หาทางช่วยเหลือเสริมสร้างศรัทธาในตนเองให้กับผู้สูงอายุ เช่น การได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุด้วยกัน การได้มีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว โดยให้เหมาะสมกับสุขภาพผู้สูงอายุ การยังเป็นที่ยอมรับนับถือของคนในครอบครัวที่อาวุโสน้อยกว่า

ผู้สูงอายุ ควรมีโอกาสได้เข้าสังคมที่เหมาะสม การที่ต้องอยู่แต่ในบ้านขาดเพื่อนในวัยเดียวกัน หรือ ขาดคนพูดคุยผ่อนคลายความเหงา ยังเป็นการบั่นทอนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผู้ดูแล และครอบครัว ควรคอยสังเกตอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุเสมอ เมื่อมีอาการมาก หรือ ครอบครัวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ควรรีบปรึกษาแพทย์

การดูแลผู้สูงอายุด้านสังคม

สังคมผู้สูงอายุเป็นแนวโน้มที่เกิดคล้ายคลึงกันทั่วโลก ประเทศไทยต้องเร่งเตรียมพร้อมตั้งแต่วันนี้ในการวางแผนและมาตรการรองรับการก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ให้เพียงพอและเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ทั้งด้านบริการสาธารณสุข การบริการสาธารณะ ทั้งทางเดินลิฟท์ การขึ้นรถสาธารณะ สวนสาธารณะ ห้องน้ำสาธารณะ ฯลฯ รวมถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินสำหรับผู้สูงอายุ สวัสดิการและการสังคมสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนที่

จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นในอนาคต การวางแผนรองรับสังคมสูงอายุจึง มีความจำเป็น โดยเฉพาะในเรื่องสวัสดิการที่ต้องทำอย่างเพียงพอและทั่วถึง เนื่องจากในอนาคตจะมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรืออยู่คนเดียว นอกจากนี้การจัดการศึกษาและ การเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุมีความจำเป็นเช่นกันเพราะผู้สูงอายุเป็นบุคลากรที่สังคมประสพการณ์ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อสังคม อีกทั้ง การเรียนรู้ยังช่วยลดความซึมเศร้าและโรคทางสมองอีกด้วย

การดูแลผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยเพิ่มสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูง อายุ เช่น การจัดบ้านให้สะอาด ช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้เห็นแสงแดด หรือ ห้องพักที่แสงแดดส่องถึง เพราะนอกจากช่วยฆ่าเชื้อโรคแล้ว แสงแดดจะมีผลต่อจิตใจ ให้ความรู้สึกที่สดชื่น และเกิดพลัง ช่วยลดการซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้จัดทำขึ้นในช่วงเวลาที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบอย่างรุนแรงกว่าช่วงที่ผ่านมา ในระยะแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 8-10 สังคมไทยได้เผชิญเหตุหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัวชุมชน สังคม จนถึงระดับประเทศ ซึ่งได้มีส่วนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยให้สังคมไทยสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมั่นคงท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ในระยะแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 11 ทุกภาคส่วนในสังคมไทยเห็นพ้องร่วมกันน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งให้เกิดภูมิคุ้มกันและมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสม เพื่อให้การพัฒนาประเทศสู่ความสมดุลและยั่งยืน

ในการจัดทำแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 11 ครั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วนทั้งในระดับชุมชน ระดับภาค และระดับประเทศในทุกขั้นตอนของแผนฯ อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง เพื่อร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์และทิศทางการพัฒนาประเทศ รวมทั้งร่วมจัดทำรายละเอียดยุทธศาสตร์ของแผนฯ เพื่อมุ่งสู่สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง

การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 11 จึงเป็นการนำภูมิคุ้มกันที่มีอยู่ พร้อมทั้งเร่งสร้างภูมิคุ้มกันในประเทศให้เข้มแข็งขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมคน สังคม และระบบ

เศรษฐกิจของประเทศให้สามารถปรับตัวรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนและสังคมไทยให้มีคุณภาพ มีโอกาสเข้าถึงทรัพยากร และได้รับประโยชน์จากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างเป็นธรรม รวมทั้งสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจ ด้วยฐานความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรม และความคิดสร้างสรรค์ บนพื้นฐานการผลิตและการบริโภค ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ขณะเดียวกัน ยังจำเป็นต้องบริหารจัดการแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 11 ให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้หลักการพัฒนาพื้นที่การกิจ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมไทย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเพื่อประโยชน์สุขที่ยั่งยืนของสังคมไทยตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559, 2544)

หลักการสำคัญของแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 11 จึงมีดังนี้

1. พัฒนาคตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และขับเคลื่อนให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในทุกระดับ
2. ชีดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชน
3. พัฒนาประเทศสู่ความสมดุลในทุกมิติ อย่างบูรณาการ และเป็นองค์รวม
4. ยึดวิสัยทัศน์ปี พ.ศ. 2570 เป็นเป้าหมาย ซึ่งจะส่งผลให้บรรลุการพัฒนาที่อยู่บนรากฐานของสังคมไทย อยู่บนกรอบแนวคิดของการพัฒนาบนหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงประเทศมีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นเสาหลักของความเป็นปึกแผ่นของคนในชาติ ครอบครัวมีความสุขเป็นพื้นฐานที่สร้างคนเป็นคนดี ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีบทบาทในการพัฒนาระบบเศรษฐกิจมีเสถียรภาพและความสามารถในการแข่งขัน มีการบริการสาธารณะที่มีคุณภาพ มีกฎระเบียบและกฎหมายที่บังคับใช้อย่างเป็นธรรม และประเทศไทยมีความเชื่อมโยงกับประเทศภูมิภาคและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

จาก สรุปสาระสำคัญ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) หน้า 10

ข้อ 4. วิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 11

แผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 11 เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ชี้นำทิศทางการพัฒนาประเทศระยะกลาง เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ระยะยาว ที่ทุกภาคส่วนในสังคมไทยได้เห็นพ้องร่วมกันกำหนดเป็นวิสัยทัศน์ปี พ.ศ. 2570 ซึ่งกำหนดไว้ว่า “คนไทยภาคภูมิใจในความเป็นไทย มีมิตรไมตรีบนวิถีชีวิตแห่งความพอเพียง ยึดมั่นในวัฒนธรรมประชาธิปไตย และหลักธรรมาภิบาล การบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานที่ทั่วถึง มีคุณภาพ สังคมมีความปลอดภัยและมั่นคง อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดี เกื้อกูล

และเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ระบบการผลิตเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีความมั่นคงด้านอาหารและพลังงาน อยู่บนฐานทางเศรษฐกิจที่พึ่งตนเองและแข่งขันได้ในเวทีโลก สามารถอยู่ในประชาคมภูมิภาคและโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี”

4.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจ

การพัฒนาประเทศในระยะ 5 ปีของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์และเป้าหมาย ยุทธศาสตร์และแนวทางการพัฒนาที่มีลำดับความสำคัญสูง ดังนี้

4.1.1 วิสัยทัศน์

“สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง”

4.1.2 พันธกิจ

4.1.2.1 สร้างสังคมเป็นธรรมและเป็นสังคมที่มีคุณภาพ ทุกคนมีความมั่นคงในชีวิต ได้รับการคุ้มครองทางสังคมที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรและกระบวนการยุติธรรมอย่างเสมอภาค ทุกภาคส่วนได้รับการเสริมพลังให้สามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ภายใต้ระบบบริหารจัดการภาครัฐที่โปร่งใส เป็นธรรม

4.1.2.2 พัฒนาคุณภาพคนไทยให้มีคุณธรรม เรียนรู้ตลอดชีวิต มีทักษะและการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงวัย สถาบันทางสังคมและชุมชนท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง สามารถปรับตัวรู้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลง

4.1.2.3 พัฒนาระบบการผลิตและบริการให้เข้มแข็งและมีคุณภาพบนฐานความรู้ ความคิดสร้างสรรค์ และภูมิปัญญา สร้างความมั่นคงด้านอาหารและพลังงาน ปรับโครงสร้างการผลิตและการบริโภคให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม พร้อมสร้างความเชื่อมโยงกับประเทศในภูมิภาคเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม

4.1.2.4 สร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติทางธรรมชาติ

4.2 วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

4.2.1 วัตถุประสงค์

4.2.1.1 เพื่อเสริมสร้างสังคมที่เป็นธรรมและเป็นสังคมสันติสุข

4.2.1.2 เพื่อพัฒนาคนไทยทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางกาย ใจ สติปัญญา อารมณ์ คุณธรรม จริยธรรม และสถาบันทางสังคมมีบทบาทหลักในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ

4.2.1.3 เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจให้เติบโตอย่างมีเสถียรภาพ คุณภาพ และยั่งยืน มีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายการผลิตสินค้าและบริการบนฐานปัญญา นวัตกรรม และความคิด สร้างสรรค์ในภูมิภาคอาเซียน มีความมั่นคงทางอาหารและพลังงาน การผลิตและการบริโภคเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม นำไปสู่การเป็นสังคมคาร์บอนต่ำ

4.2.1.4 เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้เพียงพอต่อการรักษาสมดุลของ ระบบนิเวศ และเป็นฐานที่มั่นคงของการพัฒนาประเทศ

4.2.2 เป้าหมายหลัก

4.2.2.1 ความอยู่เย็นเป็นสุขและความสงบสุขของสังคมไทยเพิ่มขึ้น ความเหลื่อมล้ำในสังคมลดลง สัดส่วนผู้อยู่ใต้เส้นความยากจนลดลง และดัชนีภาพลักษณ์การคอร์รัปชันไม่ต่ำกว่า 5.0 คะแนน

4.2.2.2 คนไทยมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีสุขภาวะดีขึ้น มีคุณธรรม จริยธรรม และสถาบันทางสังคมมีความเข้มแข็งมากขึ้น

