



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

: กรณีศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร

RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND SKILLS WITH RIGHT
PROTECTION OF CHRONIC DISEASED PATIENTS IN THE
COMMUNITY : A CASE STUDY OF WATTANA DISTRICT
PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS, BANGKOK

จุฑาทิพย์ เจริญไทย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

: กรณีศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร

RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND SKILLS WITH RIGHT PROTECTION
OF CHRONIC DISEASED PATIENTS IN THE COMMUNITY : A CASE STUDY
OF WATTANA DISTRICT PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS, BANGKOK

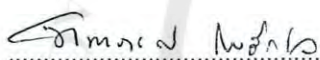
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้

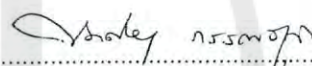
การศึกษาอิสระฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)

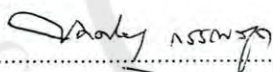
เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2560



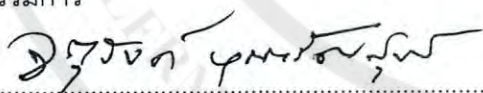
อาจารย์ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล
ประธานกรรมการ



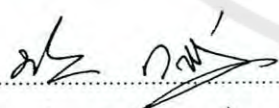
รองศาสตราจารย์ ดร.ชัตติยา กรรณสูต
อาจารย์ที่ปรึกษา



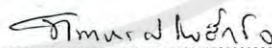
รองศาสตราจารย์ ดร.ชัตติยา กรรณสูต
กรรมการ



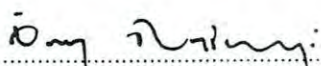
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร
กรรมการ



อาจารย์ ดร.ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ
กรรมการ



อาจารย์ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล
ประธานหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
(การบริหารสวัสดิการสังคม)



รองศาสตราจารย์อัสยา จันทร์วิทยานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



อาจารย์นวลใย วัฒนกุล
คณบดีคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
: กรณีศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร

จุฬาทิพย์ เจริญไทย 586086

สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาการศึกษาอิสระ: ชัตติยา กรรณสูต, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาเชิงปริมาณโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานครกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ SPSS for Window ผลการศึกษามีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 61.44 ปี อายุระหว่าง 51-60 ปี สถานภาพสมรสแล้ว สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน (อสส.) เฉลี่ย 10.70 ปี ระยะเวลา 11-15 ปี ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชน ระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 ทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 การปฏิบัติหน้าที่ ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 และ 3) การเสริมพลังอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r = .538$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 5 ข้อ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดไม่มีผลต่อการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพิทักษ์สิทธิ

RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND SKILLS WITH RIGHT PROTECTION
OF CHRONIC DISEASED PATIENTS IN THE COMMUNITY : A CASE STUDY OF
WATTANA DISTRICT PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS, BANGKOK

CHUTHATHIP JAREARNTHAI 586086

MASTER OF SOCIAL WORK (SOCIAL WELFARE ADMINISTRATION)

INDEPENDENT STUDY ADVISORY COMMITTEE: KATTIYA KANNASUT, Ph.D.

ABSTRACT

This study is a quantitative research with its objectives to find out their personal information, knowledge and skills of the public health volunteers in Wattana district in relation to the right protection of the patients with chronic disease in their community. 100 purposive samples were used to collect data by administered questionnaires. The collected data was analyzed by the SPSS for window program and the results are as follows:

This study found that most samples were female, average aged 61.44 years, between 51-60 years old, primary graduation, the average time of working as a public health volunteer was 10.70 years, duration 11-15 years. The knowledge of chronic disease and also the skills for taking care of the patients are at a highest levels (\bar{x} = 4.72, SD.=0.45), and (\bar{x} = 4.26, SD.=0.52) respectively. The right protection for chronic diseased patients composing of 3 dimensions showed that 1) Service practice for the patients with chronic disease and 2) Knowledge about diagnosis and right protection are both at high level (\bar{x} = 3.89, SD=0.33) and (\bar{x} = 4.05, SD.=0.55) respectively, while 3) Empowerment given to such patients are at highest level (\bar{x} = 4.51, SD.=0.49)

The correlation coefficient analysis between the skills for taking care of the patients and the right protection of the chronic diseased patients in the community revealed positive correlated (r = .538) at the 0.5 level of significance. The results of the five hypothesis tests showed that gender, age, education level, marital status, and duration of volunteering, have no effect with the right protection of chronic diseased patients in the community.

Keywords: Right Protection of Chronic Disease Patients, Public Health Volunteers

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาอิสระฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล ประธานหลักสูตรการสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสวัสดิการสังคม รองศาสตราจารย์ ดร.ชัตติยา กรรณสูต อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร คณะกรรมการสอบการศึกษาอิสระ ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนชี้แนะประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์ จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ผู้ศึกษาขอขอบคุณอาจารย์เบญจพร บัวสำลี อาจารย์กฤตวรรณ สำหรับ อาจารย์ประจำ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ให้ความรู้ให้คำแนะนำการใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์ ขอขอบคุณคณาจารย์ สำนักงานเลขาธิการคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม และเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย ที่คอยให้คำแนะนำประสานงาน แจ้งข้อมูลต่าง ๆ ที่สำคัญ ขอขอบคุณพี่น้องร่วมรุ่นทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ ทำให้การศึกษาอิสระนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้สอนในสาขาวิชาการบริหารสวัสดิการสังคม ผู้อบรมบ่มเพาะความรู้อันมีค่าให้กับผู้ศึกษาตลอดการศึกษาที่ผ่านมา ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง และทุกท่านในองค์กรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือแนะนำ และให้โอกาส ขอกราบขอบพระคุณประชากรกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการให้ข้อมูลอันมีคุณค่ายิ่งต่อการศึกษาวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้ที่มอบชีวิตและอบรมสั่งสอนสิ่งที่ดั่งยามมาถึงทุกวันนี้ รวมถึงมอบความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย และคำแนะนำต่าง ๆ แก่ลูกด้วยดี ทำให้ลูกพากเพียรเรียนสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ขอขอบพระคุณ ครูบาอาจารย์ทุกท่านที่มอบโอกาสในการเรียน อบรมสั่งสอนทั้งเรื่องวิชาการ เรื่องการปฏิบัติงาน และเรื่องต่าง ๆ แก่ศิษย์คนนี้เสมอมา

