

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง แนวทางการเสริมพลังอำนาจแก่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการนำมาเป็นกรอบความคิดใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดผู้สูงอายุ
2. แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ
3. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุและบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior)
5. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
6. แนวคิดเกี่ยวกับทักษะ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. แนวคิดผู้สูงอายุ

ปัจจุบันผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วอดีต โดยระยะเวลาที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ของประเทศอังกฤษและเวลส์ จะใช้เวลาถึง 107 ปี ขณะที่ประเทศจะใช้เวลาเพียง 30 นาทีเท่านั้น ผลคือ ทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มจากร้อยละ 9.3 (ปี พ.ศ. 2543) และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 12 (ปี พ.ศ. 2553) (The National Commission on the elderly 2005, 2006, อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ซึ่งตามเกณฑ์ขององค์สหประชาชาติได้กำหนด สังคมได้มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าสังคมนั้นเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” หรือ Popular Ageing สาเหตุสำคัญสองประการที่ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่อัตราการเกิดลดลงขณะที่อัตราการเสียชีวิตของประชากรโดยรวมลดลงด้วย

สำหรับปัญหาสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุไทย พบว่า ร้อยละ 72-80 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง มีอาการปวดข้อต่างๆ ร้อยละ 43-48 มีโรคความดัน มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14-27 มีปัญหาการมองเห็นระยะใกล้ ร้อยละ 56-60 มีปัญหาการมองเห็นระยะไกล ร้อยละ 22-36 จำเป็นต้องได้รับการประคบประเพณเป็นประจํา ร้อยละ 40-55 (มูลนิธิสถาบันวิจัยพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551) ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ความอ่อนแอ โรคเรื้อรังและทุพพลภาพจะเพิ่มขึ้นตามอายุและต้องการพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น การมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งด้านแรงงาน รายได้ ที่อยู่อาศัยสุขภาพอนามัยและสวัสดิการ โดยเฉพาะถ้าประเทศขาดความพร้อมในการบริหารจัดการเพื่อสนองความต้องการของประชากรสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การศึกษาปัญหาด้านสุขภาพอนามัย รวมถึงสวัสดิการและประกันสังคมที่ยังไม่ครอบคลุม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุยิ่งซ้ำซ้อน และมีผลกระทบต่อสังคมไทยรวมมากขึ้น (นิตยา ภาสุนันท์, อ้างถึงใน จันทนา รัตนวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2546, น. 3)

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

จากการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกองค์การสหประชาชาติ ซึ่งจัดขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2525 ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้นิยามความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป นับตามปฏิทินและถือเป็นข้อตกลงในวงการระหว่างประเทศ แต่สังคมตะวันตกในยุโรปและอเมริกาเหนือ นิยมนับที่อายุ 65 ปีขึ้นไป นอกจากการกำหนดวัยผู้สูงอายุแล้ว สถาบันบางแห่ง เช่น สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurse Association, ANA) ยังได้แบ่งวัยผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ คือ (Luecknotte, 1996, p. 12) ผู้สูงอายุวัยต้น ระหว่าง 65 – 74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง (middle old age) อายุระหว่าง 75 – 84 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย (Late Old Age) มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละวัยจะมีปัญหาและความต้องการรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตสังคมที่แตกต่างกัน

1.2 ลักษณะของความสูงอายุ

ด้านร่างกาย ลักษณะของความชรา มีความสัมพันธ์กับอายุ กล่าวคือ กระบวนการชราเริ่มขึ้นตั้งแต่ปฏิสนธิ และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา จากเด็กเป็นผู้ใหญ่จนเข้าสู่

วัยสูงอายุ ลักษณะของความชราที่จะปรากฏออกมาในรูปแบบของความเสื่อมต่างๆ เช่น ผมหงอกขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การกำหนดความเป็นผู้สูงอายุโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์อาจไม่สอดคล้องกับลักษณะความชราที่ปรากฏให้เห็นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละคนมีอัตราเร็วช้า ไม่เท่ากันโดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น กระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ภายใต้การควบคุมของ DNA ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อากาศ อุณหภูมิ แสงแดด มลภาวะ รวมทั้งภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และความเครียดด้วย อย่างไรก็ตาม ลักษณะของความสูงอายุปะกอบด้วย 4 อย่าง คือ เป็นสิ่งที่ปรากฏเสมอดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เป็นความเสื่อมที่เกิดจากปัจจัยภายใน จากลักษณะดังกล่าวแสดงว่าความสูงอายุนั้นเป็นความเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยในที่ดำเนินต่อเนื่องและปรากฏให้เห็นได้ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงปกติที่เกิดขึ้นไปกับทุกคน แต่ในอัตราเร็วช้า ไม่เท่ากันขึ้นกับสิ่งแวดล้อมและแบบแผนการดำเนินชีวิต

สำหรับด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุนั้น พฤติกรรมที่แสดงออกส่วนหนึ่งอาจเป็นผลกระทบที่วัยนี้ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม และอาจวิตกกังวลต่อความตายอยู่ในส่วนลึกของจิตใจ เพราะเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวมากขึ้นทุกวัน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้ค่า ไร้ความหมาย แรงจูงใจและความสนุกสนาน กังวลง่าย หรือบางคนอาจแสดงออกในรูปการเรียกร้องความสนใจ ปฏิกริยาเหล่านี้จะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุแต่ละคนมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ ความรู้ และประสบการณ์ชีวิตของตน สูงอายุที่รู้สึกพอใจ และปัจจุบัน รู้สึกว่าตนได้ทุกอย่างทุกอย่างที่ควรกระทำแล้ว จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้ รู้จักปล่อยวาง มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลทั่วไป กล่าวเผชิญหน้าความตายด้วยจิตใจที่สงบและมั่นคง ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่รู้สึกไม่พอใจในอดีตที่ผ่านมาชีวิตล้มเหลวผิดหวัง ไม่น่าภาคภูมิใจ ก็จะมีทัศนคติสิ้นหวังในตนเองและผู้อื่น รู้สึกหวาดหวั่นต่อความตาย มองโลกและสังคมในแง่ลบ ก็จะแสดงปฏิกริยาต่างๆ ออกมา (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545, น. 117)

ส่วนด้านสังคมและวัฒนธรรมมีข้อคิดเห็น 2 ประเภท ได้แก่ ปรากฏการณ์ที่เหมือนกันในทุกสังคม คือ ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มน้อยในหมู่ประชากรทั้งหมด เพศหญิง มีมากกว่าเพศชาย และหญิงหม้าย จะมีสัดส่วนสูง ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติทางสังคมแตกต่างจากประชากรวัยอื่น ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมในด้านที่ปรึกษา หรือควบคุมการดำเนินงานมากกว่าการใช้กำลังกาย รวมทั้งมีบทบาทเป็นผู้นำทางการเมืองและกายุติธรรม ส่วนประเด็นที่มีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม ได้แก่ ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมสูง ในสังคมที่นับถือบรรพบุรุษ สังคมที่มีครอบครัวแบบขยาย และสังคมที่มีประชากรสูงอายุเป็นสัดส่วนน้อยของ

ประชากรทั้งหมด สถานภาพผู้สูงอายุจะต่ำลงในสังคมที่อัตราการเปลี่ยนแปลงสูง ในสังคมสมัยใหม่ผู้สูงอายุแนวโน้มจะอยู่ตามลำพังมากขึ้นและการดูแลผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงจากหน้าที่ของครอบครัวเป็นภาระหน้าที่ของรัฐ

สรุปว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมี 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเป็นจุดเด่นที่สามารถสังเกตได้ เช่น ผิวหนังแห้งเหี่ยวย่น สายตาและการได้ยินบกพร่อง
2. ด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในและภายนอก ครอบครัว, สูญเสียบทบาท, สูญเสียความเคารพนับถือ ถูกทอดทิ้ง, เกิดความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง ทำให้มีการหลงลืม สภาพจิตใจสับสน ซึมเศร้า
3. ด้านสังคม ผู้สูงอายุเปลี่ยนบทบาทของตนจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกการเป็นภาระของครอบครัวและสังคม
4. ด้านเศรษฐกิจ เช่น ไม่ได้ประกอบอาชีพไม่มีรายได้, รายได้ลดลง

2. แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดหนึ่งที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขใช้สำหรับสร้างเสริมแรงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้มองเห็นถึงสมรรถนะตนเอง และเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยได้รับการโอนอำนาจจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุให้มีอิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากร รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถและแก้ปัญหาต่างๆ ได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุทำให้มีความมั่นใจ กำลังใจ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจที่ต้องทำบทบาทหน้าที่ของตน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลทางด้านพฤติกรรม และทัศนคติ ซึ่งเป็นผลสะท้อนโดยตรงถึงความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

2.1 ความหมายของการเสริมพลังอำนาจ

พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ (2551) ให้ความหมายว่า เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเองมีกำลังใจที่จะปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล หรือการเสริมพลังอำนาจเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล

โดยการถ่ายโอนอำนาจ ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ปฏิบัติ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ปัญหาต่างๆ ได้บรรลุผลสำเร็จขององค์กรและของตนเอง

Greasley and King (2005, อ้างถึงใน อารีวรรณ อ่วมตานี, 2550, น. 5) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่ามีความสัมพันธ์กับแนวคิดของอำนาจ (Concept of Power) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นถึง การควบคุม (Control) การปกครอง (Hierarchy) และการควบคุมอย่างเคร่งครัด (Rigidity) แต่ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านองค์กรและการจัดการ จะหมายถึง การให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและการควบคุมงานได้ด้วยตนเอง การทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ

Gibson (1995, อ้างถึงใน ผลทิพย์ ปานแดง, 2547, น. 33) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคลเพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและการแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

ดารณี จามจุรี (2545) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพ หมายถึง การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสดำเนินการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ต้องการช่วยให้บุคคลตระหนักในจุดแข็งความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนกำหนดขึ้น

สรุปความหมาย การเสริมพลังอำนาจได้ว่า หมายถึง การสร้างแรงจูงใจ ให้มีความมั่นใจในการทำงาน อย่างบูรณาการที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกไปสู่การยอมรับว่า

ตนเองมีความสามารถอย่างแท้จริงในการทำงานให้สำเร็จได้ เพื่อให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนมุมมอง และทัศนคติของตนเกิดขึ้นในทางบวก เกิดการเรียนรู้ที่จะสามารถจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ให้ความหมายของการเสริมพลังอำนาจ ว่าเป็นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความมั่นใจ ในการทำหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การที่จะนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ ต้องมีการเรียนรู้ว่าปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นข้อกำหนดเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อพฤติกรรมขององค์กรและทัศนคติของบุคคล ซึ่งถูกหล่อหลอมขึ้นมาจากการทำงานที่บุคคลมีตำแหน่งสูงขึ้น ซึ่งทำให้อำนาจที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน แหล่งประโยชน์ซึ่งจะทำให้ทัศนคติเปลี่ยนไป และในเรื่องอำนาจนั้น คานเตอร์ (Kanter, 1993, cited in Laschinger et al., 1999) เสนอว่าได้รับมาจาก 2 แหล่ง คือ

1. อำนาจที่เป็นทางการ (Formal Power) เป็นอำนาจที่พบในการทำงานที่มีรูปแบบที่เห็นได้ชัดเจนในองค์กร คือ การทำงานที่มีความยืดหยุ่น งานที่เป็นที่ยอมรับ งานที่ตัดสินใจด้วยความรอบครอบ งานที่มีความคิดสร้างสรรค์และมีการพัฒนา มีความสัมพันธ์กับกระบวนการความร่วมมือสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2. อำนาจที่ไม่เป็นทางการ (Informal Power) เป็นอำนาจที่พัฒนามาจากความสัมพันธ์ของบุคลากรที่มีความสำคัญในองค์กร เป็นอำนาจที่แต่ละคนมีอยู่ในตำแหน่งต่างๆ กันไป

อำนาจทั้ง 2 ส่วนนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านการได้รับทรัพยากร หมายถึง ความสามารถในการจัดหาสิ่งที่จำเป็นในการสนับสนุนในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน ดังนี้

- ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย วัสดุอุปกรณ์ (Material) เงินทุน (Fund) ขอบเขต (Space) และเวลา (Time) ซึ่งวัสดุอุปกรณ์ หมายถึง อาคารสถานที่ ที่ให้ความสะดวก หรือเอื้อต่อการทำงาน รวมถึงเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมาย เงินทุน หมายถึง งบประมาณ ของเขต หมายถึง การเปิดช่องว่างให้กว้างเพื่อให้บุคลากรได้ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ ส่วนเวลา หมายถึง การใช้เวลาที่เหมาะสมต่อการทำงาน

- ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร ซึ่งเป็นทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองด้านบวก ทักษะการรับรู้ ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญ อดทน สิ่งเหล่านี้ถือเป็นทรัพยากรภายในที่ควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถนำทรัพยากรภายนอกให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย เป็นการเอื้ออำนวยต่อการทำงาน และทำให้เกิดความพึงพอใจ เนื่องจากได้รับการตอบสนองความต้องการ มีความผูกพัน และทุ่มเทให้อย่างเต็มที่เพื่อประโยชน์ และมีความสุข

2) ด้านการได้รับการสนับสนุน หมายถึง การที่ผู้บริหารสนับสนุนและส่งเสริมบุคลากรด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การให้การยอมรับและเห็นชอบตามกฎหมาย ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและหมู่คณะเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน และเป็นการสร้างเครือข่ายในการทำงาน รวมไปถึงการที่ผู้บริหารสนับสนุนให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (Grady, 1986) ได้แก่ การส่งเสริมสนับสนุนให้แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ให้โอกาสตัดสินใจแก้ปัญหา พัฒนา หรือปรับปรุงแนวทางในการทำงานให้ดีขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการทำงาน (Feedback) การยืดหยุ่น การยอมรับในความผิดพลาด การแสดงความพึงพอใจในการให้การทำงานได้สำเร็จ การแสดงความห่วงใย รับฟัง และเข้าใจปัญหาทุกด้านของบุคลากร ตลอดจนการแสดงความไตร่ตรอง ยึดมั่น และให้ความเป็นกันเอง การได้รับการสนับสนุนจะทำให้บุคลากรรู้สึกสุขใจ และมีคุณค่า มีการรับรู้ถึงการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานเป็นแรงจูงใจให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน เมื่อบุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานแล้ว ย่อมมีขวัญและกำลังใจที่จะทำหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ มีความกระตือรือร้น ขยันหมั่นเพียรและยึดมั่นผูกพัน

3) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งได้แก่ ข้อมูลความรู้ทางเทคนิค ทักษะ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน และข่าวสารการเมือง ข้อมูลข่าวสารที่ผู้บริหารควรแบ่งปันให้บุคลากร ควรเป็นข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจ และวางแผนในการดำเนินการและได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคลากรรู้การเคลื่อนไหวภายใน ทราบนโยบายและการตัดสินใจ ข้อมูลข่าวสารที่ได้ควรมีการสื่อสารแบบสองทาง ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์ จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากร และทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิผล ในทางตรงข้ามถ้าหากไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพียงพอ และไม่ทราบว่ามิอะไรเกิดขึ้นบ้าง (Gunden & Crissman, 1992) บุคลากรจะรู้สึกผิดหวัง ไม่พอใจกับการกระทำของผู้บริหาร ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจและประสิทธิผลต่ำลง