4.2.2.3 เศรษฐกิจเติบโตในอัตราที่เหมาะสมตามศักยภาพของประเทศ ให้มีความสำคัญกับการเพิ่มผลิตภาพรวมไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 3.0 ต่อปี เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์ของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ให้มีไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 40.0

4.2.2.4 คุณภาพสิ่งแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มประสิทธิภาพการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก รวมทั้งเพิ่มพื้นที่ป่าไม้เพื่อรักษาสมดุลของระบบนิเวศ

4.2.3 ตัวชี้วัด

4.2.3.1 ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุข ดัชนีความสงบสุข สัดส่วนรายได้ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีรายได้สูงสุดร้อยละ 10.0 กับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำร้อยละ 10.0 สัดส่วนผู้อยู่ใต้เส้นความยากจน สัดส่วนแรงงานนอกระบบที่สามารถเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคม และดัชนีภาพลักษณ์การคอร์รัปชัน

4.2.3.2 จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของคนไทย ผู้เรียนทุกระดับการศึกษามีคุณธรรม จริยธรรม สัดส่วนประชากรที่เข้าถึงโครงข่ายคมนาคมและอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง จำนวนบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนา อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และดัชนีความอบอุ่นของครอบครัว

4.2.3.3 อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ อัตราเงินเฟ้อ ผลกระทบการผลิตรวม อันดับความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศ สัดส่วนมูลค่าผลิตภัณฑ์ของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

4.2.3.4 คุณภาพน้ำและอากาศ ร้อยละของพื้นที่ป่าไม้ต่อพื้นที่ประเทศ และสัดส่วนการปล่อย ก๊าซเรือนกระจกต่อหัวเปรียบเทียบกับลำดับขั้นการพัฒนาที่แสดงโดยผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัว

ในการศึกษาวิจัยนี้ขอนำเสนอสาระสำคัญ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) บทที่ 4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

ข้อที่ 5 แนวทางการพัฒนา

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มในอนาคต สะท้อนให้เห็นความเสี่ยงที่อาจเกิดทั้งการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง สถาบันทางสังคม และปัจเจกบุคคล จำเป็นต้องเตรียมคนให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับโลกและภูมิภาค โดยเฉพาะในประชาคมอาเซียน ดังนั้นช่วงแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 11 จึงมุ่งเน้นการพัฒนาคนทุกช่วงวัยให้เข้าสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน ให้ความสำคัญกับการนำหลักคิดหลักปฏิบัติตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเสริมสร้างศักยภาพของคนในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีสติปัญญาที่รอบรู้ และมีจิตใจที่สำนึกในศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรม และความเพียร มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมในสังคม และหนุนเสริมสถาบันทางสังคมให้แข็งแกร่งและเอื้อต่อการพัฒนาคน

5.1 การปรับโครงสร้างและการกระจายตัวประชากรให้เหมาะสม ส่งเสริมให้คนไทยมีบุตรที่มีคุณภาพและมีการกระจายตัวประชากรที่สอดคล้องกับศักยภาพและโอกาสของพื้นที่

5.1.1 ส่งเสริมคู่สมรสที่มีความพร้อมให้มีบุตรเพิ่มขึ้นและรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ต่ำกว่าระดับที่เป็นอยู่ปัจจุบัน โดย

5.1.1.1 ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมในทุกช่วงวัยอย่างทั่วถึงได้มาตรฐานและมีคุณภาพ รวมทั้งกำหนดมาตรการที่เอื้อต่อการมีบุตรเพิ่มขึ้นอย่างมีคุณภาพทั้งในด้านภาษีและสวัสดิการในการเลี้ยงดูบุตร

5.1.1.2 ส่งเสริมให้มีระบบการจัดการความรู้ในเรื่องครอบครัวศึกษา อาหารศึกษา พฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมปลอดภัย รวมถึงการเตรียมความพร้อมพ่อแม่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด

5.1.2 สนับสนุนการกระจายตัวและส่งเสริมการตั้งถิ่นฐานของประชากรให้เหมาะสมสอดคล้องกับศักยภาพ โอกาส และทรัพยากรธรรมชาติของพื้นที่ โดย

5.1.2.1 เพิ่มโอกาสการจ้างงานและการมีงานทำในภูมิภาค เพื่อลดการย้ายถิ่นออกและจูงใจให้มีการย้ายถิ่นกลับภูมิลำเนาเดิม

5.1.2.2 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน บริการทางด้านเศรษฐกิจและสังคมให้เพียงพอและมีคุณภาพมาตรฐานเท่าเทียมกันระหว่างเขตเมืองและชนบท เพื่อดึงดูดให้ประชาชนอยู่ในพื้นที่

5.2 การพัฒนาคุณภาพคนไทยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง มีการเรียนรู้สู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการส่งสมทบทางปัญญา เชื่อมโยงการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาสู่การเสริมสร้างขีดความสามารถในการประกอบสัมมาอาชีพ และการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย

5.2.1 พัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านสติปัญญา อารมณ์ คุณธรรมและจริยธรรม โดย