จุฑาทิพย์ เจริญไทย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย	4
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.4 คำถามในการวิจัย	4
1.5 สมมุติฐานงานวิจัย (Hypothesis)	5
1.6 นิยามคำศัพท์เฉพาะ	5
1.7 ข้อจำกัดในการวิจัย	6
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	12
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์	16
2.4 แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ	20
2.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	34
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	35
3.3 การทดสอบความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ	35
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	36
3.6 การนำเสนอผลงานวิจัย	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ผลข้อมูลพื้นฐาน	39
4.2 ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและทักษะการปฏิบัติงาน	42
4.3 ผลการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	45
4.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิ	52
4.5 ทดสอบสมมติฐาน	54
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย	
5.1 สรุปผลการศึกษา	56
5.2 อภิปรายผล	58
5.3 ข้อเสนอแนะในงานวิจัย	60
5.4 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป	61
บรรณานุกรม	63
ภาคผนวก	
แบบสอบถาม	68
ประวัติผู้เขียน	75

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	39
2	40
3	40
4	41
5	42
6	43
7	44
8	47
9	49
10	51
11	53
12	53
13	54
14	54
15	55
16	55
17	55
18	56

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

34



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกายจิตและสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้ สุขภาพจึงมิใช่เป้าหมายแห่งการดำรงชีวิตอยู่อีกต่อไป หากแต่เป็นแหล่งประโยชน์ของทุกวันที่เราดำเนินชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกที่มุ่งเน้นแหล่งประโยชน์ทางสังคมและแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล รวมถึงศักยภาพทางกายของบุคคล ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เพียงความรับผิดชอบของภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีมุ่งไปที่รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพะในที่สุดการสร้างเสริมสุขภาพมีจุดเน้นที่การเข้าถึงความเสมอภาคทางสุขภาพ การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งลด ความแตกต่างของสถานะทางสุขภาพ โดยสร้างโอกาสและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงศักยภาพด้านสุขภาพอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุนสุขภาพ เพิ่มโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เพิ่มพูนทักษะชีวิต และเพิ่มทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ประชาชนจะไม่สามารถเข้าถึงสุขภาพดีตามศักยภาพสูงสุดของตน หากประชาชนไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเหล่านั้นได้ โอกาสและแหล่งประโยชน์เหล่านี้ควรมีความเท่าเทียมกันทั้งหญิงและชาย ปัจจัยพื้นฐานของสุขภาพและโอกาสที่จะเข้าถึงสุขภาพไม่ได้ขึ้นกับภาคส่วนที่ให้บริการสุขภาพเพียงด้านเดียว การสร้างเสริมสุขภาพต้องเกิดจากการดำเนินการร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เห็นความสำคัญของสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพภาคสังคมและเศรษฐกิจ ภาคเอกชน องค์กรอาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคอุตสาหกรรมและสื่อมวลชน ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีบทบาทต่อสุขภาพในฐานะบุคคล สมาชิกครอบครัว และสมาชิกชุมชน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพ มีภารกิจสำคัญในการเป็นสื่อกลางระหว่างภาคส่วนที่มีความต้องการแตกต่างกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ (ลินคอล์น อุนพรมมี. 2556 : 3)

ภายใต้นโยบายของรัฐบาลตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการให้กับประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการพัฒนาศักยภาพของประชาชนด้านพฤติกรรมและสำนักทางสุขภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2560 : 2) ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการสำรวจดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนและสุขภาพิบาลที่ดี ส่งเสริมให้ประชาชน

พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้จากการร่วมมือกับภาคีส่วนต่าง ๆ โดยมี การบูรณาการแผนงานระหว่างหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก รวมทั้งภาคีเครือข่ายด้าน ต่าง ๆ ให้มีการเสริมสร้างภาวะสุขภาพของประชาชนและสุขภาพิบาลเมืองที่ดีในลักษณะองค์รวม (Holistic) ซึ่งสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย 9 ยุทธศาสตร์หลักดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การรณรงค์สร้างความรู้ความตระหนักในประเด็นเชิงสุขภาพ สำคัญตามสถานการณ์และบริบทมหานครให้กับประชาชนในวงกว้าง พร้อมยกเป็นประเด็นสุขภาพ ระดับมหานคร ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์แบบครบวงจรบนพื้นฐานข้อมูลจริงจำแนกตามพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายให้ สามารถเป็นต้นแบบของระบบบริการสุขภาพเขตเมืองยุทธศาสตร์ที่ 3 การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ การจัดการสุขภาพิบาลที่อาจก่อให้เกิดมลภาวะและผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนตามทิศทางการ พัฒนาผังเมืองและชุมชน ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเพิ่มศักยภาพ ยกระดับมาตรฐานการควบคุม จัดการภัย พิบัติรูปแบบต่าง ๆ มุ่งเป็นมหานครแห่งความปลอดภัย รองรับ AEC ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนา หน่วยบริการสุขภาพแบบองค์รวมระดับปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับความต้องการและมีมาตรฐาน เทียบเคียงสากล ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาขีดความสามารถมาตรฐานและประสิทธิภาพระบบ สนับสนุนบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 7 การสร้าง ขยาย พัฒนา และจัดการ เครือข่ายสนับสนุนบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนาบุคลากร องค์ความรู้และระบบบริหารจัดการ ยุทธศาสตร์ที่ 9 การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสาธารณสุข มุ่งสู่การ เป็นศูนย์สารสนเทศสาธารณสุข กทม. โดยมีการดำเนินโครงการและแผนงานในด้านต่าง ๆ ให้มีความ สอดคล้องสามารถตอบสนองยุทธศาสตร์ทั้ง 9 ด้าน นำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญเชิงพื้นที่ และ การบูรณาการภารกิจของหน่วยงานในระดับสำนักงาน กอง และศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผล ให้การพัฒนาในภาพรวมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความเป็นเอกภาพ คุ่มค่า และสมประโยชน์ สนองตอบความต้องการและประโยชน์สุขของประชาชน (สำนักอนามัย, 2560 : ออนไลน์)