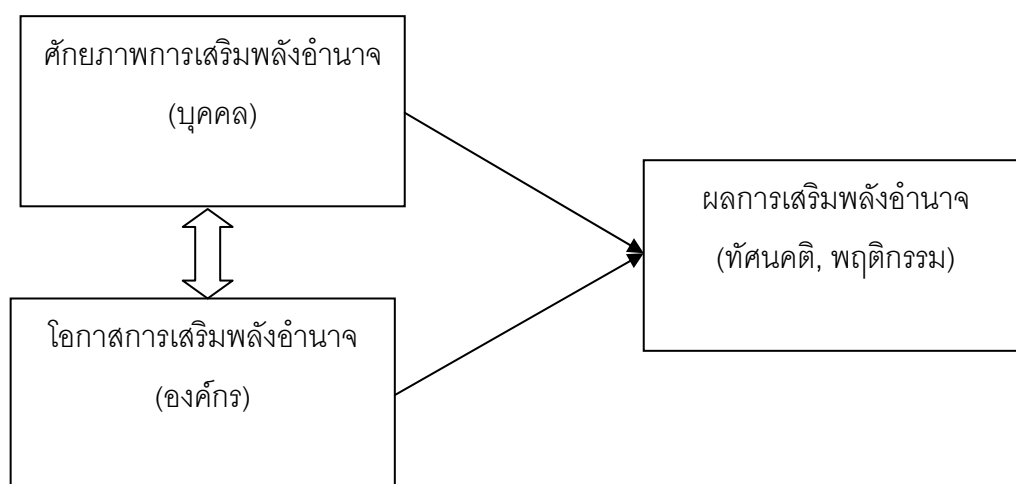
4) การได้รับโอกาส ผู้บริหาร ตระหนักถึงการเติบโตและความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่และการทำงาน รวมทั้งโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความสามารถของบุคลากรด้วย ซึ่งการได้รับโอกาสนี้ คานเตอร์ (Kanter, 1979) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

(1) การได้รับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) การส่งเสริมสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานในการเลื่อนตำแหน่ง พิจารณาความดีความชอบ เลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งอย่างยุติธรรม ให้โอกาสก้าวหน้าในการทำงานในระดับที่สูงขึ้น

(2) การได้รับความเพิ่มพูนทักษะความสามารถ (Competence and Skill) การให้โอกาสบุคลากรในการอบรม เพิ่มพูนความรู้ในการประชุมวิชาการ การศึกษาดูงาน

(3) การได้รับการยกย่องชมเชยและการยอมรับ (Reward and Recognition) การให้ความสำคัญกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานดี โดยการกล่าวคำยกย่องชมเชย ประกาศเกียรติคุณ หรือให้รางวัล เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกตัวเองมีคุณค่า

2.3 กรอบแนวคิดของการเสริมพลังอำนาจ (ฟีโลลักษ์ณ์ โรจนประเสริฐ, 2551)



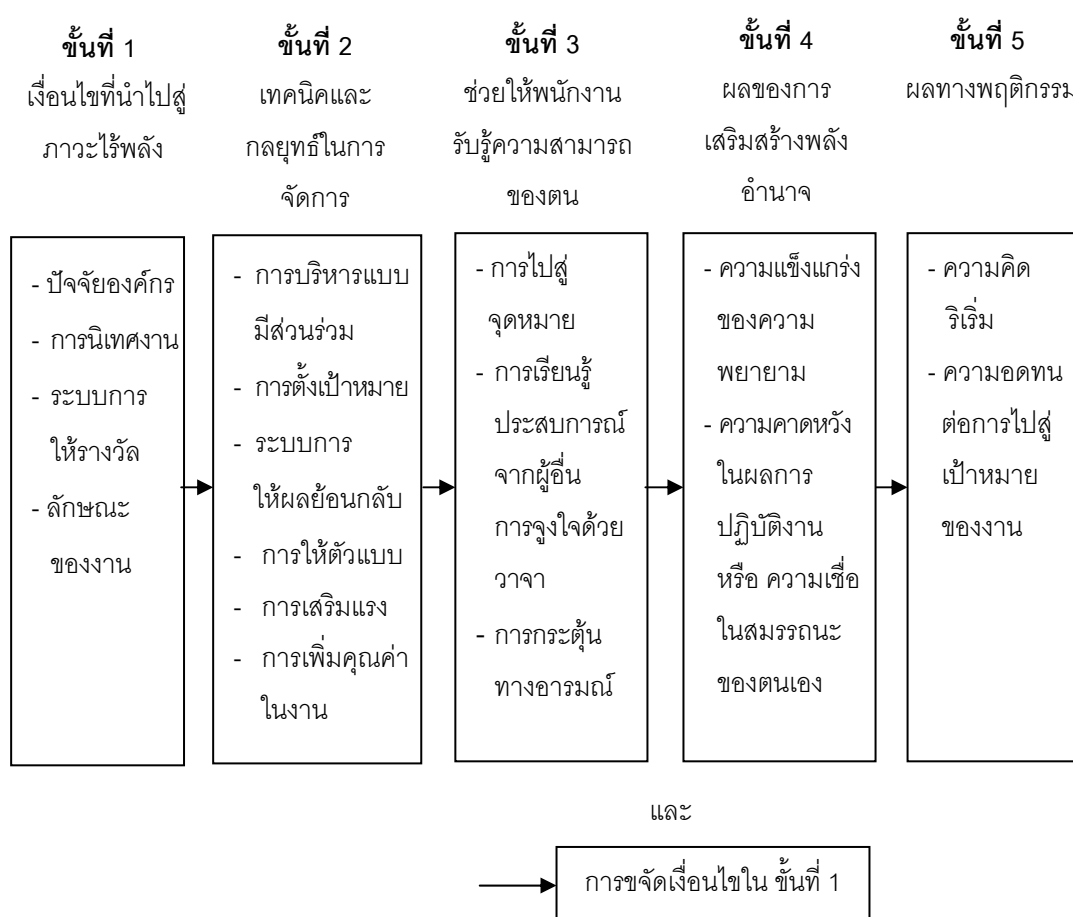
2.4 กระบวนการเสริมพลังอำนาจ

Conger and Kanungo (1988, อ้างถึงใน ดารณี จามจุรี, 2545) กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการสำหรับองค์กรที่ใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยเชื่อว่าบุคคลมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง ถ้าได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากผู้บังคับบัญชา และเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ย่อมส่งผลถึง

การปฏิบัติงานที่ดีและมีประสิทธิภาพ คอนเจอร์ และ คาร์นูกิ ได้เสนอกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไว้ดังนี้ ดังแสดงในภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ



ที่มา: “The empowerment process : Integrating theory and practice,” by Conger & Kanungo, 1988, p. 475.

จากภาพที่ 2.1 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

ขั้นที่ 1 การหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจ (Conditions Leading to a Psychological State of Powerlessness) คอนเจอร์ และ คาร์นูกิ กล่าวว่า ภาวะไร้อำนาจของบุคคลสามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ คือ

- 1) ปัจจัยด้านองค์กร (Organizational Factors) เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบาย ระบบการบริหารงาน และการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการแข่งขัน
- 2) การนิเทศงาน (Supervision) เช่น การควบคุมกำกับและติดตามงานอย่างใกล้ชิด การลงโทษเกินกว่าเหตุ และการใช้อำนาจมากเกินไปในการดูแลสาสมัครประจำหมู่บ้าน
- 3) ระบบการให้รางวัล (Reward System) เช่น การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งตามความพอใจ และการให้ค่าตอบแทนต่ำกว่าวิชาชีพอื่นๆ
- 4) ลักษณะงาน (Nature of Job) เช่น บทบาทหน้าที่ในแต่ละงานไม่ชัดเจน ขาดอิสระในการปฏิบัติงาน และขาดทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติงาน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้บุคคลรู้สึกไร้อำนาจ หมดพลังที่จะต่อสู้กับงานที่มีปริมาณมากและต้องใช้ความในการรับผิดชอบสูงในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อเป้าหมายที่ตั้งไว้ แรงจูงใจทำงานลดลง ความพึงพอใจเริ่มน้อยลง ขาดความสนใจในงาน ลักษณะดังกล่าวส่งผลเสียต่อตัวบุคคลและต่อสังคม

ขั้นที่ 2 การเลือกเทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการ (The Use of Managerial Strategies and Techniques) ในขั้นตอนนี้เป็นการนำปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้อำนาจของบุคคลมาดำเนินการแก้ไข กลยุทธ์ที่คอนเจอร์ และ คาร์นูกิ เสนอไว้ คือ

- 1) การบริหารอย่างมีส่วนร่วม (Participative Management) ซึ่งหมายถึงการที่ผู้บริหารสนับสนุนให้บุคคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงาน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติหรือการแก้ปัญหา
- 2) การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ในการทำงาน จะมีการกำหนดเป้าหมายด้วยตัวของบุคคลากรเอง ถ้าผู้บริหารเป็นผู้กำหนดฝ่ายเดียวโดยที่บุคคลากรไม่ได้มีส่วนร่วม พลังอำนาจในการทำงานย่อมจะไม่เกิดขึ้น ดังนั้นบุคคลากรทุกคนก็ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของในการทำงาน ซึ่งเป็นการสร้างความสามัคคี และมีเป้าหมายเดียวกัน
- 3) ระบบการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback System) ในการทำงานร่วมกัน เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นหรือมีการประเมินผลงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินเฉพาะบุคคล หรือเฉพาะกลุ่ม ก็ควรมีการบอกผลให้บุคคลากรทุกคนได้รับทราบ จะได้มีการแก้ไขหรือพัฒนาให้ดีขึ้น และถ้าเป็นผลในทางที่ดี บุคคลากรก็จะรู้สึกดีใจที่ได้รับทราบและทำให้เกิดกำลังใจในการทำงาน อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารก็ควรให้ข้อมูลป้อนกลับในเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้บุคคลากรรู้สึกว่าจะอยากจะทำปรับปรุงแก้ไข ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการให้ข้อมูลป้อนกลับด้วย

4) การเป็นตัวอย่างที่ดี (Modeling) ในการที่ผู้บริหารจะจูงใจให้บุคลากรทำงาน ประสบผลสำเร็จได้นั้น ผู้บริหารต้องปฏิบัติตนให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคลากร เพราะการที่เป็นตัวอย่างที่ดีก็จะเกิดความไว้วางใจ ให้ความศรัทธา และเลียนแบบหรือปฏิบัติตามในที่สุด

5) การเสริมแรง (Contingent/Competence-Based Reward) ในการทำงาน บางครั้ง การจูงใจด้วยวัตถุอย่างเดียวนั้น อาจไม่สามารถทำให้เกิดพลังอำนาจได้ การเสริมแรงทางบวก โดยเฉพาะเรื่องที่มีผลต่อจิตใจ เช่น การยกย่องชมเชย ยอมรับในความสามารถของบุคลากร และการให้อิสระในการทำงาน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงเสริมที่จะให้บุคลากรรู้สึกเต็มใจ และภาคภูมิใจในงานที่ตนเองรับผิดชอบอยู่

6) การเพิ่มคุณค่าในงาน (Job Enrichment) เป็นการเพิ่มงานและความรับผิดชอบให้บุคลากรในการวางแผน ออกแบบงาน และประเมินผลงานด้วยตนเอง แทนที่จะเป็นหน้าที่ของผู้บริหารและให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างเดียว การเพิ่มคุณค่าในงานเป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มแรงจูงใจในงาน

ขั้นที่ 3 การช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (To Provide Self-Efficacy Information to Subordinates) เป็นการสร้างพลังอำนาจให้กับบุคลากรรู้สึกว่าคุณเองมีศักยภาพเพียงพอต่อความรับผิดชอบในการให้การทำงานอยู่ และสามารถปฏิบัติงานนั้นได้สำเร็จ โดยอาศัย

1) การไปสู่เป้าหมาย (Enactive Attainment) ด้วยการส่งเสริมให้บุคลากรมีโอกาสได้รับรู้และทดสอบการมีทักษะและความสามารถในงานที่เพิ่มขึ้นของตนตามลำดับ

2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) การสะสมประสบการณ์เป็นการนำไปสู่ความสามารถในการทำงานวิธีการหนึ่ง โดยศึกษาจากผู้มีประสบการณ์ เช่น การมีผู้บริหารคอยอำนวยความสะดวก ชี้แนะ และให้คำปรึกษาการทำงานของบุคลากรใหม่ เป็นต้น

3) การจูงใจด้วยวาจา (Verbal Persuasion) เป็นการสร้างเสริมกำลังใจให้บุคลากร เช่น การสอบถามปัญหาและอุปสรรคการทำงานที่ผู้บริหารพร้อมจะแก้ไขหรือให้การสนับสนุน การให้ความเชื่อมั่นว่าบุคลากร มีความสามารถเพียงพอที่จะทำงานได้สำเร็จ

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) บางครั้งบุคลากรอาจทำงานด้วยความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล ความเกียติ ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถต่ำ ถ้าผู้บริหารสามารถลดความรู้สึกเหล่านี้ได้ ก็จะทำให้บุคลากรเกิด

ความรู้สึกว่าตนเองมีความ สามารถมากขึ้น ในขั้นตอนการเพิ่มการรับรู้ความสามารถนี้ ต้อง ดำเนินควบคู่กับการขจัดปัจจัยที่ทำให้ไร้อำนาจที่กล่าวไว้แล้วในขั้นที่ 1

ขั้นที่ 4 ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Results in Empowering Experience of Subordinates) เมื่อผู้บริหารสามารถขจัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไร้พลังอำนาจของบุคลากร ได้ โดยมีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในงาน และการช่วยให้บุคลากร รับรู้ถึงสมรรถนะในตน จะช่วยให้มีความแข็งแกร่ง (Strengthening of Effort) มีความคาดหวัง ในผลการทำงานที่สูงขึ้น (Performance Expectancy) และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ (Belief in Personal Efficacy) ในการทำงานให้สำเร็จ

ขั้นที่ 5 พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Leading to Behavioral Effects) เมื่อการเสริมสร้าง พลังอำนาจก่อให้เกิดพลังในตัวบุคลากรเองแล้ว ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจยังทำให้เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย เช่น เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Initiative) และมีความอดทน ต่อการทำงานที่จะทำให้งานบรรลุเป้าหมาย (Persistence of Behavior to Accomplish Task Objectives)