5.2.1.1 เตรียมความพร้อมของพ่อแม่และผู้ดูแลในการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสมกับพัฒนาการทางสมอง สติปัญญา ร่างกาย และจิตใจ ผลักดันให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุขด้วยการกระตุ้นให้คิดและลงมือทำด้วยตนเอง เชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้เข้ากับชีวิตจริง และปฏิบัติตนเป็นต้นแบบที่ดีด้านคุณธรรม และจริยธรรม

5.2.1.2 ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพศูนย์เด็กเล็กทั้งในชุมชน สถานประกอบการ และหน่วยงานภาครัฐให้มีมาตรฐานสอดคล้องกับภูมิสังคม โดยให้ความสำคัญกับคุณภาพของผู้ดูแลเด็ก และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพัฒนาการของเด็ก เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนสามวัย

5.2.2 พัฒนาเด็กวัยเรียนให้มีความรู้ทางวิชาการ และสติปัญญาทางอารมณ์ที่เข้มแข็งสามารถศึกษาหาความรู้และต่อยอดองค์ความรู้ได้ด้วยตนเอง โดย

5.2.2.1 พัฒนาหลักสูตรและปรับกระบวนการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการพัฒนาผู้เรียนอย่างรอบด้านที่เชื่อมโยงกับภูมิสังคม โดยบูรณาการเรียนรู้อันหลากหลายทั้งด้านวิชาการ ทักษะชีวิต และนันทนาการที่ครอบคลุมทั้งศิลปะ ดนตรี กีฬา วัฒนธรรม ศาสนา ประชาธิปไตย ความเป็นไทย และเรื่องอาเซียนศึกษา ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ในห้องเรียนและการเรียนรู้นอกห้องเรียน และสร้างนิสัยใฝ่รู้ มีทักษะในการคิด วิเคราะห์แก้ปัญหาเฉพาะหน้าและรับฟังความเห็นของผู้อื่น และการต่อยอดสู่ความคิดสร้างสรรค์ ตลอดทั้งการจัดกิจกรรมอาสาสมัครเพื่อสาธารณะประโยชน์ โดยเฉพาะกิจกรรมลูกเสือ เนตรนารีและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

5.2.2.2 ค้นหาเด็กที่มีอัจฉริยภาพและผู้มีความสามารถพิเศษด้านต่าง ๆ อาทิ วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ศิลปกรรม หัตถกรรม การกีฬา ดนตรี เป็นต้น ให้ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพให้มีความเป็นเลิศ สามารถแสดงศักยภาพในเชิงสร้างสรรค์ได้อย่าง เต็มที่และต่อเนื่อง

5.2.2.3 ส่งเสริมการใช้และการอนุรักษ์ภาษาท้องถิ่น การใช้ภาษาไทยอย่าง ถูกต้อง ควบคู่กับการเรียนรู้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาต่างประเทศหลัก รวมทั้งการเรียนรู้ภาษาสากล อื่นที่เหมาะสม และภาษาประเทศเพื่อนบ้าน ตลอดจนการเรียนรู้วัฒนธรรม และสร้างความเข้าใจใน วิถีชีวิตของคนในกลุ่มประเทศอาเซียน เพื่อรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน

5.2.2.4 เน้นครูผู้สอนให้มีวุฒิตรงตามวิชาที่สอน มีระบบ กระบวนการผลิต และพัฒนาครูที่มีคุณภาพ สามารถดึงดูดคนเก่งและดี มีจิตวิญญาณความเป็นครู โดยให้ทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนและยกย่องครูเพื่อศิษย์และหรือครูสอนดี เพื่อเป็นต้นแบบให้แก่ครู อื่น ๆ จัดให้มีระบบจูงใจให้ครูพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการปรับวิธีประเมินสมรรถนะ ที่สะท้อนประสิทธิภาพในการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนาคุณภาพผู้เรียนเป็นสำคัญ รวมทั้ง ปรับระบบการส่งเสริมบทบาทภาคเอกชนในการจัดการศึกษาที่เน้นคุณภาพมาตรฐานอย่างจริงจัง

5.2.2.5 เสริมสร้างทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง ให้แก่เด็กโดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น สามารถจัดการ ควบคุม ดูแลอารมณ์ได้อย่าง เหมาะสม มีความรู้ ความเข้าใจในหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้เวลาอย่าง สร้างสรรค์และมีคุณภาพ ตลอดจนมีการพัฒนาสุขภาพิบาลโรงเรียน โดยจัดโรงเรียนให้ถูก สุขลักษณะเอื้อต่อการมีสุขภาพะ มีการควบคุมดูแลและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในโรงเรียนให้ อยู่ในสภาพที่ดีปลอดภัยจากโรค การเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุต่าง ๆ

5.2.3 พัฒนากำลังแรงงานให้มีความรู้และสมรรถนะที่สอดคล้องกับโครงสร้าง การผลิตและบริการบนฐานความรู้และเศรษฐกิจสร้างสรรค์โดย