การพัฒนางานสาธารณสุขอยู่บนพื้นฐานของการผสมผสานระหว่างการพัฒนาสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาล โดยมีการประสานงานส่งต่ออย่างเหมาะสม การจัดการบริการสาธารณสุขควรเน้นความครอบคลุม และมีความเป็นธรรมในการจัดการทุกประเภท ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นประชาชนทั่วไป คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชาชนตามหลักการดังกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุข การสร้างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขใน ชุมชน จะทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้พัฒนาบริการไปสู่ผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการได้อย่างครอบคลุม และถูกต้องเหมาะสม อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร หรือที่เรียกกันอย่างคุ้นเคยว่า อสส. เป็นอาสาสมัครจิตอาสาเป็นพลังในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐานของประชาชน ในพื้นที่กรุงเทพมหานครปัจจุบันนอกจากบทบาทในงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแล้วอาสาสมัคร

สาธารณสุขกรุงเทพมหานครได้มีบทบาทในการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก โดยให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายหลักที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ กลุ่มสตรีมีครรภ์และหญิงหลังคลอด กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความพิการรุนแรง และกลุ่มคนพิการ

สถานการณ์โรคเรื้อรัง Non communicable diseases (NCDs) หรือกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งประกอบไปด้วยโรคหลัก คือ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุของการตายของประชากร 38 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 68 ของสาเหตุการตายทั้งหมดของประชากรโลก (56 ล้านคน ใน พ.ศ. 2555) และมากกว่า 16 ล้านคนเป็นผู้ที่เสียชีวิตในช่วงอายุต่ำกว่า 70 ปี หรือเรียกว่าเป็นการตายก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2560 : 4)

สำหรับในประเทศไทยจากผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึง ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวน 4 โรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมองโรคหัวใจขาดเลือดโรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างปี พ.ศ. 2555 กับ พ.ศ. 2558 จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์ พบว่า อัตราตายในช่วงอายุ 30-69 ปีของทั้ง 4 โรคมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุด จาก 33.4 ต่อแสนประชากรเพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด จาก 22.4 ต่อแสนประชากร เป็น 27.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน จาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง จาก 3.8 ต่อแสนประชากร เป็น 4.5 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตรายโรคระหว่างเพศ พบว่า โรคหลอดเลือดสมองโรคหัวใจขาดเลือดและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบในเพศชายพบสูงกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า ขณะที่โรคเบาหวานพบการเสียชีวิตในกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 พบการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญเพิ่มขึ้น หนึ่งในสามของประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ความชุกเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 คิดเป็นจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 300,000 คนความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 คิดเป็นจำนวนประมาณ 13 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 600,000 คน (ในจำนวนนี้เป็นผู้ไม่รู้ตัวว่าเป็น DM/HT ถึงร้อยละ 40) ผลกระทบการสูญเสียปีสุขภาวะของ

ประชากรไทยปี พ.ศ. 2556 จำแนกตามเพศและรายโรค พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง โดยค่าความสูญเสียในเพศชายร้อยละ 6.9 เพศหญิง ร้อยละ 8.2 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2560 : 2)

จากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่องานสังคมสงเคราะห์ในการพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง และทักษะการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง และทักษะการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนากรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง และทักษะการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานครกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตพื้นที่ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร
2. ขอบเขตผู้ให้ข้อมูล เลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมกิจกรรมการประชุมประจำเดือน จำนวน 100 คน
3. ขอบเขตด้านเนื้อหา
 - 1) ศึกษาความรู้และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
 - 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

1.4 คำถามในการวิจัย

1. ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังและทักษะการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับใด

2. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร สัมพันธ์กับความรู้ และทักษะอย่างไร

3. ความรู้และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีความสัมพันธ์กันหรือไม่และในระดับใด

1.5 สมมุติฐานงานวิจัย (Hypothesis)

สมมุติฐานที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมากกว่าเพศชาย

สมมุติฐานที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุมากมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนดีกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุน้อย

สมมุติฐานที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูงมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

สมมุติฐานที่ 4 อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพโสดมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีครอบครัว

สมมุติฐานที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธาณสุขนาน มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขน้อย

1.6 นิยามคำศัพท์เฉพาะ

โรคเรื้อรัง หมายถึง ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ใช้ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการดูแลรักษายาวนาน และต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด การเจ็บป่วยมักเป็นอย่างถาวร ค่อย ๆ ลุกลามจนมีอาการรุนแรงขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้อาการทุเลา และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เพียงพอและไม่ดูแลตนเองอาการก็จะรุนแรงมีภาวะแทรกซ้อน จนถึงขั้นเสียชีวิตได้โรคเรื้อรังมีหลายประเภท เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวาย โรคไตวาย โรคข้อเสื่อม เป็นต้น

โรคเรื้อรังมีผลต่อหลอดเลือด ได้แก่

- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคหลอดเลือดสมองตีบ

โรคเรื้อรังเหล่านี้ต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะการเจ็บป่วยที่อาจทำให้เกิดความพิการรุนแรงแก่ผู้ป่วยได้

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน และการช่วยเหลือผู้พิการให้เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการในเขตพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เรียกว่า อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)

สิทธิผู้ป่วย หมายถึง อำนาจหรือประโยชน์อันชอบธรรมที่ผู้ป่วย หรือผู้มารับบริการทางสุขภาพพึงได้รับตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ และคำประกาศสิทธิผู้ป่วยจากสถานบริการสุขภาพ และผู้ให้บริการรักษาพยาบาล

1.7 ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยนี้มีข้อจำกัด 2 ประการ ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษาลดเคลื่อนไปได้บ้าง คือ

1. ข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลา เนื่องจากงานวิจัยนี้จะต้องให้เสร็จภายในภาคการศึกษาที่ 1/2560 (ตั้งแต่ 19 สิงหาคม - 17 ธันวาคม 2560) หรือประมาณ 4 เดือน แต่เวลาในการทำวิจัยจริง ๆ มีเพียง 3 เดือน เนื่องจากได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้หลังจากปรับปรุงแก้ไขข้อเสนองานวิจัย (Research Proposal) แล้วเสร็จสมบูรณ์เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2560 การมีเวลาน้อยทำให้การทำงานอาจไม่ครบถ้วนจนถึงขีดพลาตได้