ดังนั้นจากกรอบแนวคิดในการเสริมพลังอำนาจนั้น เมื่อนำมาเรียบเรียงเป็นความคิด ของผู้ศึกษาซึ่งมีความต้องการที่จะประเมินทัศนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยได้ศึกษากระบวนการเสริมพลังอำนาจใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจโดยมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านองค์กร การนิเทศงาน ระบบการให้รางวัล และความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันที่จะส่งผลต่อ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเลือกเทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการในขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาถึงการนำ ปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้อำนาจของบุคคลมาดำเนินการแก้ไขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ได้แก่ การบริหารอย่างมีส่วนร่วม การตั้งเป้าหมาย ระบบการให้ข้อมูลป้อนกลับ การเป็น ตัวอย่างที่ดี การเสริมแรง และการเพิ่มคุณค่าในงาน

3. การช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้รู้สึกว่าคุณภาพเพียงพอต่อความรับผิดชอบในการให้ การทำงานอยู่ และสามารถปฏิบัติงานนั้นได้สำเร็จ ได้แก่ การไปสู่เป้าหมาย การเรียนรู้จาก

ประสบการณ์ของผู้อื่น การจูงใจด้วยวาจา การกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อลดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล

ดังนั้น สิ่งที่ได้จากการค้นหาสาเหตุ การเลือกเทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการ และการช่วยให้ผู้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความแข็งแกร่ง มีความคาดหวังในผลการทำงานที่สูงขึ้น และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ ในการทำงานให้สำเร็จ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.5 ผลลัพธ์ของการเสริมพลังอำนาจ (Outcome and Consequences) (Conger & Kanungo, 1988, อ้างถึงใน คาร์นี จามจุรี, 2545)

1. การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อมั่นที่สะท้อนความรู้สึกรับรู้ของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่เฝ้าติดตามพฤติกรรม การแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเอง และประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995, อ้างถึงใน ผลทิพย์ ปานแดง, 2547, น. 39) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self-Esteem) ความสามารถในการควบคุมตน (Personal Control) และความสามารถในตน (Self Efficacy)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรมรวมกลุ่ม เป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมพลังอำนาจ (Bling, 1998, อ้างถึงใน ผลทิพย์ ปานแดง, 2547, น. 39)

3. การมีสุขภาวะที่ดี (Well - Being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมพลังอำนาจ ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Bling, 1998, อ้างถึงใน ผลทิพย์ ปานแดง, 2547, น. 39)

จากกระบวนการของการเสริมพลังอำนาจทำให้เกิดผลลัพธ์ของการเสริมพลังอำนาจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้านความจำเป็นและความสำคัญของการดูแล ด้านประโยชน์ของการดูแลและมีทักษะต่อการเสริมพลังอำนาจในตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อการดูแล

ผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในการทำหน้าที่ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลซึ่งผู้ศึกษาจะใช้พัฒนา และใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคลเพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและการแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ คานเตอร์ (Kanter, 1993, cited in Laschinger et al., 1999) ที่กล่าวว่า การเสริมพลังต้องให้อำนาจด้านปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร ซึ่งเป็นทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองด้านบวก ทักษะการรับรู้ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญ อดทน สิ่งเหล่านี้ถือเป็นทรัพยากรภายในที่ควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถนำทรัพยากรภายนอกให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย เป็นการเอื้ออำนวยต่อการทำงาน และทำให้เกิดความพึงพอใจ เนื่องจากได้รับการตอบสนองความต้องการ มีความผูกพัน และทุ่มเทให้อย่างเต็มที่เพื่อประโยชน์ และมีความสุข และปัจจัยภายนอก ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ (Material) เงินทุน (Fund) ขอบเขต (Space) และเวลา (Time) ซึ่งวัสดุอุปกรณ์หมายถึง อาคารสถานที่ ที่ให้ความสะดวก หรือเอื้อต่อการทำงาน รวมถึงเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมาย เงินทุน หมายถึง งบประมาณ ของเขต หมายถึง การเปิดช่องว่างให้กว้างเพื่อให้บุคลากรได้ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ ส่วนเวลา หมายถึง การใช้เวลาที่เหมาะสมต่อการทำงาน

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำกลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นข้อกำหนดเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อพฤติกรรมขององค์กรและทัศนคติของบุคคล ซึ่งจะถูกละเลยจากการที่บุคคลมีตำแหน่งสูงขึ้น ทำให้มีอำนาจที่จะสามารถรับข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน แหล่งประโยชน์ ซึ่งจะทำให้ทัศนคติเปลี่ยนไป โดยอำนาจจะมาจาก 2 แหล่ง คือ อำนาจที่เป็นทางการ (Formal Power) ที่พบในการทำงานมีรูปแบบที่เห็นได้ชัดเจนในองค์กร เช่น การทำงานที่มีความยืดหยุ่น งานที่เป็นที่ยอมรับ งานที่ตัดสินใจด้วยความรอบคอบ งานที่มีความคิดสร้างสรรค์ และมีการพัฒนา มีความสัมพันธ์กับกระบวนการความร่วมมือสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และอำนาจที่ไม่เป็นทางการ (Informal Power) ซึ่งพัฒนามาจากความสัมพันธ์ของบุคลากรที่มีความสำคัญในองค์กร เป็นอำนาจที่แต่ละคนมีอยู่ในตำแหน่งต่างๆ

กันไป โดยอำนาจทั้ง 2 ส่วนนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมพลังอำนาจ กระบวนการเสริมพลังอำนาจผู้ศึกษามีความต้องการที่จะประเมินทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยได้ศึกษากระบวนการเสริมพลังอำนาจใน 3 ขั้นตอน ได้แก่ การหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจ การเลือกเทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการ การช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างถูกต้อง มีคุณค่า และสมศักดิ์ศรี

3. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุและบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การดูแล (Caring) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยทั่วไป เป็นการช่วยให้คนมีความเจริญเติบโตและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

3.1 ความหมายของการดูแล

การดูแล (Caring) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยทั่วไป เป็นการช่วยให้คนมีความเจริญเติบโตและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เป็นเรื่องของการให้ความสนใจ และความห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2547, น. 9)

การดูแล คือ กิจกรรมการช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมซึ่งมีกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือ (Assertive) ต่อผู้อื่น ที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมต่างๆ เช่น การเข้าถึงความรู้สึก (Empathic) ความสนใจเอาใจใส่ (Attention) การประคับประคอง (Supportive) ด้านการฟัง พูดหรือสัมผัส การให้ข้อมูล (Education) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2547, น. 9)

การดูแล เป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อน ลักษณะเฉพาะของตัวบุคคลและขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรมตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลหรือสังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรม ภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนโยนให้กำลังใจ จะพบมากในผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแล

มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้องและอุทิศให้ การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิด การดูแลเป็นการปฏิบัติกร เพื่อการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแล ต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์และศาสตร์อื่นๆ ผู้ดูแลในทัศนะนี้จะต้องมีความรู้และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี หรือพ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ให้การปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้ ความเข้าใจในการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ (เพ็ญแข ชีวะะพันธ์, 2545)

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การดูแลเป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของมนุษยชาติ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรมและประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกันมา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่าทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความจำเป็นและความผูกพันของผู้ที่ต้องดูแล ดังนั้นการดูแล จึงหมายถึง กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือการอำนวยความสะดวก การแสดงความรักความสนใจเอาใจใส่ ห่วงใยให้กำลังใจ กับผู้ที่ต้องการการพึ่งพิง ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย

3.2 แนวคิดในการดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2547, น. 10-12)

ถึงแม้ว่าการดูแลซึ่งกันและกัน เป็นวัฒนธรรมของมนุษยชาติที่ได้รับการสืบทอดต่อกันมาช้านานและในส่วนใหญ่ยังคงมีอยู่ในแต่ละครอบครัวก็ตาม แต่ในทางวิชาการได้มีผู้ให้ข้อคิดเห็นต่อแนวคิดการดูแลที่สำคัญดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ

แรงจูงใจในการช่วยเหลือ (Monitoring for Helping) สามารถนำมาอธิบายแรงจูงใจในการดูแลผู้อื่น อันประกอบไปด้วย 2 แนวคิด คือ

1.1 แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Egoistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่ผลักดันให้บุคคลช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อหวังผลตอบแทนจากการกระทำนั้นๆ ได้แก่ การได้รับค่าจ้างตอบแทน การได้รับคำชมจากบุคคลอื่นและสังคมหรือการสำนึกต่อความผิดหากไม่ช่วยเหลือผู้อื่น

1.2 แรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ ความสงสารที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง โดยอาจมีปัจจัยอื่น

เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เกี่ยวข้องเป็นญาติหรือมีบุญคุณต่อกันมาก่อน จึงจะทำให้เกิดความผูกพันและความรู้สึกอยากช่วยเหลือ

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมของบุคคลและสังคม

จากการศึกษาเพื่ออธิบายแนวคิดเรื่องการดูแลโดยรวมแนวคิดของ นักวิชาการ 35 คน จากบทความวิชาการและการวิจัย วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด ได้แบ่งแนวคิดการดูแลไว้เป็น 5 ทศนะ ได้แก่

2.1 ดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อน ลักษณะเฉพาะของตัวบุคคลและขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ

2.2 การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรมตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลหรือ สังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรมภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนโยนให้กำลังใจ จะพบมากในผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน

2.3 การดูแลเป็นการแสดงความสนใจ ห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับ อารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้องและอุทิศให้ การดูแลที่ พัฒนาขึ้นในบุคคลมี 4 ระยะ คือ ความผูกพัน ความพยายามที่จะให้ความใกล้ชิดและการแสดง ยืนยันความห่วงใย ถ้าการพัฒนาไม่ครบทั้ง 4 นี้ จะไม่ถือว่าเป็นการดูแล

2.4 การดูแลเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิด

2.5 การดูแลเป็นการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ต้อง ดูแลต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์และศาสตร์อื่นๆ ผู้ดูแลในทัศนะนี้ จะต้องมีความรู้และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีหรือ พ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ให้คำปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการ กับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นและมีความรู้ ความเข้าใจในกาประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพได้

3.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแล (Caretaker) (บรรลุ ศิริพานิช, 2549, น. 50) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้กระทำ หรือให้การดูแล และดำเนินการอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ได้รับการดูแล โดยบุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือ ให้การดูแล ครอบคลุมถึง บุคคลผู้เป็นญาติ บุคคลในครัวเรือนเพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน กลุ่มคนหรือองค์กรในชุมชน บุคลากรในสถานบริการของรัฐและเอกชน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548, น. 9) ให้ความหมายผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) ว่าหมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลที่ไม่ต้องชำระค่าบริการ ให้กับผู้สูงอายุ ที่อ่อนแอที่ต้องพึ่งพาหรือมีความต้องการช่วยเหลือ ได้แก่ ญาติ เพื่อน หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น อาสาสมัคร (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544, น. 6) ว่าเป็นผู้ที่มีศรัทธาเพื่อการทำงานสาธารณประโยชน์ โดยคำนึงถึงเวลาว่าง ความสามารถและความถนัดที่ตนเองมีอยู่ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของงานก็เพื่อประโยชน์แก่ส่วนรวมแก่องค์กร และเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบความทุกข์ยากเดือดร้อนโดยไม่มีค่าตอบแทนในการทำงาน และมีได้ยี่ดงานที่ปฏิบัติอยู่เพื่อเป็นอาชีพ ทั้งนี้การปฏิบัติงานดังกล่าวอาจจะเป็นการให้บริการทั้งทางตรง (Direct Service) และทางอ้อม (Indirect Service) ก็ได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, น. 2, 84-92; Horowitz, A., 1985, pp. 5, 194-246, อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548, น. 9)

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลแก่ผู้รับการดูแลและผู้สูงอายุที่อ่อนแอ และผู้สูงอายุ โดยอาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว (Individual) เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือ บุคคลสำคัญในชีวิต เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล (Group) เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ ก็ได้ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่เข้ามาช่วยบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจัดอยู่ในกลุ่ม ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการเพื่อประโยชน์แก่ส่วนรวม โดยไม่มีค่าตอบแทนในการทำงานโดย มิได้ยี่ดงานที่ปฏิบัติอยู่เพื่อเป็นอาชีพ

3.4 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552)

ได้กำหนดบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการแก้ไขข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ เบื้องต้น ซึ่งในทศวรรษใหม่ ทศวรรษที่ 4 ของการสาธารณสุขมูลฐาน จะเน้นการพัฒนามากกว่าการบริการ ดังนี้

1. ปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยทำตนเป็นแบบอย่าง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค โดยเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนชุมชนและชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

2. ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยการรณรงค์ลดโลกร้อน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในชุมชน การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ชุมชน เช่น กิจกรรม เฝ้าระวังทางโภชนาการ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝากครรภ์ การเฝ้าระวังด้านการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคระบาด และโรคประจำถิ่น

3. บริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน ที่มีฐานมาจากแผนที่ยุทธศาสตร์ โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่นๆ

4. สื่อข่าวสารระหว่างสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนและประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน หรือเป็นนักสื่อสารสุขภาพอย่างมีพลัง

5. ประสานงานกับบุคคล องค์กรและเครือข่าย ทำงานเป็นทีมกับ อสม. และกลุ่มภาคีสุขภาพ ตลอดจนเป็นผู้นำในการจัดกระบวนการประชุมอย่างสร้างสรรค์ โดยเป็นวิทยากรกระบวนการและอำนวยความสะดวกการประชุมรวมถึงการจัดการความรู้

6. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลและเครือข่ายสุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผน และดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน บนพื้นฐานข้อมูลของชุมชนสอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจและจิตใจควบคู่กันไป

7. ให้การบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายยาอย่างเหมาะสม การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การตรวจหาน้ำตาลในกระแสเลือด การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

สำหรับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งผู้ศึกษาได้นำมากำหนดเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การรักษาพยาบาล ได้แก่ งานบริการเกี่ยวกับการตรวจโรค รักษาโรคปฐมพยาบาล การจ่ายยา การใช้สมุนไพรรักษาโรค และการส่งต่อผู้ป่วย

2. การป้องกันโรค ได้แก่ การป้องกันโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โรคบิด โรคเอดส์ รวมถึงการป้องกันโรคที่ไม่ติดต่อ เช่น ป้องกันอุบัติเหตุ ค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ งานบริการทางด้านอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานด้านสุขภาพจิต และงานโภชนาการ

4. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ งานบริการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้พิการ และการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

3.5 แนวทางสร้างความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรสาคร

จากการก้าวสู่ทศวรรษใหม่ “ทศวรรษแห่งนวัตกรรมสาธารณสุขมูลฐาน” ของจังหวัดสมุทรสาครมีความจำเป็นต้องเบนเข็มสาธารณสุขมูลฐานจากเดิมที่เน้นในด้านบริการไปสู่การพัฒนา เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องให้ อสม. ปรับบทบาทจากบริการไปสู่การพัฒนาเพื่อสังคม หรือเรียกว่า อสม. เพื่อสังคม ในกรณีนี้จึงต้องอาศัยการศึกษาและการเสริมพลังปัญญา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงได้มีนโยบายพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้วยการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่ อสม. ในเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเร่งด่วน ตลอดจนเป็นนโยบายเน้นหนักสำคัญในปี 2552 จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ สายใยรักฯ”กองทัพนมแม่” ภาวะโลกร้อน วัณโรคและแผนชุมชนที่มีฐานมาจากแผนที่ทางเดินของยุทธศาสตร์ รวมทั้งการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่ อสม. ในเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและต้องดำเนินการให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ด้วยความรู้ที่ทันสมัยและทันเหตุการณ์ และเพื่อให้การพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ สำนักงานสาธารณสุขจึงได้จัดทำแนวทางการสร้างความเข้มแข็งของ อสม. ขึ้นโดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนาและการจัดองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข
 - 1) การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่/ฟื้นฟู
 - 2) การอบรมต่อยอดทักษะ
2. การพัฒนาศักยภาพองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข
 - 1) การจัดอบรม/สัมมนา/นำเสนอผลงานของชมรม/สมาคม/มูลนิธิ อสม.
3. การจัดการความรู้
 - 1) การจัดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน
 - 2) การจัดระบบข้อมูลข่าวสารในชุมชน
 - 3) การรวบรวมองค์ความรู้/ภูมิปัญญาท้องถิ่น
4. การพัฒนา/จัดการทุนทางสังคม
 - 1) ทุนที่มีอยู่ในชุมชน
 - 2) ทุนภายนอกสังคม
 - 3) กระบวนการจัดการองค์กร อสม.