5.2.3.1 พัฒนากำลังแรงงานในภาคเกษตร โดยจัดระบบการศึกษาเพื่อสร้าง เกษตรกรรุ่นใหม่ที่มีความรู้ความสามารถด้านการเกษตรที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่อย่าง ครบวงจร ทั้งการจัดหาพื้นที่ทำการเกษตรตามความถนัด มีแหล่งทุนสนับสนุน และมีทักษะความรู้ ด้านธุรกิจและการตลาดควบคู่กับการสร้างจิตสำนึกและแรงจูงใจให้เยาวชนเข้าสู่อาชีพเกษตรกรรม อย่างมีศักดิ์ศรีเพื่อให้ภาคการเกษตรเป็นฐานการผลิตที่มั่นคงของประเทศ

5.2.3.2 สนับสนุนการผลิตและพัฒนานักวิจัย ผู้สร้างและพัฒนานวัตกรรมใน สาขาต่างๆ สร้างเครือข่ายนักวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ตลอดจนต่อยอดสู่การสร้างสรค์นวัตกรรม ระดับสูงที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ใหม่กับภูมิปัญญาวัฒนธรรมไทยสู่เศรษฐกิจสร้างสรรค์ เพื่อเพิ่ม

มูลค่าและคุณค่าของสินค้าและบริการที่สามารถใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์หรือเชิงสังคม โดยให้ความสำคัญในการพัฒนาการเรียนรู้ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ตั้งแต่ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน การอาชีวศึกษาฐานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และระดับอุดมศึกษาอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันเป็นระบบ รวมทั้งการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ด้านศิลปวัฒนธรรมเพื่อต่อยอดไปสู่เศรษฐกิจสร้างสรรค์

5.2.3.3 พัฒนากำลังแรงงานระดับกลาง โดยเน้นการจัดการเรียนการสอนตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญา การสร้างแรงจูงใจ ปลุกฝังค่านิยมในการเรียนสายอาชีพและการประกอบอาชีพอิสระ การยกระดับคุณภาพมาตรฐานอาชีวศึกษาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการประกอบอาชีพที่เชื่อมโยงกับกลุ่มอุตสาหกรรมเป้าหมาย และสอดคล้องกับความต้องการของสถานศึกษา รวมทั้งสร้างเครือข่ายการผลิตและพัฒนากำลังแรงงานกับภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะสถานประกอบการ สถาบันเฉพาะทาง ควบคู่กับการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้กับนานาชาติ

5.2.3.4 จัดทำกรอบคุณวุฒิแห่งชาติ โดยสร้างระบบความเชื่อมโยงระหว่างคุณวุฒิทางการศึกษาตามระดับการเรียนรู้กับคุณวุฒิวิชาชีพตามระดับความสามารถที่สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนที่เทียบเคียงกับมาตรฐานสากล เพื่อให้แรงงานมีสมรรถนะและมีเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพที่ชัดเจน ตลอดจนสนับสนุนการเตรียมความพร้อมรองรับการเปิดเสรีด้านแรงงานภายใต้กรอบความร่วมมือประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างเป็นรูปธรรม

5.2.3.5 เตรียมความพร้อมคนไทยในการรับประโยชน์และลดผลกระทบที่จะเข้ามาพร้อมกับการเข้าออกของแรงงานอย่างเสรี สร้างโอกาสและเพิ่มขีดความสามารถของคนไทยในการออกไปทำงานต่างประเทศ ยกกระดับทักษะด้านอาชีพและทักษะด้านภาษา

5.2.3.6 เร่งปรับปรุงการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติให้เป็นระบบ ทั้งการจัดระเบียบแรงงานไร้ฝีมือ การดึงดูดแรงงานที่มีความรู้และทักษะสูงเข้ามาทำงานในประเทศ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลของแรงงานข้ามชาติให้มีประสิทธิภาพและนำไปใช้ในการบริหารจัดการแรงงานได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งการจัดบริการทางสังคมให้กับแรงงานข้ามชาติตามความเหมาะสมและเป็นธรรม

5.2.3.7 จัดให้มีการวางแผนและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรภาครัฐอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สร้างความชัดเจนในบทบาทและภาระงานของข้าราชการ พนักงาน และลูกจ้าง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของภาครัฐให้มีผลิตภาพสูงขึ้น รวมทั้งปรับปรุงระบบบริหารงานบุคคลให้เอื้อต่อการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาลของภาครัฐ

5.2.4 พัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดย

5.2.4.1 ส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีงานทำในผู้สูงอายุ โดยกำหนด ลักษณะประเภทงานและอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม ควบคู่กับการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะทั้งด้านวิชาการ และการใช้สื่อการเรียนรู้สมัยใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อการประกอบอาชีพและการพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง

5.2.4.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นคลังสมองของชาติทั้งภาครัฐและเอกชน ประชาชนชาวบ้าน ผู้มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น และประเทศ

5.2.4.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเอง โดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะกับวัย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น