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือ กลุ่ม อสส. ที่เข้าร่วมประชุมประจำเดือนพฤศจิกายน 2560 แต่ก่อนหน้านั้น คือ ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ผู้วิจัยได้ลงชุมชนเพื่อสัมภาษณ์ อสส. กลุ่มเป้าหมายในระหว่างปฏิบัติการตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เพื่อนำไปใช้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม เนื่องจาก อสส. ต้องทำงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังอยู่เกือบตลอดเวลา จะมีเวลาว่างเฉพาะช่วงสั้น ๆ เท่านั้นที่จะสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ และบางครั้งผู้ให้ข้อมูลก็ยังมีขาดสมาธิอีกด้วย จึงจำเป็นต้องตัดข้อความให้เหลือสั้นที่สุดตามเวลาที่สอดคล้องกับการมีสมาธิของผู้ให้ข้อมูล

แต่กระนั้นก็ยังปรากฏว่าในแต่ละรายที่สัมภาษณ์ต้องใช้เวลามาก ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูลเสียใหม่ ให้เป็นแบบ (Administered Questionnaire) โดยการขออนุญาตท่านผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง เขตวัฒนา โดยผ่านท่านหัวหน้าพยาบาลที่เป็นประธานที่ประชุม ซึ่งก็ได้รับอนุมัติและอำนวยความสะดวกให้เป็นอย่างดียิ่งจาก

บุคคลากร ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทองทุกท่าน รวมถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ซึ่งให้ข้อมูลด้วยทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนจำนวน 100 ชุด (โปรดดูรายละเอียด ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลในบทที่ 3) เนื่องจาก อสส. สามารถกรอกข้อมูลคำตอบลงในแบบสอบถามได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่มีสิ่งใดรบกวน

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบข้อมูลความรู้เรื่องโรคเรื้อรังและทักษะการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร
2. ผลจากการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่การส่งเสริมสุขภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในการเป็นภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนให้สามารถเข้าถึงสิทธิและได้รับสวัสดิการที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการประกอบ การศึกษางานวิจัยดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ

2.4 แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ

2.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้จัดทำ หลักสูตรอบรมเพิ่มพูนความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2557 ได้ให้ ความรู้และบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ไว้ดังนี้ (2557 : 7-19)

2.1.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เรียกว่า อาสาสมัคร กรุงเทพมหานคร หรือ (อสส.) ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า (อสม.) หรือ (อสส.) นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละ ต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา อสม. หรือ อสส. จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชน

เมื่อกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของ อสม. หรือ อสส. อาจจะดูเล็กน้อยตั้งแต่เกิดรวด เม็ดทรายกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนเป็นชมรมฯ พลัง เหล่านี้ก็มีความมั่นคงตั้งภูผาพร้อมที่จะต่อสู้ และก้าวนำไปสู่การพัฒนาในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของภาคประชาชน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการ คัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข

กำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสาน กิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนโดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ยดังนี้

พื้นที่ชนบท: อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง: เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มี อสม.

เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือนเขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ 10-20 คนต่อหมู่บ้าน

2.1.2 คุณสมบัติของ อสม.

- 1) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในระแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
- 2) สมัยใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 3) มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้านไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1 - 2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน
- 4) อ่านออกเขียนได้
- 5) เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
- 6) ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

2.1.3 วิธีการคัดเลือก อสม.

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อสม. ทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของ อสม. และจำนวน อสม. มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อสม. และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา อสม.

2) แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้านออกเป็นคุ้มละ 8 - 15 หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจ และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้ม นั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้าน หรือคุ้ม

อนึ่ง การคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้าน มีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส

2.1.4 การฝึกอบรม อสม. ใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1) วิธีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ

2) เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1) กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

- (1) บทบาทหน้าที่ของ อสม.
- (2) สิทธิของ อสม.
- (3) การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน
- (4) การค้นหาวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น
- (5) สุขวิทยาส่วนบุคคล
- (6) การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข
- (7) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น
- (8) การฟื้นฟูสภาพ
- (9) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
- (10) การจัดกิจกรรมการปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน (ศสมช.)
- (11) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อ

การพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2.2) กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การขึ้นทะเบียนเป็น อสม. สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่ม

ความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้น ได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐาน และกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1. วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัวโดยดูจากผลการดำเนินงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชนหากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น)

2. การฟื้นฟูสภาพ

1) ฟื้นฟูสภาพตามวาระ

2) ตาย

3) ลาออก

4) ย้ายที่อยู่

5) ประชาชนลงมติโดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้านหรือ

คณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

บทบาทหน้าที่ของ อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ขี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้าน มารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุข แล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จัดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการ และสุขาภิบาลอาหาร

การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคล็ด ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้านถ่ายทอดความรู้ และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชนให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่นโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2560 : ออนไลน์) ได้กล่าวถึงรายงานสถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังนี้

กลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable diseases) หรือชื่อภาษาไทย เรียกว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นั้นเป็นชื่อเรียก กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ

หากแต่เกิดจากปัจจัย ต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากวิถีการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่าง เหล่า บุหรี่ ขาดการออกกำลังกายอาหารหวานมันเค็มจัดและมีความเครียด

องค์การอนามัยโลก (WHO) เห็นว่ากลุ่มโรค NCDs นั้น ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึง 63% ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs และที่สำคัญกว่านั้น คือ กว่า 80% เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา

ประเทศไทยสถิติในปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีถึง 14 ล้านคน ที่เป็นโรคในกลุ่มโรค NCDs และที่สำคัญยิ่งถือว่ากลุ่มโรค NCD เป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ และพบว่า มีประชากรเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 300,000 คน หรือคิดเป็น 73% ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2552 คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 200,000 ล้านบาทต่อปีทั้งสถิติการเสียชีวิตดังกล่าวยังแสดงว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลก และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต ซึ่งโรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ 1) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) 2) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) 3) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) 4) โรคมะเร็ง (Cancer) 5) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) 6) โรคอ้วนลงพุง (Obesity)

ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 95 มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ แต่ยังคงดำเนินชีวิตประจำวันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมได้ หากแต่การมีโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะลูกกลมแทรกซ้อนอาจทำให้สมรรถนะการปฏิบัติกิจวัตรในชีวิตประจำวันลดลง หรืออาจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และมีแนวโน้มความรุนแรงสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 โรคข้อเสื่อม ร้อยละ 9 นอกจากนี้ในการสำรวจปี พ.ศ. 2556 ยังบ่งชี้ว่า งานด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในประชากรสูงอายุก่อนที่จะเกิดปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวอันเป็นเหตุให้เกิดภาวะพึ่งพานั้น มีผู้สูงอายุที่เข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในระดับที่ไม่สูงนัก เช่น มีผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 56.7 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ร้อยละ 31 การตรวจการได้ยิน ร้อยละ 30 การตรวจการมองเห็น ร้อยละ 46 การคัดกรองผู้มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 28 การประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 12 การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำประจำวัน ร้อยละ 24-27 การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ 60 ขึ้นไป ร้อยละ 40 เป็นต้น

ประเด็นท้าทายหลักต่อการดำเนินงานผู้สูงอายุ ได้แก่ การขาดการบูรณาการส่วนภูมิภาคระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการทำงานเชิงรุกด้านผู้สูงอายุ กฎระเบียบที่มีอยู่ยังไม่เอื้อต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เช่น กฎระเบียบในการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การขาดแผนกำลังคนด้านผู้สูงอายุในระดับประเทศ การขาดการพัฒนา

ศักยภาพด้านคนในการดูแลผู้สูงอายุ การขาดมาตรฐานในการกำกับการให้บริการและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันแม้พื้นที่เขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร หรือเมืองใหญ่ ๆ ในส่วนภูมิภาคจะมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขป็นพื้นฐานต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ายังขาดกลไกในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ (ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 2560. 2557- 2560 : 18-19)

ต่อมากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาระบาดวิทยาการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในระหว่างปี พ.ศ. 2555-2558 สถิติการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ 5 โรค คือโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรกระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และภาวะความดันโลหิตสูง ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2558 โดยใช้ข้อมูลสถิติชีพทะเบียนการตาย (Death Vital Statistics) ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครองที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตทางการแพทย์ตามระบบ ICD 10 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของประเทศไทยที่ต้องแจ้งจตตามกฎหมาย ซึ่งมีความครบถ้วนประมาณร้อยละ 97 และไม่มี การปรับการตจจต (Completeness) สถานการณ์การเสียชีวิตโรคไม่ติดต่อในรายงานนี้ ประกอบด้วย 1. อัตราตายรายโรค (CSMR : 100,000, Cause Specific Mortality Rate) 2. อัตราตายก่อนวัยอันควรอายุ 30-69 ปี (PMR : 100,000, Premature Mortality Rate or Age-Specific Mortality Rate between aged 30-69 years) 3. สัดส่วนการเสียชีวิตระหว่าง 30-69 ปี (%) จำแนกตามเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ 4. ค่าจำนวนปีที่สูญเสียชีวิตจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL: Year of Life Lost) เปรียบเทียบกับตาราง Life Expectancy ของ Coale and Demeny Life Table - West Model Level 26 5. ความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปี จากตารางชีพเป็นการแสดงผลระดับประเทศดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2559 : 18-22)

1. การเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานระหว่างปี 2555-2558 มีแนวโน้มอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 12.1 ต่อ 100,000 เป็น 19.4 ต่อ 100,000 เช่นเดียวกับอัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวานเพิ่มจาก 13.2 ต่อ 100,000 เป็น 17.8 ต่อ 100,000 แต่สัดส่วนการเสียชีวิตระหว่าง 30- 69 ปีด้วยโรคเบาหวานลดลงจาก 57.8% เป็น 49.4%

2. การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายสูงที่สุดใน 5 โรคที่ศึกษาและมีอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด เป็น 1.5-2 เท่าตัว แนวโน้มอัตราตายโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อ 100,000 เมื่อปี พ.ศ. 2555 เป็น 43.3 ต่อ 100,000 ในปี พ.ศ. 2558 และอัตราตายจากวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปีจาก 33.5 ต่อ 100,000 เพิ่มเป็น 40.9 ต่อ 100,000 ขณะที่สัดส่วนการเสียชีวิตระหว่างอายุ 30-69 ปีลดลงจาก 55.5% เป็น 50.8% ในช่วงเวลาดังกล่าว

3. การเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า มีอัตราการตายและอัตราตายก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปีจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงขึ้นขณะที่สัดส่วนการเสียชีวิตระหว่างอายุ 30-69 ปีคงเดิม ในระหว่างปี พ.ศ. 2555-2558 พบมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มสูงขึ้นทุกเขต และพบการเพิ่มอัตราการตายโรคหัวใจขาดเลือดสูง

4. การเสียชีวิตด้วยภาวะความดันโลหิตสูงพบการเพิ่มขึ้นของอัตราตายจากภาวะความดันโลหิตสูงจาก 5.7 ต่อ 100,000 เป็น 12.1 ต่อ 100,000 และอัตราตายก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี จาก 3.8 ต่อ 100,000 เป็น 7.1 ต่อ 100,000 ขณะที่สัดส่วนการเสียชีวิตอายุระหว่าง 30-69 ปี ลดลง

5. การเสียชีวิตด้วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบมีแนวโน้มอัตราการตายก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี ลดลงเล็กน้อย และมีอัตราตายต่ำกว่าโรคเบาหวานโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจขาดเลือด

6. จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปี จากตารางชีพของประเทศ พบจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรอัตราตายรายโรคอัตราตายก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี และความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปี เพิ่มสูงขึ้นส่วนสัดส่วนการเสียชีวิตระหว่างอายุ 30-69 ปี แนวโน้มลดลงคล้ายคลึงกันทั้ง 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคหลอดเลือดสมองมีการเสียชีวิตสูงที่สุด รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือดโรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปี ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากที่สุด จาก 347 คน ใน 100,000 คน เป็น 404 คน ใน 100,000 คน ส่วนโรคเบาหวาน (35 คน ใน 100,000) โรคหัวใจขาดเลือด (34 คน ใน 100,000 คน) ภาวะความดันโลหิตสูง (32 คน ใน 100,000 คน) มีการเพิ่มโอกาสความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปี ใกล้เคียงกันขณะที่โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบการเพิ่มโอกาสความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปี น้อยที่สุด และมีการเพิ่มขึ้น 21 คน ใน 100,000 คน ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2558 นอกจากนี้โรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมองภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังพบเพศชายมีการจำนวนปีที่สูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อัตราตายรายโรคอัตราตายก่อนวัยอันควรความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปี สูงมากกว่าเพศหญิงโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการตายของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 4-5 เท่า ส่วนโรคเบาหวานพบการตายของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่พบการเพิ่มขึ้นของอัตราตายก่อนวัยอันควรของเพศชายมากกว่าเพศหญิง (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล และ สัณชัย ชาสมบัต (สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2558 : ออนไลน์)

แม้ค่าสถิติการป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs จะสูงมาก แต่แท้จริงแล้ว กลุ่มโรค NCDs นั้นสามารถป้องกันได้ เพราะสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักนั้น เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของตัวเรานั้นเอง อาทิ ซึ่งหากเราสามารถลด หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ได้ ก็จะเป็นการลดโอกาสเสี่ยงใน

การเป็นกลุ่มโรค NCDs ได้มากถึง 80% เลยทีเดียวลดโอกาส ในการเป็นมะเร็งได้ 40% โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2 ได้ถึง 80% ดังนั้น การกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเป็นวิธีลดอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่ต้นเหตุและมีความยั่งยืนที่สุด

กล่าวโดยสรุป ความแตกต่างการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย โรคเบาหวาน พบการเสียชีวิตสูงโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด พบการเสียชีวิตสูงในภาคเหนือเรื่อยลงมาถึงภาคกลางและภาคตะวันออก แต่พบมีการเสียชีวิตต่ำในภาคอีสาน ส่วนโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบการเสียชีวิตสูงเฉพาะภาคเหนือสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญทั้ง 5 โรค คือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง มีการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555-2558 แต่มีสัดส่วนการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี ลดลง พบว่า โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมองมีสัดส่วนการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรลดลงทุกในพื้นที่เขตสุขภาพน่าเป็นผลจากมาตรการการป้องกันควบคุมโรคลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่ครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างเป็นระบบ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประเด็นสำคัญในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเป้าหมายสำคัญมี 3 ประเด็น คือ 1) ความหมายของการพิทักษ์สิทธิ 2) สิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย และ 3) มาตรฐานการพิทักษ์สิทธิ

1. ความหมายของการพิทักษ์สิทธิ (ณัฐกฤตา ทุมวงศ์, 2552 : ออนไลน์) สิทธิผู้ป่วยถือเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย ดังนั้น เพื่อให้เข้าใจเรื่องสิทธิผู้ป่วยมากขึ้นจึงจำเป็นต้องเข้าใจคำว่า “สิทธิ” ก่อนเป็นพื้นฐาน มีนักวิชาการและนักกฎหมายหลายท่านได้ให้ความหมายของสิทธิไว้มากมาย เมื่อวิเคราะห์ถึงการให้ความหมายของสิทธิพบได้ 3 ลักษณะ คือ อำนาจ (Power) ข้อเรียกร้อง (request) และความชอบธรรม (rightness) แต่การให้ความหมายมักจะใช้ลักษณะทั้ง 3 ที่วิเคราะห์ได้รวมกันไว้ ทำให้ความหมายของคำว่า “สิทธิ” คลอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในประเทศไทยได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้ ความหมายในลักษณะของ “อำนาจ” เช่น พจนานุกรม ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของ สิทธิ ว่าหมายถึง อำนาจอันชอบธรรม เช่น บุคคลมีสิทธิและหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญ เขามีสิทธิในที่ดินแปลงนี้ (ป.,ส.): (กฎ) อำนาจที่จะกระทำการใด ๆ ได้อย่างอิสระโดยได้รับการรับรองจากกฎหมาย พิกุลทิพย์ หงษ์เหิร (2538) ได้ให้ความหมายของ สิทธิ ว่าหมายถึง อำนาจอันชอบธรรมของมนุษย์ในการกระทำ หรือการครอบครองสิทธิอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ดาราพร คงจา (2541) ให้ความหมาย สิทธิ ว่าหมายถึง อำนาจหรือความชอบธรรมหรือประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของบุคคลนั้น ความหมายในลักษณะ “ข้อเรียกร้อง” เช่น เฉลิมเกียรติ ผิวนวล (2530) ได้ให้ความหมาย สิทธิ ว่าหมายถึง ข้อเรียกร้องซึ่งได้รับการสนับสนุนจากมาตรฐานหรือกฎหมายทั่วไปบางอย่างอันเป็นปรนัย (Objective) หรือเป็นที่ยอมรับกัน ชัยวัฒน์ ธีรพันธ์ (2534) ให้ความหมายของสิทธิ ไว้ว่า เป็น

ข้อเรียกร้องทางศีลธรรมของปัจเจกชนซึ่งสังคมยอมรับ วิจูร์ย์ อั้งประพันธ์ (2537) ให้ความหมายไว้ว่า สิทธิ คือ ข้อเรียกร้องอย่างเป็นทางการหรือต่อสังคมให้เคารพในพฤติกรรม หรือเจตคติของบุคคลใด บุคคลหนึ่ง และขณะเดียวกันคนนั้นก็ยังมีหน้าที่ต่อผู้อื่นในทำนองเดียวกัน ความหมายในลักษณะของ “ความชอบธรรม” เช่น สมศักดิ์ โล่ห์เรขา (2528) ให้ความหมายว่า สิทธิ หมายถึง ความชอบธรรมที่บุคคลอาจใช้ยันกับผู้อื่นเพื่อคุ้มครอง หรือรักษาผลประโยชน์อันเป็นส่วนพึงมีพึงได้ของบุคคลนั้น สรุปได้ว่า สิทธิ หมายถึง อำนาจหรือประโยชน์ของบุคคลที่จะเรียกร้อง หรือการกระทำการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สิน โดยได้รับการรับรองและคุ้มครองจากกฎหมาย