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาถึงแนวทางการทำบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในจังหวัดสมุทรสาครนอกเหนือจาก 4 เรื่อง ที่เป็นนโยบายออกมาอย่างเด่นชัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ต้องดำเนินการแก้ไขอีกเรื่องหนึ่งในเรื่องของการรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จึงได้มีนโยบายพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้วยการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่ อสม. โดยใช้แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของ อสม. เป็นกระบวนการในการพัฒนา

3.6 แผนการฝึกอบรม อสม. ในจังหวัดสมุทรสาคร

การฝึกอบรมนี้จะเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ อสม. เปลี่ยนแปลงเจตคติและมีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1. เนื้อหาหลักสูตรที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงาน ในฐานะ อสม. โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศและการบริหารจัดการ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ดังนี้ คือ

- 1.1.1 บทบาทหน้าที่ของ อสม
- 1.1.2 สิทธิของ อสม.
- 1.1.3 การทำงานเป็นกลุ่ม
- 1.1.4 ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในหมู่บ้าน การค้นหาปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่นและการแก้ไข
- 1.1.5 สุขวิทยาส่วนบุคคล
- 1.1.6 การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- 1.1.7 การส่งเสริมสุขภาพ
- 1.1.8 การเฝ้าระวังและป้องกันโรค
- 1.1.9 การฟื้นฟูสภาพ
- 1.1.10 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ
- 1.1.11 การใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
- 1.1.12 ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เช่น โรคเอดส์ อุบัติเหตุและอุบัติเหตุ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

1.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ระยะเวลาในการอบรม จำนวน 12 วัน คือ

2.1 ช่วงแรกกำหนดระยะเวลาในการอบรมความรู้พื้นฐาน (หลักสูตรภาคบังคับ) ระยะเวลา 3 วัน

2.2 ช่วงที่ 2 อบรมต่อเนื่องทุกๆ เดือนๆ ละ 1 วัน โดยเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย กลุ่มความรู้เฉพาะ และกลุ่มความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานและการให้บริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งจะเน้นการฝึกปฏิบัติ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ เน้นการอบรมตามสภาพปัญหาในท้องถิ่น เน้นการอบรมทางด้านสาธารณสุข คือการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การเฝ้าระวัง และการส่งต่อมากกว่าการรักษาพยาบาล

3. การขึ้นทะเบียนเป็น อสม. สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อ อสม. ผ่านการอบรมหลักสูตร โดยใช้เวลา 12 วัน จะได้รับประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัว โดยรูปแบบอายุบัตร และสิทธิ เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3.7 การรับบทบาทเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2547, น. 72)

ในการที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านต้องเข้าร่วมดูแลผู้สูงอายุแบบเชิงรุกทุกมิติ (กาย จิต สังคม) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของรัฐบาล และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุในการทำหน้าที่นั้นจึงมีดังนี้

1. ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกละเลยเพิกเฉยและได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เพียงพอ และสม่ำเสมอ

2. ให้ความรู้เรื่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัว ประชาชนในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม

3. เป็นสื่อกลางในการนำ ประสาน ส่งต่อ บริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน

ดังนั้นสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องรับหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องทำหน้าที่ตามข้อกำหนดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) ที่สำคัญในการแก้ไขข้อร้องเรียน กระจายข่าวดี ขี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ เบื้องต้น และต้องผ่านกระบวนการฝึกอบรมตามแนวทางการสร้างความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรสาครที่เน้นกระบวนการพัฒนาและการจัดองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่/ฟื้นฟู การอบรมต่อยอดทักษะ การพัฒนาศักยภาพองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขและการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำหน้าที่ในการให้ความรู้และการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เพียงพอ สม่าเสมอ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior)

4.1 ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior) หรือการยอมรับปฏิบัติ (Practice) เป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนการกระทำของตนเองให้ไปสู่ภาวะที่ดีกว่า และเป็นที่ต้องการมากกว่า แต่กระบวนการดังกล่าวไม่ใช่เรื่องง่าย ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมมนุษย์นั้นซับซ้อน มีองค์ประกอบและปัจจัยเกี่ยวเนื่องจำนวนมาก เพราะมนุษย์ในสังคมมีการติดต่อและปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา ผลจากการติดต่อกันทำให้มีการแสดงตอบโต้ออกมาอาจเป็นทางบวกหรือทางลบก็ได้ การศึกษาปัจจัยพื้นฐานของพฤติกรรมจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น (จารย์เงินดี, 2552, น. 1) พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมใดๆ ของมนุษย์ที่เกิดจากการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์ต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกโดยมีพื้นฐานที่มาจากความรู้ และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน ก็เนื่องมาจากการมีความรู้ และทัศนคติที่แตกต่าง จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สังคมที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมส่วนใหญ่ของคนถูกควบคุมด้วยทัศนคติของเขาถ้าเราต้องการพยากรณ์และ

ควบคุมพฤติกรรมของคนเราต้องศึกษาเรื่องทัศนคติอย่างกว้างขวางลึกซึ้ง (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533, น. 123; อรรถธรณ ปิณฑน์โอวาท, 2549, น. 39)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ “พฤติกรรม” หมายถึง สิ่ง que แสดงออกถึงความสามารถในการปฏิบัติและกระทำพฤติกรรมใดๆ ของมนุษย์ที่เกิดจากการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์ต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกโดยมีพื้นฐานที่มาจากความรู้ และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันก็เนื่องมาจากการมีความรู้ และทัศนคติที่แตกต่างกัน

4.2 ประเภทของพฤติกรรม

พฤติกรรมมนุษย์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (จำรอง เงินดี, 2552, น. 1) ดังนี้

1) พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกแล้วบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง รับรู้ และสัมผัสได้ เช่น การพูด การเดิน การนั่ง การกิน การหัวเราะ การร้องไห้ เป็นต้น พฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกมานั้นนับว่ามีความสำคัญมาก สังคมจะประเมินจากพฤติกรรมภายนอกที่บุคคลนั้นแสดงออกมาทั้งสิ้น เพราะถ้าบุคคลไม่แสดงพฤติกรรมออกมาให้ปรากฏ สังคมก็จะไม่ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นคนอย่างไร พฤติกรรมภายนอกจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการอยู่ร่วมกันของคนในสังคม

2) พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ การแสดงออกของบุคคลทางหนึ่งที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ อาจจะโดยรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ได้ ซึ่งเราจะรู้ว่าคุณคนหนึ่งมีพฤติกรรมเหล่านั้น สามารถรับรู้ได้จากการใช้แบบวัดหรือแบบทดสอบทางจิตวิทยา เช่น ความคิด ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และความต้องการมีอำนาจ เป็นต้น

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะมีทั้งภายนอกและภายในแต่การศึกษาครั้งนี้จะเป็นการวัดการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถึงการแสดงพฤติกรรมภายนอกซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงออกแล้วบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง รับรู้ และสัมผัสได้ ได้แก่ การให้ความรู้ การติดตามเยี่ยม และการส่งต่อ

4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

Lindgren and Harvey (1981, pp. 9-14, อ้างถึงใน จำรอง เงินดี, 2552, น. 2-4) กล่าวว่าพฤติกรรมมนุษย์ที่มีผลมาจากอิทธิพลทางสังคมที่เรียกว่า พฤติกรรมทางสังคม (Social Behavior) สามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1) พฤติกรรมแต่ละบุคคล (Individual Behavior) เป็นพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่มนุษย์มีอยู่ โดยทั่วไปเป็นพฤติกรรมที่มีได้เกี่ยวข้องกับผู้อื่น ไม่มีการตอบโต้ระหว่างบุคคล และมีใช้พฤติกรรมที่เกิดจากกลุ่ม แต่เป็นพฤติกรรมที่มีอิทธิพลจากสังคม จะมีผลต่อสังคมและบุคคลรอบข้างเมื่อเขาถูกเร้าและแสดงออกมา เช่น ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม ฯลฯ

2) พฤติกรรมระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเกี่ยวพันกัน ได้ตอบกันระหว่างบุคคลบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่งกับอีกกลุ่มหนึ่ง เป็นการแสดงออกจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายมาปฏิสัมพันธ์กัน เช่น พฤติกรรมความเอื้อเฟื้อ ความก้าวร้าว การให้ความช่วยเหลือ การปฏิเสธ การยอมรับ การแข่งขัน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

3) พฤติกรรมกลุ่ม (Group Behavior) เป็นพฤติกรรมของบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป แสดงพฤติกรรมร่วมกัน มีความต้องการเกี่ยวข้องภายในกลุ่ม ส่งผลต่อพฤติกรรมภายในกลุ่ม แม้จะเป็นพฤติกรรมจากคนหนึ่งก็ตามที่ทำให้กลุ่มรับผลกระทบ อาจเป็นผลกระทบทางจิตตความรู้สึก เช่น บรรยากาศในการเรียน บรรยากาศในการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงาน ความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร ขวัญกำลังใจในการทำงาน เป็นต้น

พฤติกรรมทั้ง 3 ลักษณะ ต่างมีความสำคัญกับมนุษย์ในด้านการดำเนินชีวิตตั้งแต่อยู่ในครอบครัว ในกลุ่มเพื่อน ในสถาบันการศึกษา และอยู่ในกลุ่มอาชีพของการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในหน่วยงานถือว่ามีความสำคัญต่อองค์กรเป็นอย่างมาก

ดังนั้น จากการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาถึงพฤติกรรมในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการให้ความรู้ การติดตามเยี่ยม และการส่งต่อ ซึ่งเป็นพฤติกรรมในตัวบุคคล ที่แสดงออกถึง

1. ทศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นพฤติกรรมในตัวบุคคล ได้แก่ ความจำเป็น / ความสำคัญ และประโยชน์ของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. ทศนะต่อการเสริมพลังอำนาจในตนเองเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นพฤติกรรมในตัวบุคคล ได้แก่ การหาสาเหตุ การเลือกเทคนิควิธีการ และการช่วยให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตน

4.4 สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม

Green et al. (สงวน สุทธิเลิศอรุณ, 2543, น. 21-51) ได้แบ่งสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมนุษย์ แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวความคิดว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งการพัฒนาพฤติกรรมมนุษย์ ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญด้านต่างๆ 6 ประการ คือ

1. การเรียนรู้ (Learning)
2. ค่านิยม (Value)
3. บรรทัดฐานของสังคม (Norms)
4. ทศนคติ (Attitude)
5. ความเชื่อ (Belief)
6. การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Intersection)

วิลลิสท์ หรือฮากูร์ (2541, น. 7-9) กล่าวว่า ขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมมี 3 กระบวนการ คือ

1. กระบวนการรับรู้ (Perception) คือ กระบวนการที่รับข่าวสารจากสภาพแวดล้อมโดยผ่านทางระบบสัมผัส กระบวนการนี้จึงรวมการรู้สึก (Sensation) ด้วย
2. กระบวนการรู้ (Cognition) คือ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตที่รวมการเรียนรู้ การจำ การคิด เกิดกระบวนการทางอารมณ์ ทั้งกระบวนการรับรู้ กระบวนการรู้ และกระบวนการทางอารมณ์เป็นพฤติกรรมภายใน
3. กระบวนการเกิดพฤติกรรมในสภาพแวดล้อม (Spatial Behavior) คือ กระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมผ่านการกระทำเป็นที่สังเกตได้จากภายนอก เป็นพฤติกรรมภายนอก

4.5 วิธีการวัดพฤติกรรมทางสังคมมนุษย์

1. การสังเกต (Observation) เป็นเทคนิคที่จะดูช่วง (Range) ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ เป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่เก่าแก่ที่สุดในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคม สังเกตขณะที่ผู้ถูกสังเกตไม่รู้ตัว เช่นยืนดูอยู่ไกลๆ สังเกตจากกระจกหน้าเดียว (One-Way Mirror) สังเกตหลายๆ ครั้ง หลายๆ เวลา หลายๆ สถานที่ แล้วบันทึกไว้

2. การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการสอบถามด้วยวาจา ผู้ถูกศึกษาสามารถรายงานถึงประสบการณ์ในอดีต ข้อคิดในปัจจุบัน แนวโน้มในอนาคต ได้ข้อมูลกว้างขวาง ผู้สัมภาษณ์จะต้องใช้คำถามที่ทำให้เขาตอบสนอง แล้วบันทึกคำตอบมาวิเคราะห์ความรู้สึกปรัชญาชีวิต พฤติกรรมต่างๆ การสัมภาษณ์ที่ดีต้องมีการสังเกตพฤติกรรมประกอบด้วย เช่น ยิ้ม อาย โกรธ ลังเลใจ การสัมภาษณ์ได้ข้อมูลกว้างขวางกว่าการสังเกตมาก

3. การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ได้ข้อมูลมาก ลงทุนน้อยสามารถศึกษาได้พร้อมๆ กันเป็นกลุ่ม อาจส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ก็ได้ ใช้เวลาน้อย ผู้ตอบรู้สึกอิสระเป็นตัวของตัวเอง ไม่รู้สึกว่าถูกเร่งรัด มีเวลาที่จะไตร่ตรองก่อนตอบ ไม่มีผลสะท้อนต่อความรู้สึก

4. วิธีการวัดทางอ้อม (Indirect Techniques) เป็นวิธีวัดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อผู้ถูกศึกษาไม่ต้องมีปฏิกิริยาต่อคำถาม ซึ่งถือกันว่าเป็นกลวิธีที่นักจิตวิทยาเชื่อว่าสามารถวัดลักษณะจิตใจของคนได้โดยใช้สิ่งเร้ามากระตุ้นให้แสดงปฏิกิริยาตอบสนองสะท้อนให้เห็นภาพส่วนลึกภายในจิตใจได้ส่วนมากเป็นการวัดลักษณะบุคลิกภาพที่ถูกเก็บกดอยู่ได้จิตสำนึก วิธีการนี้เรียกว่า Projective Techniques