5.2.5 สอดแทรกการพัฒนาคนทุกช่วงวัยด้วยกระบวนการเรียนรู้ผู้วัฒนธรรม การถือฤกษ์เสริมสร้างทักษะให้คนมีการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต การต่อยอดสู่นวัตกรรมความรู้ การฝึกฝนจนเกิดความคิดสร้างสรรค์ การเปิดใจกว้างพร้อมรับทุกความคิดเห็น และการปลูกฝัง จิตใจที่มีคุณธรรม ซื่อสัตย์ มีระเบียบวินัย ควบคู่กับการพัฒนาคนด้วยการเรียนรู้ในศาสตร์วิทยาการ ให้สามารถประกอบอาชีพได้อย่างหลากหลาย สอดคล้องกับแนวโน้มการจ้างงาน และเตรียมพร้อมสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนรวมทั้งการพัฒนาต่อยอดตามศักยภาพและความถนัด

5.2.6 สร้างจิตสำนึกของประชาชนให้มีความรับผิดชอบต่อสังคม สถาบันชาติ สถาบัน ศาสนา และสถาบันพระมหากษัตริย์ให้ตระหนักถึงการเคารพกฎหมาย หลักสิทธิมนุษยชน การสร้างค่านิยมให้มีพฤติกรรมการผลิตและบริโภคที่รับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม การสร้างความรู้ ความเข้าใจและจิตสำนึกในการอนุรักษ์พลังงาน มีการเรียนรู้ในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติ เพื่อนำไปสู่การสร้างสังคมน่าอยู่

5.3 การส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม สร้างเสริมสุขภาวะ ควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข

5.3.1 การสร้างเสริมสุขภาวะคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน การลด ปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมและการประกอบอาชีพที่มีผลต่อสุขภาพ การพัฒนาระบบและกลไก

การเฝ้าระวังความมั่นคงทางสุขภาพจากปัจจัยคุกคามสุขภาพที่แฝงมากับกระบวนการพัฒนา รวมทั้งมุ่งสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากยาสมุนไพรเพื่อการป้องกันและการรักษาเบื้องต้น และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการสื่อสารต่อสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก

5.3.2 พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะระบบบริการขั้นพื้นฐาน ควบคู่กับการส่งเสริมการแพทย์ทางเลือก การพัฒนาด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพของประเทศ การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมทั้งการผลิตและการกระจายบุคลากร ค่าตอบแทน และการอำนวยความสะดวกในชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้บุคลากรมีการกระจายที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้มาตรการการเงินการคลังเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา อสม. จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, 2553)

ระบบอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข สุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน (พิชญ์ คลังสิน, 2552 หน้า 32; อัจฉริยา ยินดีสุข, 2551, หน้า 11)

คุณสมบัติของอสม.

1. เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มให้การยอมรับและนับถือ
2. สมัยครและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
3. มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้านไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปีและมีความคล่องตัวในการประสานงาน)
4. อ่านออกเขียนได้
5. เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
6. ไม่ควรเป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภิรักษ์ หรือแพทย์ประจำ

ตำบล

วิธีการคัดเลือก อสม.

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อสม. ทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของ อสม. และจำนวน อสม. มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อสม. และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา อสม.
2. แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้านออกเป็นคุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะกรรมการสรรหา อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม.ประจำละแวกบ้าน อนึ่ง การคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส

การฝึกอบรม อสม. ใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1. วิธีการอบรม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

2.1.1 บทบาทหน้าที่ของ อสม.

2.1.2 สิทธิของ อสม.

2.1.3 การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน

2.1.4 การค้นหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น

2.1.5 สุขวิทยาส่วนบุคคล

2.1.6 การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข

2.1.7 การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น

2.1.8 การฟื้นฟูสภาพ

2.1.9 การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข

2.1.10 การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน ศสมช.

2.1.11 การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อ

การพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การขึ้นทะเบียนเป็น อสม.

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม.

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1. วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

2. การฟื้นฟูสภาพ

2.1 ฟื้นฟูสภาพตามวาระ

2.2 ตาย

2.3 ลาออก

2.4 ย้ายที่อยู่

2.5 ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือ คณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. มีดังนี้

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี จัดบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข ระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน เช่น นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่นตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยาการรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาดโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริม

สุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเมื่อคุณกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน

การค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง งานตรวจมะเร็งเต้านม งานดูแลและค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5. การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข เช่น การชักนำหนักเด็กและร่วมแก้ไข ปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน การติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชักนำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด เป็นต้น

6. เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนา คุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ.

8. ดูแลประสิทธิภาพประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

กระบวนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติและมีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในเนื้อหาของหลักสูตร

เนื้อหาความรู้ที่อบรมแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ): ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนกลุ่ม ความรู้เฉพาะเป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ระยะเวลาการอบรม

กำหนดระยะเวลาในการอบรมความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) และกลุ่มความรู้เฉพาะ โดยทำต่อเนื่องกันในระยะเวลา 3 วัน หลังจากนั้นควรมีการให้ความรู้ต่อเนื่องและฝึกปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัย/ โรงพยาบาลชุมชน ตามความเหมาะสมอย่างน้อย 12 ครั้ง

3. วิธีการอบรม

การจัดการอบรม อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนดำเนินการได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ แต่ทั้งนี้ต้องมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการ อบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถตามหลักสูตรความรู้ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตาม ที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตร/ และบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐานโดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

การพัฒนา อสม. ต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการเสริม เพิ่มเติม หรือฟื้นฟูความรู้ความสามารถของ อสม. ให้มีความก้าวหน้าต่อเนื่องกันไปตลอดระยะเวลาของการเป็น อสม. เพื่อให้ อสม. มีศักยภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับการแก้ปัญหาและการพัฒนางานของพื้นที่ โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้านคือ

1. ด้านความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ด้านสาธารณสุขตามความเหมาะสมของคุณวุฒิ สภาพท้องถิ่นและสภาพปัญหาต่อเนื่องกันโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรมต่อเนื่อง: คือการจัดการอบรมให้ความรู้ทักษะ เพิ่มเติมในเนื้อหาวิชาต่าง ๆ หลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานแล้ว โดยควรเลือกวิชาที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติหน้าที่และปัญหาของท้องถิ่น ได้แก่ การวางแผน การบริหารจัดการโครงการ การบริหารจัดการสาธารณสุขในชุมชน การเป็นผู้นำ การสร้างมนุษยสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์ ความมีคุณธรรมและจริยธรรม ฯลฯ การฝึกปฏิบัติ (Learning by Doing) คือ

การให้ อสม. ได้เรียนรู้ด้วยการฝึกปฏิบัติงาน เช่น การให้ฝึกปฏิบัติในสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน โดยเป็นผู้ช่วยในการให้บริการแก่ผู้ที่มารับบริการ ฝึกปฏิบัติงานใน ศสมช. หรือให้จัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการศึกษา

แบบเรียนด้วยตนเอง และเอกสารความรู้ต่าง ๆ การศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน (TCDV) โดยการจัดให้ อสม. ไปศึกษาดูงานหมู่บ้านอื่นที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนาเพื่อเป็นแบบอย่าง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การถ่ายทอดความรู้ด้วยสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อทางไกล วิดีโอ เทป การประชุมปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความรู้ เช่น การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การนิเทศติดตามเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

2. การพัฒนาด้านการศึกษาสายสามัญ การพัฒนาการศึกษาสายสามัญ ถือเป็นการพัฒนาอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับด้านสาธารณสุข เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน มีผลต่อการดำเนินชีวิตของทุกคน ดังนั้นการพัฒนาคน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นแกนนำให้มีความพร้อมที่จะปรับตัว รู้จักคิด ตัดสินใจ ได้อย่างเท่าทันสังคม เลือกที่จะนำความก้าวหน้าและเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน ได้ จึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นการให้การศึกษาจึงเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ต้องเร่งดำเนินการ นอกจากนี้การพัฒนา อสม. ยังเป็นการตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดเป็นเป้าหมายหลักที่ต้องสนับสนุนให้เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 6 และได้ร่วมมือกับกรมการศึกษานอกโรงเรียนมาใช้เทียบโอนได้ ในบางหมวดวิชาทำให้สามารถเรียนจบได้เร็วกว่าบุคคลธรรมดาทั่วไปและส่งเสริมทุนการศึกษาให้ประชาสัมพันธ์ต่ออาสาสมัครเองและบุตรได้เข้าเรียนในหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ

3. ด้านการพัฒนาด้านสังคม การพัฒนาด้านสังคมในที่นี้หมายถึง การให้ความรู้ในแนวกว้างเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคม อาทิเช่น เรื่องความก้าวหน้าของข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีต่าง ๆ การศึกษา การส่งเสริมอาชีพ การย้ายถิ่น แรงงานต่างชาติ การเมืองการปกครอง การกระจายอำนาจ บทบาทขององค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ต่องานสาธารณสุข วัฒนธรรมท้องถิ่นกับสุขภาพ สิ่งแวดล้อม โดยวิธีการสอดแทรกไปในการประชุมต่าง ๆ หรือส่งเสริมให้ อสม. ได้ศึกษาจากสื่อทางไกล เช่น จาการายการโทรทัศน์ของช่องต่าง ๆ โดยเฉพาะช่อง 11 และทางสื่อไทยคม (ETV) ซึ่งในปัจจุบันสิ่งเหล่านี้มีผลเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและสุขภาพของคนทั่วไป การให้ความรู้พูดคุยกับ อสม. ในเรื่องเหล่านี้ จึงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ชุมชนมีการปรับตัวในทิศทางที่เหมาะสม มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพและการบรรลุคุณภาพชีวิต

ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ในการศึกษา

เทศบาลเมืองบ้านสวนตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร เป็นระยะทางประมาณ 81 กิโลเมตร มีพื้นที่ครอบคลุม 3 ตำบล คือ ตำบลบ้านสวน ทั้งตำบล (10 หมู่บ้าน) ประกอบด้วย