ความหมายของสิทธิผู้ป่วย วิจูร์ย์ อั้งประพันธ์ (2535) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้ป่วย” ไว้ว่า ผู้เจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ และรวมถึงผู้ที่ได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งหมดซึ่งอาจเรียกว่า เป็นผู้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Health Care Consumer) ดังนั้น สิทธิผู้ป่วย หมายถึง สิทธิของพลเมืองทุกคนที่ไปรับบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข สิทธิดังกล่าวมีรากฐานมาจากสิทธิมนุษยชน หลักการสิทธิผู้ป่วยจึงเป็นที่ยอมรับในระดับสากล เป็นสิทธิของทุกคนที่จะตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนตัวด้วยตนเอง (Self - determination) ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระของมนุษย์ (Human autonomy) และแบ่งสิทธิผู้ป่วยไว้เป็น 2 ประเภท คือ 1) สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิทธิทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นเอง เช่น สิทธิของมนุษย์ที่จะมีอิสระเสรี สิทธินี้มีความเท่าเทียมกันและไม่สามารถเปลี่ยนมือได้ 2) สิทธิทางกฎหมาย เป็นอำนาจที่มีความชอบธรรมโดยมีกฎหมายรับรอง สกฤรัตน์ ปิยนิจดำรง (2539) ให้ความหมายไว้ว่า สิทธิผู้ป่วย หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายใต้การดูแลเมื่อมาใช้บริการหรือรับการรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งเรื่องการพยาบาลและสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต โดยผู้ป่วยทุกคนควรได้รับอย่างเท่าเทียมกันตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และผู้ป่วยก็มีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ของตน

กล่าวโดยสรุป การพิทักษ์สิทธิ หมายถึง การคุ้มครอง ป้องกัน ปกป้อง อภิบาลดูแล รักษา อำนาจหรือประโยชน์อันชอบธรรมของผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสพึงได้รับตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ และคำประกาศสิทธิผู้ป่วยจากสถานบริการสุขภาพและผู้ให้บริการรักษาพยาบาล

2. สิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรมทันตแพทย์สภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ไว้ดังต่อไปนี้ (แพทย์สภา. 2561 : ออนไลน์)

1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ใน รัฐธรรมนูญ

2) ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการ ยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็น เร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

3) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจาก ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอ ความช่วยเหลือหรือไม่

4) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน

5) ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การ รักษาพยาบาลแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยน สถานพยาบาลได้ ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่

6) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็น การปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตาม กฎหมาย

7) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจาก การเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

8) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิด สิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น

9) บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

3. มาตรฐานการพิทักษ์สิทธิ (รุ่งเพชรสมิตนันท์, 2554 : ออนไลน์)

ความหมายมาตรฐาน เป็นข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะคุณภาพที่พึงประสงค์และ ต้องการให้เกิดขึ้น เพื่อเป็นหลักในการส่งเสริมสนับสนุนรับรองติดตามประเมินผลและการประกัน คุณภาพในการปฏิบัติงานเกณฑ์มาตรฐานส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิมาตรฐานการ ส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิเป็นข้อกำหนดที่ทำให้ได้รับการปกป้อง ดูแล มีหลักประกัน ในสวัสดิภาพทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความยุติธรรมทางสังคมในการพัฒนาความสามารถ

และทักษะด้านต่าง ๆ อย่างสูงสุด เพื่อให้พึ่งพาตนเองได้ดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม มีส่วนร่วมในชีวิตครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือ ไม่ถูกแสวงหาผลประโยชน์ทุกรูปแบบ

เหตุผลที่ต้องมีมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิ เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงาน องค์กรเครือข่ายและชมรมที่ปฏิบัติงานนำมาตราฐาน ตัวชี้วัดและเกณฑ์ไปใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิ และมีเครื่องมือที่จะช่วยแสดงให้เห็นถึงระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายหลักการสร้างมาตรฐาน ประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่

1) สิทธิการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วยสิทธิความเป็นพลเมือง สิทธิความเสมอภาคและเป็นธรรม สิทธิในการรับบริการการได้รับการเสริมพลัง ความสามารถพิทักษ์สิทธิของตนเอง และการไม่กระทบผู้อื่น/ไม่ทำให้ผู้อื่นเสียหาย

2) ประสิทธิภาพการบริการ ประกอบด้วยความคุ้มค่า ความเป็นไปได้ และการตรวจสอบความโปร่งใส

3) คุณภาพของบริการ ประกอบด้วยการยอมรับในสภาพที่เป็นจริงของกลุ่มเป้าหมาย การไม่ถูกเลือกปฏิบัติ/กีดกันการไม่ถูกตีตรา การไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ และความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย

มาตรฐานส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิ มี 6 ข้อกำหนดดังนี้

1. ข้อกำหนดด้านความมั่นคงในชีวิต ประกอบด้วยอาหาร 5 หมู่ อาหารเสริม ความพิการการรบกวนการนอน โรคที่สามารถป้องกันได้ โรคเรื้อรัง เอกลักษณะแห่งตน ผู้ดูแล ความมั่นคงในความสัมพันธ์ ทักษะชีวิต อนามัยการเจริญพันธ์

2. ข้อกำหนดด้านการศึกษา ประกอบด้วยการศึกษาขั้นพื้นฐาน การศึกษาตลอดชีพ และการศึกษาตามอัธยาศัย

3. ข้อกำหนดด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วยการมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในการดำรงชีวิต รวมถึงค่าใช้จ่ายทางด้านอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายต่อวัน และทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ รวมทั้งด้านยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย ตลอดจนสวัสดิการเบื้องต้นที่บุคคลควรได้รับ

4. ข้อกำหนดด้านสังคม/ชุมชน ประกอบด้วยบริการทางสังคมที่มีในชุมชน การใช้และการเข้าถึงบริการ การมีส่วนร่วม

5. ข้อกำหนดสิทธิทางสังคม/การคุ้มครองสิทธิ ประกอบด้วยการได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมาย พื้นที่สำหรับทำกิจกรรมการคุ้มครองจากภัยพิบัติ/ภัยต่าง ๆ/ความรุนแรง

6. ข้อกำหนดด้านสภาพแวดล้อมประกอบด้วยช่วยเหลือเกื้อหนุนเอื้อเฟื้อพึ่งพากันในชุมชน การมีเครือข่ายระหว่างชุมชน