5. การวัดแบบไม่รบกวนผู้ถูกศึกษา (หรือวิธีวัดแบบไม่รบกวน) (Unobtrusive Measures) ไม่ต้องติดต่อกับผู้ถูกศึกษาโดยตรง ผู้ถูกศึกษาไม่ทราบว่ากำลังถูกศึกษาอยู่ ถูกพิจารณาอยู่ ถูกมองอยู่ ซึ่งจะเป็นเหตุให้ผู้ถูกศึกษามีความคิดและการกระทำที่ผิดไปจากธรรมชาติ

6. การวัดทางสรีระ (Physiological Measures) คือ การใช้เครื่องมือวัดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งยากแก่การดูด้วยตาเปล่าเพื่อให้เกิดการวัดที่แม่นยำเพราะว่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเป็นการตอบสนองโดยอัตโนมัติซึ่งซับซ้อนเกี่ยวกับการแสวงหาหรือจัดข้อมูลที่ไม่เป็นจริงตามธรรมชาติ อาศัยความรู้ที่ว่าถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

ส่วนผสมของสารเคมีต่างๆ ในผิวหนังจะเปลี่ยนไปจากเดิมเป็นผลให้ดูได้จากเข็มที่เครื่องวัด (สุบิน ยุระรัช, 2552)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการวัดพฤติกรรมของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอก ซึ่งคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยใช้แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน คำตอบมี 2 ระดับ คือ ทำ และไม่ทำ ให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ดังนั้นจากแนวคิดนี้ สามารถสรุปได้ว่า ทักษะคิดและทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพฤติกรรมภายใน (ปัจจัยภายใน) ของบุคคล ในเรื่องของทักษะคิดจะประกอบไปด้วยความจำเป็น / ความสำคัญ และประโยชน์ของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนเรื่องทักษะต่อการเสริมพลังอำนาจในตนเองเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การหาสาเหตุ การเลือกเทคนิควิธีการ และการช่วยให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งทั้งสองเรื่องนี้จะส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมภายนอก ในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การให้ความรู้ การติดตามเยี่ยม และการส่งต่อ

5. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

5.1 ความหมายของทัศนคติ

คำว่า “ทัศนคติ” (Attitude) เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Aptus” แปลว่า โน้มเอียง เหมาะสม และเมื่อนำมาใช้ในความหมายของ ทัศนคติ หมายถึง ความโน้มเอียง หรือความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งทัศนคติเป็นสภาพความพร้อมของจิตใจ และประสาทอันเกิดจากประสบการณ์ที่มีผลโดยตรงต่อการตอบสนองของบุคคลต่อสภาพความเป็นจริงและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Shaver, 1991, p. 3, อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551, น. 166) และจากการศึกษาได้มีผู้ให้ความหมายของทัศนคติสรุปได้ ดังนี้

1. ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจแสดงออกให้เห็นได้จาก คำพูดหรือจากคำตอบข้อคำถาม หรือรายงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดทัศนคติ หรือจากพฤติกรรมที่สะท้อนทัศนคตินั้นๆ คนแต่ละคนมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดแตกต่างกัน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2545, น. 192; ยุพิน ระพิพันธ์, 2544, น. 13)

2. ความเชื่อของมนุษย์เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด ความเชื่อเป็นตัวหล่อหลอมและมีอิทธิพลให้เกิดความรู้สึกเชิงประเมินต่อสิ่งนั้นๆ ว่าเป็นไปในทางบวกหรือลบ เช่น ความเชื่อเป็นไปในทางบวก ทศนคติที่เกิดขึ้นก็จะเป็นไปในทางบวก หลังจากนั้นบุคคลจะเกิดความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งจะเป็นไปในทางบวกด้วย จากพฤติกรรมที่แสดงออกมานี้เองจะเป็นตัวย้อนกลับไปปรับปรุงความเชื่อของบุคคลต่อไปเป็นวัฏจักรเช่นนี้เรื่อยๆ ไป (Fishbein & Ajzen, 1975, p. 6, อ้างถึงใน เยาวลักษณ์ ฉันทอมรเลิศกุล, 2546, น. 22)

3. ระเบียบข้อความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ อุปนิสัย และสิ่งจูงใจที่เกี่ยวข้องกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล มีลักษณะรวมตัวขึ้นหลังจากที่ได้มีการประเมินเป็นแนวโน้มไปในทางใดทางหนึ่งเสมอ ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้จากการที่ได้เกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ หรือสิ่งที่อ้างอิงถึงได้ เช่น บุคคล กลุ่มบุคคล สถาบัน สิ่งของ ค่านิยม เรื่องราวทางสังคม หรือแม้แต่ความนึกคิดต่างๆ เมื่อทัศนคติได้ก่อตัวขึ้นแล้วไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทันที แต่จะมีความคงทนถาวรพอสมควร (ธงชัย สันติวงษ์, 2547, น. 157-158; สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2546, น. 121)

4. การประเมินค่าหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบในวัตถุ คน หรือเหตุการณ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกถึงคนๆ หนึ่งเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่างที่มีต่อสิ่งเร้าทั้งคน สัตว์ สิ่งของ และสถานการณ์ต่างๆ ที่สร้างให้เกิดขึ้นจากประสบการณ์นั้นๆ ทศนคติไม่ใช่สิ่งเดียวกับค่านิยม เพราะค่านิยมเป็นสิ่งที่เราเห็นคุณค่า แต่ทัศนคติเป็นความรู้สึกด้านอารมณ์ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2541, น. 94; จำลอง เงินดี, 2552, น. 75)

5. สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ต่างๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และสภาวะความพร้อมทางจิตนี้จะต้องอยู่นานพอสมควร (ศักดิ์ไทย สุริกิจบรร, 2545, น. 138)

จากความหมายข้างต้นที่กล่าวมานี้ อาจสรุปได้ว่า ทศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าทั้งคน สัตว์ สิ่งของ และสถานการณ์ต่างๆ ที่สร้างให้เกิดมีขึ้นจากประสบการณ์นั้นๆ โดยที่ทัศนคตินี้สามารถเรียนรู้และจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์ และทัศนคตินั้น สามารถที่จะรู้หรือถูกต้องตามสภาวะความพร้อมทางจิต เมื่อทัศนคติได้ก่อตัวขึ้นแล้วไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทันทีแต่จะมีความคงทนถาวรพอสมควร

5.2 แหล่งกำเนิดทัศนคติ

ทัศนคติเป็นเรื่องของการเรียนรู้จากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อม การก่อเกิดทัศนคติคล้ายกับการเรียนรู้ทางสังคม แหล่งกำเนิดทัศนคติที่สำคัญ ดังนี้ (จำรอง เงินดี, 2552, น. 82-85)

1. วัฒนธรรม (Culture) เป็นเรื่องของสิ่งต่างๆ ที่แต่ละคนยอมรับในสังคมเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณี ความเมตตากรุณาและค่านิยมในสังคมนั้นๆ วัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมเป็นตัวหล่อหลอมทางด้านความคิดและทัศนคติของบุคคลให้แตกต่างกัน
2. ครอบครัว (Family) ถือเป็นแหล่งแรกสุดในการให้การเรียนรู้ทางสังคม พ่อแม่มีอิทธิพลสูงสุดเป็นผู้สร้างวัฒนธรรมขึ้นมาแล้วถ่ายทอดทัศนคติไปยังเด็ก เด็กจะจดจำทัศนคติส่วนใหญ่ของพ่อแม่โดยเฉพาะทัศนคติด้านคุณธรรม
3. กลุ่มเพื่อน (Peers) เริ่มตั้งแต่กลุ่มเพื่อนในวัยเด็กๆ กลุ่มเพื่อนในสถาบันการศึกษารวมถึงกลุ่มเพื่อนทำงาน กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อทัศนคติในด้านความคิดเห็นและการกระทำ
4. สื่อมวลชน (Mass Media) ประกอบด้วย วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสารต่างๆ บุคคลในสังคมย่อมต้องบริโภคสื่อมวลชนเหล่านี้ และเป้าหมายของสื่อก็คือการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และโฆษณาเพื่อพยายามเปลี่ยนทัศนคติให้ไปยอมรับหรือนิยมน้อมสิ่งต่างๆ หรือเรื่องราวต่างๆ
5. ประสบการณ์ส่วนตัว (Specific Experience) นักจิตวิทยาให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ได้รับย่อมแตกต่างกัน ประสบการณ์ในวัยเด็กมีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ รวมทั้งการพัฒนาทัศนคติ ประสบการณ์ของบุคคลที่รุนแรงหรือฝังใจย่อมทำให้บุคคลนั้นมีทัศนคติแตกต่างออกไป

5.3 ประเภทของทัศนคติ

พรพนทิพา สุปรีดานวัฒน์ (2551, น. 17-18) กล่าวว่าบุคคลสามารถแสดงทัศนคติออกได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. ทัศนคติเชิงบวก เป็นทัศนคติที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึกหรือมีอารมณ์จากสภาพจิตใจได้ตอบในด้านดีต่อบุคคลอื่น หรือเรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง รวมทั้งหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนินกิจการองค์กรและอื่นๆ
 2. ทัศนคติเชิงลบ คือ ทัศนคติที่สร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสีย ไม่ได้ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย รวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงาน องค์กร สถาบันและการดำเนินกิจการขององค์กรอื่นๆ
- ดังนั้น ทัศนคติทั้ง 3 ประเภทนี้ บุคคลอาจมีเพียงประเภทเดียวหรือหลายประเภทรวมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับความมั่นคงในเรื่องความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด และค่านิยมอื่นๆ ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์ เป็นต้น

5.4 ลักษณะของทัศนคติ

เนื่องจากว่านักวิจัยได้ศึกษาในความหมายแตกต่างกัน โดยลักษณะรวมๆ ของทัศนคติที่ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับทัศนคติให้ดียิ่งขึ้นประกอบด้วยลักษณะของทัศนคติของบุคคล ดังนี้ (ศักดิ์ไทย สุริกิจบวร, 2545, น. 138)

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้
2. ทัศนคติมีลักษณะที่คงทนถาวรอยู่นานพอสมควร
3. ทัศนคติมีลักษณะของการประเมินค่าอยู่ในตัว คือ บอกลักษณะดี-ไม่ดี ชอบ-ไม่ชอบ เป็นต้น
4. ทัศนคติทำให้บุคคลที่เป็นเจ้าของพร้อมที่จะตอบสนองต่อที่หมายของทัศนคติ
5. ทัศนคติบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับสิ่งของและบุคคลกับสถานการณ์ นั่นคือ ทัศนคดีย่อมมีที่หมายนั่นเอง

ซึ่งในประเด็นนี้พรพนทิพา สุปรีดานุวัฒน์ (2551, น. 19) กล่าวว่า ลักษณะของทัศนคติของบุคคลสรุปได้ดังนี้

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล มิใช่เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด
2. ทัศนคติเป็นสภาพทางจิตใจที่มีอิทธิพลต่อการคิดและการกระทำของบุคคลเป็นอันมาก
3. ทัศนคติเป็นสภาพทางจิตใจที่มีความถาวรพอสมควร ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลต่างก็ได้รับประสบการณ์ หรือผ่านการเรียนรู้มามาก อย่างไรก็ตาม ทัศนคติก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ อันเนื่องมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่างๆ
4. ทัศนคติมีความหมายอ้างอิงถึงบุคคล เหตุการณ์ สิ่งของ หรือทัศนคติเกิดจากสิ่งที่มีอยู่หรือเกิดขึ้นสามารถอ้างอิงได้

5.5 องค์ประกอบของทัศนคติ

ซิมบาร์โด และ ลิปป (Zimbardo & Leippe, 1991, อ้างถึงใน อรรณพ ปิณฑโนโหวาท, 2549, น. 34) ได้เสนอแผนภูมิแสดงระบบทัศนคติมีองค์ประกอบหลักๆ 5 ประการ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความนึกคิด (Cognitions) เป็นส่วนที่เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ทัวไปทั้งที่ชอบและไม่ชอบ หากบุคคลใดมีความรู้หรือมีความคิดว่าสิ่งใดดี

ก็มักจะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น หากมีความรู้มาก่อนว่าสิ่งใดไม่ดีก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น องค์ประกอบด้านความรู้ ความนึกคิดประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ส่วนที่เป็นความเชื่อ และส่วนที่เป็นการประเมิน

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (The Affective Responses) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตามบุคลิกลักษณะของคนนั้น เป็นลักษณะที่เป็นค่านิยมของแต่ละคน

3. ความตั้งใจทางด้านพฤติกรรม (Behavior Intentions) คือ ความตั้งใจที่จะแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบทางด้านความรู้ ความนึกคิด และความรู้สึก

4. พฤติกรรม (Behavior) คือ การแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง แนวคิดหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบทางด้านความรู้ ความนึกคิด และความรู้สึก

5. ทัศนคติ (Attitude) คือ ความโน้มเอียงในการประเมินวัตถุ แนวคิด บุคคล สถาบัน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าในระบบทัศนคติองค์ประกอบทั้ง 5 ส่วน ล้วนสัมพันธ์กัน ไม่มีส่วนใดแยกอยู่เป็นอิสระได้ โดยสรุปลักษณะของทัศนคติ คือ

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ของแต่ละคนมิใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด

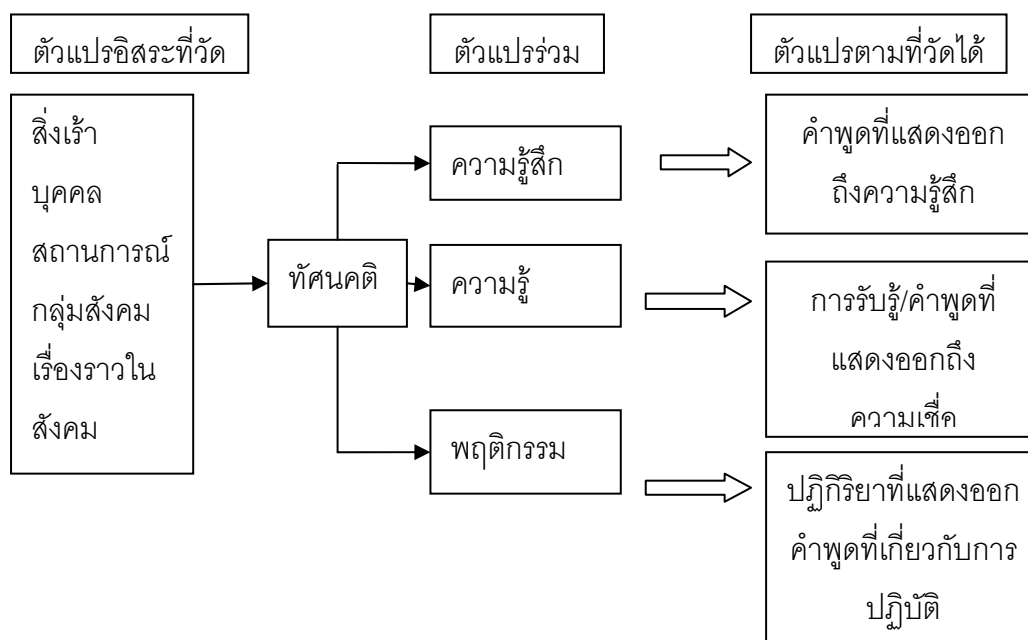
2. ทัศนคติเป็นสภาพทางจิตใจที่มีอิทธิพลต่อการคิดและการกระทำของบุคคลเป็นอันมาก