หมู่ที่ 1 บ้านหนองตะโก

หมู่ที่ 6 บ้านหนองแห่น

หมู่ที่ 2 บ้านหนองตาท่วม

หมู่ที่ 7 บ้านเขามยุรา

หมู่ที่ 3 บ้านห้วยทวน

หมู่ที่ 8 บ้านเขาน้อย

หมู่ที่ 4 บ้านสวนแขก

หมู่ที่ 9 บ้านบ่อบุญทอง

หมู่ที่ 5 บ้านหนองกระทุ่ม

หมู่ที่ 10 บ้านศาลาคู่

ตำบลหนองรีบางส่วน (หมู่ 1 และ หมู่ 3) ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านหนองไข่น้ำ, หมู่ที่ 3 บ้านหนองปีกนก

ตำบลหนองข้างคอกบางส่วน (หมู่ 1 และหมู่ 4) ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านห้วยทวน, หมู่ที่ 4 บ้านบ่อน้ำจืด

รวมเป็นพื้นที่ทั้งสิ้น 19.50 ตารางกิโลเมตร

ทิศเหนือ

ติดต่อกับเขตตำบลบางทราย และตำบลนาป่า

ทิศใต้

ติดต่อกับเขตตำบลเสม็ด และตำบลห้วยกะปิ

ทิศตะวันออก

ติดต่อกับเขตหนองรี และตำบลหนองข้างคอก

ทิศตะวันตก

ติดต่อกับเขตเทศบาลเมืองชลบุรี และบางส่วนของทะเลฝั่ง

ตะวันออก ของ อ่าวไทย ยาวประมาณ 2,800 เมตร

การคมนาคม

เทศบาลเมืองบ้านสวน ใช้ถนนเป็นทางคมนาคม ซึ่งประกอบด้วยถนนคอนกรีตเสริมเหล็ก ถนนลาดยางแอสฟัลท์คอนกรีต ส่วนถนนลูกรังนั้นมีส่วนน้อย ซึ่งจะอยู่ในซอยเล็ก ๆ และบริเวณชานเมือง ถนนสายที่สำคัญได้แก่ ถนนสุขุมวิท ถนนสุขประยูร (สายชลบุรี-พนัสนิคม) ถนนเศรษฐกิจ (สายชลบุรี-บ้านบึง) ถนนบายพาส (เลียบเมืองชลบุรี) และถนนพระยาธำรง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการสำรวจผลการศึกษาค้นคว้าที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อในการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

สุพจน์ แยมบาน (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุต่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพ: ศึกษากรณีตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมี

ส่วนร่วมในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบริจาคมีระดับการมีส่วนร่วม น้อยที่สุด ด้านเศรษฐกิจ ด้านการประมง ด้านการร่วมเป็นคณะกรรมการ และด้านการชักชวน มี ส่วนร่วมระดับน้อย และด้านการร่วมรับผลประโยชน์มีส่วนร่วมมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่เป็นชนบท มีการศึกษาอยู่ในระดับน้อย ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป มีรายได้น้อย จึงทำให้มีส่วนร่วมในระดับน้อย

อุทัย เพ็ชรนอก (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวใน การดูแลสุขภาพประชาชนจังหวัดสระแก้ว พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ที่มีเพช ระดับการศึกษา ระยะเวลาเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) แตกต่างกันมีส่วนร่วมใน การดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกัน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ที่มีอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนไม่แตกต่างกัน

ชุดิกาญจน์ กล้าหาญ (2552) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในภาพรวม พบว่า ด้านวางแผนและตัดสินใจ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ด้านการร่วมประเมินผลการปฏิบัติงานมี ส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงาน มีส่วนร่วมอยู่ใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในเรื่องให้คำแนะนำเมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วย และจากการทดสอบ สมมติฐาน พบว่า ข้อ 3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรีที่ มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และอาชีพ ต่างกันมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย ข้อ 3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขใน เขตเมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงานและวิธีการ เข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานการวิจัย

พิชญ คลังสิน (2552) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ในภาพรวม พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 ด้านอยู่ใน ระดับมากและเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุข มูลฐาน พบว่า ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ และ รายได้ ที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขมูลฐานในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรีแตกต่างกัน

เพ็ญนที อินตา (2555) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่ตำบลหนองปลาไหล อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ในภาพรวม พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 ด้านมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากและเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในด้านการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก โดยพบว่าประชาชนมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่รัฐในการตรวจสอบสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจากการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุ 35 ปีหรือน้อยกว่ามีระดับการมีส่วนร่วมในทุกด้านมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เหตุผลอาจเป็นเพราะคนช่วงอายุ 35 ปีเป็นช่วงอายุที่เป็นกลุ่มพลังของชุมชนในขณะที่คนกลุ่มที่มีอายุมากกว่าอาจต้องเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บและภาระความรับผิดชอบที่สูงกว่า ทำให้ความร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขทำได้น้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุ 35 ปีหรือต่ำกว่าได้