3. ทัศนคติเป็นสภาพทางจิตใจมีความถาวรพอสมควร ทั้งนี้ เนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์ และผ่านการเรียนรู้มามาก อย่างไรก็ตามทัศนคติก็อาจเปลี่ยนแปลงได้ อันเนื่องมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติขึ้นอยู่กับความรู้ คือ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติก็จะเปลี่ยนแปลง และเมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงแล้ว ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้ง 3 อย่างนี้มีความเชื่อมโยงกัน ฉะนั้น ในการที่จะให้มีการยอมรับหรือปฏิเสธในสิ่งใดต้องพยายามเปลี่ยนแปลงทัศนคติเสียก่อนโดยการให้ความรู้

ภาพที่ 2.2

องค์ประกอบความสัมพันธ์ของทัศนคติ ความรู้ และการปฏิบัติ



ที่มา: “ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ตำรวจนครบาลระดับปฏิบัติการด้าน
ปัญหาการค้ำมนุษย์,” โดย Triandis (1971, p. 3, อ้างถึงใน ศุภลักษณ์ พอพรรณ, 2548, น. 26)

ดังนั้น องค์ประกอบทั้ง 3 ประการซึ่งได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมหากมีความสอดคล้องกัน ลักษณะพฤติกรรมที่ตอบสนองจะเป็นไปด้วยดี แต่หากไม่สอดคล้องกันจะเกิดเป็นความขัดแย้งขึ้นได้ การที่จะลดความขัดแย้งก็ต้องปรับเปลี่ยนองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งให้สอดคล้องกัน

5.6 การวัดทัศนคติ

ศักดิ์ไทย สุริกิจบวร (2545, น. 150-152) กล่าวว่า เราไม่สามารถวัดทัศนคติได้โดยตรง แต่สามารถวัดได้จากพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม การวัดทัศนคติแบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. วิธีการวัดทางตรง (Directive Technique) มี 2 วิธี ได้แก่

1.1 วิธีการสัมภาษณ์ (Interview) เป็นวิธีวัดที่จะต้องใช้เวลาอย่างมากเพราะต้องใช้วัดทีละคน

1.2 ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) สามารถวัดได้ครั้งละหลายๆ คน
สิ้นเปลืองเวลาน้อยแบบสอบถามที่จะใช้วัดทัศนคติอาจจะใช้ (Attitude Scale) ซึ่งมีหลายแบบ คือ

1) Thurston Scale เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยประโยคต่างๆ หลายประโยคแล้วแต่จะวัดเรื่องอะไรที่หน้าประโยค แต่ละประโยคจะมีค่าสเกล (Scale Value) ของแต่ละประโยคอยู่ด้วยซึ่งมีค่าอยู่ตั้งแต่ 1-11 พร้อมทั้งจุดทศนิยมและจะติดไปกับประโยคนั้นตลอดไปจากการศึกษาของเทอร์สตันโดยข้อที่มีค่าของสเกล (Scale Value) ต่ำ แสดงว่ามีทัศนคติที่ไม่ดีค่าของสเกล (Scale Value) สูง แสดงว่ามีทัศนคติที่ดี

2) Likert Scale เป็นแบบทดสอบทัศนคติที่ ลิเกิร์ตได้สร้างขึ้นเป็นแบบทดสอบที่เป็นประโยคและมีหัวข้อให้เลือก คือ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างมาก ทัศนคติทางบวกจะได้คะแนนมาก ทัศนคติทางลบจะได้คะแนนน้อย ถ้านำแต่ละข้อมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยเราจะรู้ว่ามีทัศนคติอย่างไร

3) Semantic Differential Scale เป็นมาตรฐานการวัดทัศนคติซึ่งเป็นมาตราส่วนที่ใช้หลักความแตกต่างทางด้านความหมาย เช่น คำว่า สวย รวย ฯลฯ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์ที่มีความหมายโดยตรง (Denotative Meaning) จะใช้คำคุณศัพท์ที่มีความหมายแฝง (Connotative Meaning) เช่น คำว่า เร็ว-ช้า-ร้อน-เย็น ฯลฯ คือ ใช้สำหรับวัดสิ่งกบต่างๆ โดยทั่วไป

2. วิธีการวัดทางอ้อม (Indirective Technique) มี 2 วิธี ได้แก่

2.1 วิธีวัดทัศนคติโดยให้ต่อความ (Sentence Completion) หรือให้อ่านแล้วต่อความหมาย ซึ่งผู้ถูกวัดในเรื่องใดๆ จะไม่รู้ตัวว่าถูกวัดอะไร เช่น ตัวอย่างวัดทัศนคติต่อครอบครัว คุณแม่ของฉัน.....คุณพ่อของฉัน.....บ้านของฉัน..... ฯลฯ

2.2 วิธีวัดทัศนคติโดยหาคำมาสัมพันธ์ (Word Association) โดยผู้ถูกวัดทัศนคติต่อคำต่างๆ เมื่อเห็นคำเหล่านั้นแล้วนึกถึงอะไรแล้วให้เขียนลงไปคู่กับคำๆ นั้น เช่น แม่..... พ่อ.....น้อง.....พี่..... ฯลฯ

2.3 วิธีวัดทัศนคติการผูกเรื่องจากภาพ หรือโดยการเล่าเรื่องจากภาพ (Story Telling) โดยให้ผู้ที่เราต้องการวัดดูภาพที่ละภาพผู้ที่ถูกวัดจะเอาประสบการณ์ต่างๆ ของคนมาผูกโยงกับภาพเหล่านั้นทำให้เราทราบทัศนคติของเขาได้ ได้แก่ TAT วิธีหยดหมึกของรอร์ชชาร์ท

3. ศึกษาจากสิ่งอื่นโดยไม่ต้องติดต่อกับบุคคลที่เราจะวัดเลย (Unobtrusive Technique) เป็นวิธีวัดทางตรงและทางอ้อม เพราะวิธีวัดแบบนี้ เราไม่ต้องไปเกี่ยวข้องกับผู้ที่เราจะวัดเลย เช่น

3.1 การวัดความสึกกร่อน (Erosion Measure)

3.2 การวัดสิ่งที่สะสมซึ่งถูกทิ้งไว้เบื้องต้น (Trace Measure) เช่น รอยเท้า รอยมือ ฯลฯ

3.3 ดูจากหลักฐานต่างๆ ที่เป็นเอกสารหรือข้อเขียนต่างๆ (Archive) ซึ่งวิธีวัดแบบนี้เป็นวิธีที่ให้ค่าออกมาไม่แน่นอน ควรจะใช้ควบคู่กับวิธีวัดแบบอื่นๆ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2551, น. 166-167) กล่าวว่าเราวัดทัศนคตินั้น ถือเป็นการวัดในลักษณะภาพรวม ทั้งในด้านของความรู้สึก ด้านความคิด รวมถึงกิริยาของบุคคลแต่ละคน โดยอาศัยวิธีการสร้างคำถามขึ้นมาเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็น หรือความรู้สึกออกมาให้มากที่สุด ซึ่งในการสร้างเครื่องมือวัดทัศนคตินั้นต้องอาศัยความละเอียดและการดำเนินตามกระบวนการสร้างเครื่องมือวัดเพื่อที่จะให้ผลที่ได้ออกมาจากการวัดทัศนคตินั้นตอบวัตถุประสงค์ของการวัดให้มากที่สุด กระบวนการสร้างเครื่องมือวัดทัศนคติ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การจำแนกตัวแปรที่จะวัด
2. การเลือกวิธีการวัด
3. การจัดทำร่างเครื่องมือวัด
4. การทดสอบเครื่องมือวัดเบื้องต้น
5. การทดสอบเครื่องมือวัดครั้งสุดท้าย
6. การเลือกคำถามที่ดีที่สุด

การคัดเลือกวิธีการวัดทัศนคติมีเทคนิควิธีการวัดที่สำคัญหลายวิธี ซึ่งวิธีการที่เลือกใช้กันมากที่สุดในการศึกษาวิจัยทางสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ เทคนิคการวัดทัศนคติของลิเกิร์ต หรือ Likert Type Scale เป็นเทคนิคการวัดที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่นิยมใช้มากที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้มาตรวัดทัศนคติแบบลิเกิร์ต หรือ Likert Type Scale เนื่องจากสะดวกและง่ายต่อการสร้างเครื่องมือ ประหยัดเวลา อีกทั้งยังมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถสรุปได้ว่า ทัศนคติเป็นส่วนหนึ่งของความคิด ความเชื่อของบุคคล เป็นตัวจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปในทางเดียวกับทัศนคติของตน จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมจึงเป็นสิ่งที่สะท้อนกับทัศนคติ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าทัศนคติกับพฤติกรรมจะมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน แต่พฤติกรรมที่แสดงออกไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นเสมอไป ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมของคนเรานั้นมิได้ถูกกำหนดโดยทัศนคติแต่เพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยอื่นซึ่งเป็นตัวแปรของพฤติกรรมอยู่ด้วย เช่น สถานภาพ

สถานการณ์ และเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในขณะนั้น “ทัศนคติ” อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกิดจากการประเมินพฤติกรรมในการเข้าไปช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุ จึงมีแนวโน้มที่จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแนวทางที่จะปฏิบัติงาน หรือตัดสินใจในการเลือกวิธีปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อองค์กรของจังหวัดสมุทรสาครต่อไป โดยผู้ศึกษามุ่งเน้นศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่แสดงออกใน 2 ลักษณะ คือ

1) ทัศนคติทางบวก คือ ความรู้สึกนึกคิดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาของการดูแลแบบองค์รวมเป็นอย่างดี มีความพอใจและเห็นความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมที่มีต่อตนเอง องค์กร และกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร

2) ทัศนคติทางลบ คือ ความรู้สึกนึกคิดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาของการดูแลแบบองค์รวม แต่อย่างใดและไม่สนใจไม่ตระหนักในความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมที่มีต่อตนเอง องค์กร และกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุจะทำให้เกิดความสนใจที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชนและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ครอบครัว ประชาชน และสังคม แต่ถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติทางลบต่อการดูแลผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดความไม่สนใจที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ยุทธศาสตร์และแผนของจังหวัดสมุทรสาครล้มเหลว อีกทั้งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแย่ลง

6. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนะ

6.1 ความหมายของทัศนะ

มีผู้ให้ความหมายของทัศนะ ดังต่อไปนี้

ตามความหมายของพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของทัศนะไว้ว่า ทัศนะ คือ ความเห็น การเห็น เครื่องรู้เห็น สิ่งที่เห็น หรือ การแสดง

Kolesnik (ธฤต ศิริอุโณทัย, 2542, น. 16) ได้สรุปนิยาม ความคิดเห็นว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกซึ่งการตัดสินใจจากการประเมินค่า (Evaluation Judgment) หรือ ทรรศนะ (Point of View) เกี่ยวกับเรื่องในเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ และความคิดเห็น ย่อมได้รับอิทธิพลของทัศนคติ ซึ่งคล้ายคลึงกับบนถุมล บวรชุม (2543, อ้างถึงใน พัทยาพร ยิ้มเที่ยง, 2546, น. 58) ที่อธิบายว่า ทรรศนะ หมายถึง การรวบรวมความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น และความจริง ซึ่งได้แก่ ความรู้ รวมทั้งความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นบุคคล สิ่งของ สถานการณ์หรือ การกระทำ อันเป็นความคิดเห็นที่พร้อมจะยอมรับหรือไม่ยอมรับต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือความรู้ซึ่งเป็นการประเมินค่าทางบวกและทางลบ

นอกจากนี้ ทรรศนะ ยังเป็นการแสดงความคิด ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจจะเป็น การพูดหรือการเขียนก็ได้ โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม เป็นส่วนช่วยในการแสดงความคิดเห็น (นันทภูมิ รุ่งเรือง, 2545, อ้างถึงใน พัทยาพร ยิ้มเที่ยง, 2546, น. 57) ซึ่งตรงกับความหมายทางจิตวิทยาที่กล่าวว่า ทรรศนะมีความสำคัญต่อพฤติกรรมมนุษย์ในแง่เกี่ยวกับ ความรู้ ความเข้าใจถึงข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการศึกษาถึงการพัฒนาความสามารถทางทักษะ สติปัญญา และการใช้วิจารณญาณของมนุษย์เพื่อประกอบการตัดสินใจไว้ดังนี้คือ การยอมรับ การเรียนรู้ของมนุษย์จะเริ่มต้นจากในระดับง่าย ๆ ก่อน แล้วเพิ่มความสามารถในการใช้ความคิด และการพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2520) โดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้น ดังนี้ คือ

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ อาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยินหรือได้ฟัง ความรู้ในขั้นนี้ประกอบด้วย คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎโครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น อาจกล่าวได้ความรู้ นั้นเป็นเรื่องของการจำได้ หรือระลึกได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อนและไม่ต้องใช้สมองมากนัก ดังนั้นการจำได้เป็นกระบวนการที่สำคัญทางจิตวิทยาและเป็นขั้นตอนที่จะนำสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การนำไปสู่การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ได้ใช้ความคิดและความสามารถด้านสมองเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยที่มาของความรู้ นั้น จอห์น โฮสเปอร์ นักปรัชญาผู้มีชื่อเสียงอธิบายไว้ว่ามี 4 ที่มาคือ จากประสบการณ์จริง จากเหตุผล จากผู้รู้ และจากการหยั่งรู้

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมขั้นต่อมาจากความรู้ขั้นตอนนี้ จะต้องใช้ความสามารถทางสมองและทักษะในขั้นสูงจนถึงระดับของ “การสื่อความหมาย” ซึ่งอาจทำได้ทั้งที่เป็นการใช้ปากเปล่า ข้อเขียน ภาษา หรือการใช้สัญลักษณ์ มักเกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้

ทราบข่าวสารต่างๆ แล้ว โดยการฟัง เห็น อ่าน หรือเขียน ความเข้าใจนี้อาจแสดงออกในรูปของการใช้ทักษะหรือการแปลความหมายต่างๆ เช่น การบรรยายข่าวสารโดยใช้คำพูดของตนเอง หรือการแปลความหมายจากภาษาหนึ่งไปยังอีกภาษาหนึ่ง โดยคงความหมายเดิมเอาไว้หรืออาจเป็นการแสดงความคิดเห็นหรือการใช้ข้อสรุป หรือการคาดคะเนได้เช่นกัน

3. การนำความรู้ไปใช้ (Application) ความสามารถในการนำความรู้ไปใช้เป็นพฤติกรรมขั้นที่สาม ซึ่งต้องอาศัยความสามารถ หรือทักษะทางด้านความเข้าใจดังกล่าวมาแล้ว การนำเอาความรู้ไปใช้นี้อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การแก้ปัญหาตนเอง

4. การวิเคราะห์ (Analysis) ความสามารถในการวิเคราะห์เป็นพฤติกรรมที่ช่วยให้ความสามารถในการแยกภาพรวมออกเป็นส่วนย่อย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่เด่นชัดขึ้น แบ่งเป็นชั้นย่อยได้ 3 ชั้นด้วยกันคือ ความสามารถในการแยกองค์ประกอบของปัญหาออกเป็นส่วนๆ ความสามารถในการเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบ และความสามารถในการมองเห็นหลักของการผสมผสานปัญหาที่เป็นองค์ประกอบย่อยมากมายหลายๆ ส่วน มารวมเข้าเป็นกรอบโครงสร้างที่แน่ชัด โดยทั่วไปแล้ว ความสามารถนี้จะเกิดจากการนำเอาประสบการณ์ในอดีตมารวมกับประสบการณ์ในปัจจุบัน และนำมาสร้างเป็นกรอบที่มีระเบียบแบบแผนความสามารถในการสังเคราะห์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์หรือความคิดริเริ่มจึงต้องอาศัยความสามารถขั้นต่างๆ หลายๆ ขั้นดังกล่าวมาแล้ว กล่าวคือจะต้องมีความเข้าใจในการนำเอาความรู้ไปใช้และความสามารถในการวิเคราะห์มาประกอบกัน

5. การประเมินผล (Evaluation) ความสามารถในการประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับการให้ค่าต่อความรู้หรือข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งต้องใช้กฎเกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นส่วนประกอบในการประเมินผล มาตรฐานนี้จะออกมาทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ และมาตรฐานนี้อาจจะออกมาจากที่บุคคลนั้นตั้งขึ้นมาเอง หรือมาจากมาตรฐานที่มีอยู่แล้ว ความสามารถในการประเมินผลนอกจากจะเป็นความสามารถขั้นสุดท้ายแล้วยังเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญของพฤติกรรมด้านอื่นๆ อีกด้วย ความสามารถในการประเมินผลนี้ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นขั้นตอนสุดท้ายเสมอไป แต่อาจจะอยู่ในขั้นตอนของความสามารถหรือทักษะต่างๆ

จากความหมายที่บุคคลดังกล่าวได้ให้ความหมายของทักษะ สรุปได้ว่า ทักษะ คือ ความคิด ความเห็น ความเข้าใจ การแสดงความคิดเห็นของบุคคล ผ่านการแสดงออก การพูด การเขียน ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อการยอมรับในทางบวกและทางลบ รวมถึงการพัฒนาสติปัญญา กระบวนการเรียนรู้ กระบวนการคิด โดยทักษะจะมีพื้นฐานการตัดสินใจ และการประเมินมาจากความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ การวิเคราะห์ และสิ่งแวดล้อม การก่อเกิดทักษะความคิดเห็น

ของบุคคลที่มีส่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น อาจเกิดขึ้นโดยมีองค์ประกอบของการก่อเกิดทัศนะหลายประการ ซึ่ง Foster (1952, อ้างถึงใน สุชาติ สุทธิจิระพันธ์, 2543, น. 10) ได้กล่าวสรุปมูลเหตุของความคิดเห็น ดังนี้เกิดจากประสบการณ์ที่มีต่อบุคคลมีต่อสิ่งของ บุคคล หมู่คณะ เรื่องราวต่างๆ หรือสถานการณ์ ความเห็นเกิดขึ้นในตัวบุคคล จากการได้พบเห็น ค้นเคย ระบบค่านิยมและการตัดสินใจค่านิยม เนื่องจากแต่ละกลุ่มจะมีค่านิยมและการตัดสินใจค่านิยมแตกต่างกัน ดังนั้นบุคคลในแต่ละกลุ่มจึงมีความคิดเห็นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ตรงกัน

นอกจากนี้ จำเริญ ภาวิจิตร (ธฤต ศรีอรุณทัย, 2542, น. 16-17) ได้กล่าวถึงอิทธิพลของความคิดเห็นว่าขึ้นอยู่กับกลุ่มทางสังคม ดังนี้

ภูมิหลังทางสังคม (Social Background) คือ กลุ่มคนที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน โดยทั่วไปย่อมมีความคิดเห็นแตกต่างกันไปด้วย เช่น ความคิดเห็นระหว่างผู้เยาว์กับผู้สูงอายุ ชาวชนบทกับชาวเมืองกลุ่มอ้างอิง (Reference Groups) โดยปกติจะคบหาสมาคมกัน หรือกระทำสิ่งใดให้แก่ผู้ใดนั้น ความคิดที่มักจะคำนึงถึงคือมีอะไรร่วมกัน หรือ อ้างอิงกันได้ เช่น มีอาชีพแบบเดียวกันหรือเป็นสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าโรงเรียนเดียวกัน แต่ละคนย่อมกำหนดหรือระบุกลุ่มที่ตนเองเป็นสมาชิกหรือเป็นกลุ่มที่ตนเองมีความรู้สึกว่าจะตนเองอยู่ในกลุ่มและร่วมกิจกรรมต่างๆ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวมีอิทธิพลต่อสาธารณสมบัติ กลุ่มกระตือรือร้น หรือกลุ่มเฉื่อยชา (Active and Passive Groups) โดยผู้ที่สนใจและมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ย่อมมีความกระตือรือร้นเป็นพิเศษ และก่อให้เกิดเป็นกลุ่มผลประโยชน์ได้ในที่สุดและสามารถมีอิทธิพลต่อสาธารณสมบัติโดยเฉพาะการจูงใจให้คนเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยในประเด็นต่างๆ ได้ ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มเฉื่อยชาที่ไม่มีบทบาทอะไรนักต่อสาธารณสมบัติ

สรุป สิ่งที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดทัศนะคือ ภูมิหลังของบุคคล ประสบการณ์จากการได้พบเห็น พุดคุย หรือได้ยินมา ค่านิยมของบุคคลและสังคม พฤติกรรมการแสดงออกทางด้านความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รวมทั้งกลุ่มบุคคลที่ได้พบปะสังสรรค์

ดังนั้น จากการศึกษานี้ได้ศึกษาถึงทัศนะต่อการเสริมพลังอำนาจในตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการแสดงความคิดเห็นภายในตัวบุคคล (ปัจจัยภายใน) ที่อาจเกิดจากภูมิหลังของบุคคล ประสบการณ์จากการได้พบเห็น พุดคุย หรือได้ยินมา ค่านิยมของบุคคลและสังคม ที่มีต่อการเสริมพลังอำนาจในเรื่องการหาสาเหตุ การเลือกเทคนิควิธีการ และการช่วยให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตน ที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาขอนำเสนอรูปแบบการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องแนวทางการเสริมพลังอำนาจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องเรื่อง

7.1 การทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

7.2 การทำหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
ซึ่งสามารถสรุปออกมาเป็นประเด็นได้ดังนี้

7.1 การทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ในประเด็นนี้ผู้ศึกษาขอแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน คือ

7.1.1 การทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

นิตยา อุ่นบัว (2549, น. 97-100) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษาเฉพาะเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและผลกระทบของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ตลอดจนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในแต่ละประเด็นสามารถสรุปเป็นภาพรวมได้ดังนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง อายุระหว่าง 41-50 ปีสถานภาพส่วนใหญ่สมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและผลกระทบของโรคเรื้อรังแบ่งออก 5 เรื่อง ความหมายของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ สาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ผลกระทบต่อการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ตลอดจนผลกระทบต่อการครอบครัวและชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ใน 5 เรื่องนี้ระดับสูง การปฏิบัติงานในเรื่องของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังด้านการให้คำแนะนำ/การเผยแพร่ความรู้ มีการปฏิบัติในระดับสูง ด้านการรับ-ส่ง ข่าวสาร การประสานงาน และการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ในเรื่องของการเป็นผู้ให้บริการ อยู่ในระดับปานกลาง สรุปในภาพรวมความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต่อบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ ปรากฏว่ามี

ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและผลกระทบของโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับบทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับจุฑามาศ ประเสริฐศิลป์ (2550, น. 83-86) ศึกษาเรื่องการปฏิบัติงานของ อสม. ในเขต อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในพื้นที่อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. 3) เพื่อศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. นั้นจากปัจจัยที่ทำการศึกษาประกอบด้วย เพศ การศึกษา สถานภาพครอบครัว รายได้ ต่อครอบครัว อาชีพ ระยะเวลาในการเริ่มทำงาน พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. และในเรื่องของปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. พบว่า ปัญหาในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อยู่ในระดับน้อย โดยมีปัญหาในการปฏิบัติงาน 5 อันดับแรก ในเรื่องชาวบ้านไม่ให้ความร่วมมือในการทำงาน รองลงมาเป็นปัญหาเรื่องผู้นำท้องถิ่นไม่สนับสนุนและไม่ให้ความร่วมมือ และมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะทำงานในบทบาท อสม. และมีความจำเป็นต้องไปประกอบอาชีพนอกหมู่บ้าน ลำดับสุดท้ายเป็นปัญหาเรื่องไม่มีเวลาพอ เพราะมีภาระทางครอบครัว ส่วนปัญหาที่พบน้อยที่สุดจะเป็นเรื่องไม่ได้รับค่าตอบแทนจึงไม่อยากทำงาน และขาดขวัญกำลังใจ เพราะเจ้าหน้าที่ไม่ติดตามเยี่ยม อีกด้านหนึ่งมณฑล เผือกโสมณ (2552, น. 113-114) พบว่า ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านทั้งหมดมีการปฏิบัติหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุนั้นอยู่ในระดับมาก โดยมีการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือพูดคุยให้คลายเหงา การดูแลจิตใจ การช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น การประสานงานหรือส่งเรื่องต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งด้านการจัดบริการและการจัดสวัสดิการสังคม ส่วนด้านการเฝ้าระวังเตือนภัยอยู่ในระดับน้อย และยังพบว่า ระดับการปฏิบัติหน้าที่มีความสัมพันธ์กับเพศ และอาชีพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

7.1.2 ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ยุพดี ศิริวรรณ (2542, น. 85-87) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการให้บริการสุขภาพจิต การวิจัยนี้

ต้องการศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการให้บริการสุขภาพจิต พบว่า อาสาสมัครมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเฉลี่ยปานกลาง เมื่อทดสอบความสัมพันธ์เรื่องเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการอบรมสุขภาพจิตต่างกันจะมีทัศนคติต่อสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ส่วนเรื่องปฏิบัติของสุขภาพจิตและการให้บริการสุขภาพจิตระดับปานกลาง อีกด้านหนึ่งอุษณีย์ พึ่งปาน (2551, น. 101-103) พบว่าทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในภาคเหนือของประเทศ ต่อระบบสาธารณสุขมูลฐานในขอบเขตความรับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดจากความต้องการของรัฐที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรทุกแห่งในประเทศ โดยตั้งใจให้ อ.ส.ม. เป็นผู้ให้ความรู้และบริการสาธารณสุขเบื้องต้น แต่ในการปฏิบัติจริง อ.ส.ม. ที่ได้รับการอบรมไม่ได้ปฏิบัติให้ถึงเป้าประสงค์ และการให้บริการของ อ.ส.ม. ยังมีน้อย มีจำนวนถึงร้อยละ 45 ที่ต้องการเลิกทำงานทั้งนี้เพราะเห็นว่าเป็นงานที่ไม่มีค่าตอบแทน นอกจากนี้ประชากรในชุมชนส่วนใหญ่ขาดความเชื่อถือ อ.ส.ม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อกำหนดของกระทรวง แต่พอใจกับการปฏิบัติงานของผู้ที่เป็นหมอเถื่อน เช่น ผู้ที่ให้บริการฉีดยาหรือให้น้ำเกลือ ซึ่งมีอัตราอยู่ระหว่างร้อยละ 7.7-14.3 ส่วนนลินี อนุวัชมงคล (2551, น. 91-92) พบว่าความรู้ ทักษะและปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อโครงการค้นหาดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อน ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางร้อยละ 54.6 สำหรับทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อโครงการส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนทัศนคติที่มีต่อสิ่งที่กรมสุขภาพจิตสนับสนุนโครงการที่ควรปรับปรุง ได้แก่ ไปสำรวจตัวอักษรเล็กเกินไป แบบสำรวจควรแยก 1 โรค ต่อ 1 แผ่น สมุดทะเบียนผู้ป่วยมีรายละเอียดมากเกินไป ภาษาที่ใช้ในการลงทะเบียนอ่านเข้าใจยาก ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพจริงจะดีกว่าการ์ตูน และในด้านปัญหาในการปฏิบัติงานนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขตัดสินใจไม่ได้ในกรณีผู้ป่วยมีอาการหลายโรครวมกันร้อยละ 56.8 ไม่เคยได้รับเงินในการติดตามดูแลผู้ป่วย 30 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย ต่อการเยี่ยมครบ 4 ครั้ง ร้อยละ 72.7 และ อสม. ทั้งหมดใช้ไปสำรวจซักถามเฉพาะผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคเท่านั้น ซึ่งนายชาติรี ป้อมเพชร (2543, น. 101-103) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนตามทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจังหวัดพิษณุโลก โดยส่วนรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นงาน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากงานควบคุมโรคติดต่อและป้องกันโรคในท้องถิ่นและงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายการ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีการปฏิบัติมากได้แก่ แจ้งข่าวการเกิดโรคให้เจ้าหน้าที่ทราบ

โดยเร็ว รมรณงค์กำหนดแหล่งเพาะพันธุ์ยุ้งลาย แนะนำและติดตามเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ไปรับวัคซีนตามกำหนด ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้มีการฉีดวัคซีนทั้งในสถานบริการสาธารณสุขหรือจุดนัดในชุมชน แนะนำหญิงตั้งครรภ์ไปรับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก ซึ่งน้ำหนักเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ทุก 3 เดือน ส่งเสริมให้มีการจำหน่ายเกลือไอโอดีน และแนะนำหญิงมีครรภ์ไปฝากครรภ์ และการปฏิบัติที่อยู่ในระดับน้อย คือ จัดหาแปรงสีฟัน ยาสีฟัน มาจำหน่ายใน ศสมช. และชุมชน

ส่วนการเปรียบเทียบการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนตามทัศนะของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานและเจ้าหน้าที่ผู้ไม่ได้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้แนะนำและติดตามเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ไปรับวัคซีนตามกำหนด ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้มีการฉีดวัคซีนทั้งในสถานบริการสาธารณสุขหรือจุดนัดในชุมชน ส่งเสริมให้มีการจำหน่ายเกลือไอโอดีนในหมู่บ้าน จ่ายน้ำไอโอดีนเข้มข้น (ขวดเดียว) ให้ประชาชนและแนะนำให้ประชาชนไม่ให้ใช้ยาชุดยาของ มีความเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.2 การทำหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ในประเด็นนี้ผู้ศึกษาขอแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน คือ

7.2.1 ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น. 165-167) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนในเรื่องความรู้และบทบาทหน้าที่ของอสม/อผส. ที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ยังต้องให้การพัฒนาความรู้และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาให้มากขึ้น จึงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552, น. 207-211) พบว่า รูปแบบและถอดตัวแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ที่ได้รับการคัดเลือกกว่ามีการจัดบริการที่ดี โดยคัดเลือกพื้นที่นอกเขตเมืองหรือนอกเขตเทศบาลที่ได้รับการกล่าวถึงหรือได้รับการยกย่องว่ามีการจัดบริการด้านผู้สูงอายุที่ดี และมีการจัดบริการผู้สูงอายุในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่เด่นชัด ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้การดูแลที่ดีในทัศนะของประชาชนในชุมชนชนบท จากการสนทนากลุ่มกับสมาชิกในชุมชน ในความคิดเห็น คือ 1) การที่บุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ต่อ

การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในทุกเรื่อง ได้แก่ การจัดหาอาหาร ป้อนอาหาร/หรือการจัดเตรียมอาหาร การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การพาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก จัดที่อยู่อาศัยสะอาดไม่มีกลิ่น 2) การที่บุตรหลานมีความห่วงใย เชื้ออาทรแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา ไม่ทิ้งพ่อแม่ไปไหนนาน พุดคุยเล่าเรื่อง และการสร้างอารมณ์ขัน 3) การที่บุตรหลานมีความเคารพนับถือ ได้แก่ ไม่ได้ด้อย ถึงแม้จะถูกบิดา ตำราบอกกล่าวเมื่อออกจากบ้านและขอคำแนะนำจากพ่อ แม่ก่อนดำเนินการใดๆ ส่วนตัวแบบการดูแลที่ดี ซึ่งเป็นตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย ประกอบไปด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลทางด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ และมณฑลเผือกโสภณ (2552, น. 113-114) พบว่า ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านทั้งหมดมีการปฏิบัติหน้าที่ และการปฏิบัติหน้าที่นั้นอยู่ในระดับมาก โดยมีการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือ พุดคุยให้คลายเหงา การดูแลจัดหายา การช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น การประสานงานหรือส่งเรื่องต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งด้านการจัดบริการและการจัดสวัสดิการสังคม ส่วนด้านการเฝ้าระวังเตือนภัยอยู่ในระดับน้อย และยังพบว่า ระดับการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับเพศ และอาชีพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

7.2.2 ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ในส่วนนี้ได้มีงานวิจัยของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น. 165-167) กล่าวว่า รูปแบบการดูแลในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้เป็นอย่างดี เป็นที่นำพาใจของผู้สูงอายุ มีการใช้เทคนิคและวิธีการต่างๆ ในการดูแลสุขภาพ ส่วนบุคคลสามารถทำได้ดี ให้อาหารและยาตรงตามเวลา ไม่เกิดแผลกดทับ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเกรงว่าไม่สามารถจะรับมือหรือให้การดูแลที่ดีได้ จึงต้องให้ อสม./ อผส. เข้ามาช่วยให้การดูแลร่วมด้วย ทางด้าน เล็ก สมบัติ (2549, น. 105-113) จากการทำสนทนากลุ่มในครอบครัวลักษณะการดูแลที่ได้รับจากสมาชิกในบ้านทั้งในเวลาปกติและเวลาเจ็บป่วยจะครอบคลุมการดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลด้านอาหาร/โภชนาการ การดูแลที่พักอาศัย ซึ่งลักษณะการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว และถ้าสมาชิกในครอบครัวถ้ามีภาระมาก จะมีระดับการดูแลเอาใจใส่ต่ำ และมีการควบคุมภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจได้น้อย ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ดีตามไปด้วย

7.2.3 ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

จากงานวิจัยของ วรรณรัตน์ ลาวัณ (2548, น. 124-127) ศึกษาแล้วพบปัญหาว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลที่เป็นปัญหาในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านมากที่สุด คือ การขาดความรู้ การไม่มีประสบการณ์ในการดูแล และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ด้านที่พบปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุดจากการดูแลคือ ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ประมาณ 2 ใน 3 มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย รองลงมาคือปัญหาการนอนไม่หลับ ส่วน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548, น. 166-172) ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย และการเสียสละเป็นอย่างมาก จึงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ อาจนำไปสู่ความเครียดและพึงพอใจได้ การศึกษาภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่จะนำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลได้นั้น พบว่ากลุ่มที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ และจิตใจนั้นเกิดจากความเครียดในบทบาท คือการดำรงในบทบาทที่มากเกินไป จะเป็นกลุ่มที่มีภาวะการดูแลเชิงซ้อน (ดูแลตนเองและผู้สูงอายุ) กลุ่มที่มีได้คาดคิดว่า จะต้องรับบทบาทนี้ และกลุ่มที่มีอาชีพหลักเป็นงานที่ต้องทำงานตามเวลาที่กำหนด และอีกประการหนึ่ง คือ ความวิตกกังวลด้านการเงิน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดกับผู้ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ทำไร่ ทำนา รับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยปีละ 10,000-13,000 บาท ส่วนปัญหาด้านสุขภาพที่มีต่อผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดจากการปวดหัว เป็นไข้ ปวดหลัง ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย และอีกประการหนึ่งของผู้ดูแลเป็นปัญหาการรับเบี่ยงชีพในประเด็นความไม่เพียงพอและขาดโอกาส ปัญหา ระบบบริการทั้งการแพทย์และสังคมไม่มีในชนบท ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเล็ก สมบัติ (2549, น. 133) ผลการศึกษางานศพประกอบของศกยภาพครอบครัวมีความสอดคล้องและสัมพันธ์กันกับผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวพยายามทำหน้าที่ดูแลในด้านสุขภาพอนามัย ด้านโภชนาการและอาหาร ด้านสิ่งของเครื่องใช้ อุกุโศก บริโภค ทั้งในเวลาที่พักติและเวลาที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยอยู่ทำได้ยากและเป็นภาวะของโรคเรื้อรังของโรคที่ยาวนาน ดังนั้น การให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังนั้น ผู้ดูแล/ สมาชิกในครอบครัวก็ควรจะได้รับความสะดวกและได้รับการดูแลช่วยเหลือควบคู่กันไป ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจ และด้านสังคม

7.2.4 ความต้องการการเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

จากงานวิจัยของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548, น. 173-174) พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลนั้นต้องการให้มีแพทย์มาตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ อีกทั้งต้องการให้แพทย์ประจำอยู่ที่อนามัยอย่างน้อย 1 คน ซึ่งเป็นความต้องการของทุกภาคมากที่สุด นอกจากนั้นจะเป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาโรค ป้องกันโรค และโภชนาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ต้องการอุปกรณ์เพื่อเพิ่มความสะดวกในการ

เคลื่อนไหว และเล็ก สมบัติ (2549, น. 120-122) ผลการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัวและกลุ่มผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นกับการให้ความช่วยเหลือเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้สูงขึ้นในประเด็นความต้องการให้หน่วยงานอื่นมาช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นว่าเป็นการแบ่งเบาภาระงานของครอบครัว เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพดีกว่า ต้องการให้แพทย์จากโรงพยาบาลเข้ามาดูแลสุขภาพที่บ้าน ต้องการให้ อบต. สนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมากกว่าการดูแล และได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ทราบถึงข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องครอบครัวในด้านการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มากที่สุด รองลงมาการช่วยเหลือทางด้านงบประมาณและสวัสดิการ การสร้างความสามัคคีและการทำกิจกรรมร่วมกัน การให้คำแนะนำปรึกษาทุกเรื่อง

ผู้ศึกษาสามารถสรุปการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ว่า การทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุเรื่องของปัจจัยที่ประกอบไปด้วย เพศ การศึกษา สถานภาพครอบครัว รายได้ต่อครอบครัว อาชีพ ระยะเวลาในการเริ่มทำงาน นั้นไม่มีปัจจัยใดที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ส่วนในเรื่องของปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. พบว่า ปัญหาในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อยู่ในระดับน้อย ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและผลกระทบของโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ในด้านการปฏิบัติงานในเรื่องของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังด้านการให้คำแนะนำ/การเผยแพร่ความรู้ มีการปฏิบัติในระดับสูงด้านการรับ-ส่ง ข่าวสาร การประสานงาน และการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเรื่องของการเป็นผู้ให้บริการ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านทั้งหมดมีการปฏิบัติหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุนั้นอยู่ในระดับมาก โดยมีการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือ พุดคุยให้คลายเหงา การดูแลจัดหา การช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น การประสานงานหรือส่งเรื่องต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งด้านการจัดบริการและการจัดสวัสดิการสังคม ส่วนด้านการเฝ้าระวังเตือนภัยอยู่ในระดับน้อย และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนนั้นในเรื่องของปัจจัยที่ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการอบรมสุขภาพจิตต่างกันจะมีทัศนคติต่อสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 เรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการให้บริการสุขภาพจิต พบว่า อาสาสมัครมีความรู้และปฏิบัติของสุขภาพจิตรวมทั้งการให้บริการสุขภาพจิตเกี่ยวกับสุขภาพจิตเฉลี่ยปานกลาง ส่วนทัศนคติต่อระบบสาธารณสุขมูลฐานในขอบเขตความรับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติจริง อ.ส.ม. ที่ได้รับการอบรมไม่ได้ปฏิบัติให้ถึงเป้าประสงค์ และการให้บริการยังมีน้อย นอกจากนี้ประชากรในชุมชนส่วนใหญ่ขาดความเชื่อถือ อ.ส.ม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อกำหนดของกระทรวง แต่พอใจกับการปฏิบัติงานของผู้ที่เป็นหมอเถื่อน เช่น ผู้ที่ให้บริการฉีดยาหรือให้น้ำเกลือซึ่งปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ในด้านปัญหาในการปฏิบัติงานนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถตัดสินใจได้ในกรณีผู้ป่วยมีอาการหลายโรครวมกันและ ไม่เคยได้รับเงินในการติดตามดูแลผู้ป่วย 30 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย ต่อการเยี่ยมครบ 4 ครั้ง

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทราบถึงความรู้ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อเป็นการค้นหาสภาพของการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนในเรื่องความรู้และบทบาทหน้าที่ของ อสม./อผส. ที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ยังต้องให้การพัฒนาความรู้และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาให้มากขึ้น จึงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในเรื่องของรูปแบบและถอดตัวแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในด้านทักษะของประชาชนในชุมชนชนบท มีความคิดเห็น คือ 1) การที่บุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในทุกเรื่อง ได้แก่ การจัดหาอาหาร ป้อนอาหาร/หรือการจัดเตรียมอาหาร การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การพาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก จัดที่อยู่อาศัยสะอาด ไม่มีกลิ่น 2) การที่บุตรหลานมีความห่วงใย เชื้ออาทรแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา ไม่ทิ้งพ่อแม่ไปไหนนาน พูดคุยเล่าเรื่อง และการสร้างอารมณ์ขัน 3) การที่บุตรหลานมีความเคารพนับถือ ได้แก่ ไม่ได้เถียง ถึงแม้จะถูกบิดา คำว่าบอกกล่าวเมื่อออกจากบ้านและขอคำแนะนำจากพ่อแม่ก่อนดำเนินการใดๆ ส่วนตัวแบบการดูแลที่ดี ซึ่งเป็นตัวแบบพฤติกรรมของ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย ประกอบไปด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลทางด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสมุทรสาครในเรื่องของรูปแบบการดูแลในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัวทั้งในเวลาปกติและเวลาเจ็บป่วยจะครอบคลุมการดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ มีความสามารถในการทำหน้าที่ได้เป็นอย่างดี เป็นที่น่าพอใจของผู้สูงอายุ มีการใช้เทคนิคและวิธีการต่างๆ ในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสามารถทำได้ดีให้อาหารและยาตรงตามเวลา ไม่เกิดแผลกดทับ การดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลด้านอาหาร/โภชนาการ การดูแลที่พักอาศัย ซึ่งลักษณะการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเกรงว่าไม่สามารถจะรับมือหรือให้การดูแลที่ดี และถ้าสมาชิกในครอบครัวถ้ามีภาระมาก จะมีระดับการดูแลเอาใจใส่ต่ำ และมีการควบคุมภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจได้น้อย ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ดีตามไปด้วย ดังนั้นจึงต้องให้ อสม./อผส. เข้ามาช่วยให้การดูแลร่วมด้วย

ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร นั้นในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุถือเป็นภารกิจที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย และการเสียสละเป็นอย่างมาก จึงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ อาจนำไปสู่ความเครียดและพึ่งพอใจได้ ซึ่งกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ และจิตใจนั้นเกิดจากความเครียดในบทบาทคือ การดำรงในบทบาทที่มากเกินไป จะเป็นกลุ่มที่มีภาวะการดูแลเชิงซ้อน (ดูแลตนเองและผู้สูงอายุ) กลุ่มที่ได้คาดคิดว่าจะต้องรับบทบาทนี้ และกลุ่มที่มีอาชีพหลักเป็นงานที่ต้องทำงานตามเวลาที่กำหนด และอีกประการหนึ่ง คือ ความวิตกกังวลด้านการเงิน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดกับผู้ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ทำไร่ ทำนา รับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยปีละ 10,000-13,000 บาท ส่วนปัญหาด้านสุขภาพที่มีต่อผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดจากการปวดหัว เป็นไข้ ปวดหลัง ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย และอีกประการหนึ่งของผู้ดูแลเป็นปัญหาการรับเบี้ยยังชีพในประเด็นความไม่เพียงพอและขาดโอกาส ปัญหาระบบบริการทั้งการแพทย์และสังคมไม่มีในชุมชน

ความต้องการการเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร นั้นต้องการให้มีแพทย์มาตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ

อีกทั้งต้องการให้แพทย์ประจำอยู่ที่อนามัยอย่างน้อย 1 คน นอกจากนั้นจะเป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาโรค ป้องกันโรค และโภชนาการ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ต้องการอุปกรณ์เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเคลื่อนไหว และต้องการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้สูงขึ้นในประเด็นความต้องการให้หน่วยงานอื่นมาช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระงานของครอบครัว เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพดีกว่า ต้องการให้แพทย์จากโรงพยาบาลเข้ามาดูแลสุขภาพที่บ้าน ต้องการให้ อบต. สนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมากกว่าการดูแล และได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ทราบถึงข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องครอบครัวในด้านการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มากที่สุด รองลงมาการช่วยเหลือทางด้านงบประมาณและสวัสดิการ การสร้างความสามัคคีและการทำกิจกรรมร่วมกัน การให้คำแนะนำปรึกษาทุกเรื่อง

8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