2.4 แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ

2.4.1 ความหมายของการเสริมพลังอำนาจ (เนตรนภา ขุมทอง. 2553 : 1- 8)

เป็นคำที่มักถูกนำมาใช้อย่างมากในโครงการพัฒนาด้านต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อม เด็ก ผู้หญิง ความยากจนและสุขภาพ เป็นต้น ในวงการพัฒนาของไทยในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชน พยายามที่จะหาคำแปลของคำ Empowerment ที่มีหลากหลาย ที่นิยมใช้มาก ได้แก่ “การสร้างเสริมพลังอำนาจ” “การทำให้เข้มแข็ง” “การเพิ่มพลังอำนาจ” “การพัฒนาศักยภาพ” “การสร้างเสริมพลังอำนาจ” ซึ่งมีการให้คำอธิบายที่เป็นทั้งความหมายและแนวคิดที่หลากหลายมุมมองดังนี้

1) มุมมองของผู้ที่ทำงานการพัฒนาโลกที่ 3 (Third World Development) การสร้างเสริมพลังอำนาจในการพัฒนา หมายถึง การมีส่วนร่วมของกลุ่มคนที่ถูกกีดกัน (The excluded) เช่น คนจน คนพิการ กลุ่มชนชั้นกลุ่มน้อย กลุ่มผู้หญิงและเด็ก ฯลฯ ในกระบวนการกำหนดนโยบาย การพัฒนาโดยยอมรับกลุ่มเหล่านี้ในฐานะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนา แทนที่จะมองว่าเป็นแค่ผู้ที่ต้องคอยรับความช่วยเหลือไม่มีความสามารถที่จะช่วยตนเองได้

2) มุมมองของกลุ่มละครที่ทำงานกับเด็กข้างถนน การสร้างเสริมพลังอำนาจในตัวบุคคลหรือกลุ่มคน หมายถึง “การช่วยให้เขามีอำนาจหรือสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ และให้เขามีสถานภาพในสังคม หรือให้เขามีสิทธิที่จะพูดหรือแสดงความคิดเห็น และการพูดหรือการแสดงความคิดเห็นนั้นต้องได้รับการฟังด้วยหัวใจ”

3) มุมมองทางมานุษยวิทยานักมานุษยวิทยา ได้ให้ความสนใจกับพลังอำนาจของคำ (The power of words) ที่ใช้ในการปฏิสัมพันธ์ของคนในบริบทของการสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยกล่าวว่า “การใช้คำอำนาจหรือพลังอำนาจ (Power) ที่กำลังใช้อยู่ นั้น อาจจะมีอำนาจมากกว่าความเป็นจริงที่ปฏิบัติอยู่”

4) มุมมองทางการแพทย์ในบทความเกี่ยวกับการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ซึ่งตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1995 นั้น ได้กล่าวว่า “ตัวผู้ป่วยเอง คือ ผู้ที่กำหนดความสำเร็จในการจัดการ ดูแลตนเองให้ดีขึ้นจากอาการของโรคเบาหวาน โดยใช้พลังอำนาจของตนเองในการกระทำ แพทย์ และบุคลากรเป็นเพียงผู้ที่อำนวยความสะดวกและสนับสนุนกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจเท่านั้น เช่น ให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากร”

5) มุมมองจากองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) การสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง การมีอำนาจที่จะกระทำการสิ่งใด ๆ แต่ไม่ใช่การใช้อำนาจกับผู้อื่น และอำนาจที่มีอยู่นั้นไม่ใช่เป็นการบังคับให้รับ แต่เติบโตขึ้นเองจากความเข้าใจในสิทธิที่จะเลือกและโอกาส และจากสภาพแวดล้อมของสังคม

6) มุมมองของผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับชุมชน Gibbon และคณะ ได้กล่าวถึง Empowerment ในงานเกี่ยวกับการประเมินผลสมรรถนะของชุมชนไว้ว่า “การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นเรื่องเดียวกับการสร้างสมรรถนะ (Capacity building) และการพัฒนา (development)” เสรี พงศ์พิศ นักวิชาการผู้ที่มี

ประสบการณ์ในการร่วมทำงานกับชุมชนมาหลายสิบปี กล่าวว่า กระบวนทัศน์การพัฒนาชุมชน ที่จะนำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน คือ “การให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพของตนเอง” (Community Empowerment)

7) มุมมองทางธุรกิจการบริหารธุรกิจแนวใหม่ ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่คนในองค์กรมาก โดยการเสนอให้ยกเลิกรับตำแหน่งที่มีอำนาจสูง คือ ให้ทั้งตำแหน่งผู้จัดการ (Manager) และให้เปลี่ยนใหม่เป็น Team leader เป็น Captain เป็น Coordinator แทนแล้วกระจายอำนาจ หรือให้อำนาจกับทุกคน เพื่อสามารถสร้างการทำงานเป็นทีมได้ แต่สิ่งที่จะต้องระวัง คือ ไม่ให้เกิด over empowerment เพราะอาจเกิดการหลงทางได้จึงต้องมีการติดตาม

โดยสรุปจากมุมมองต่าง ๆ ที่กล่าวมา แนวคิด/ความหมายของ Empowerment หรือการสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่สร้างเสริมพลังอำนาจ หรือสร้างเสริมศักยภาพหรือสมรรถนะให้บุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน ได้มีสิทธิในการตัดสินใจและการกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวของเขาด้วย ตัวของเขาเองปราศจากการควบคุม บังคับ หรือสั่งการ

2.4.2 ความสำคัญของการเสริมพลังอำนาจ (เนตรนภา ชุมทอง. ม.ป.ป. : 1- 8)

ในอดีตก่อนปี ค.ศ. 1960 การพัฒนาในประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะในประเทศที่ถูกเรียกว่า ด้อยพัฒนา หรือกำลังพัฒนา จะเป็นลักษณะการสั่งการจากบนสู่ล่าง (Top-Down) หรือที่เรียกกันว่าแนวตั้ง (Vertical) ซึ่งได้รับการวิจารณ์อย่างมากจากนักพัฒนาในสายองค์กรพัฒนาเอกชน ต่อมาหลังปี ค.ศ. 1960 เริ่มมีการเสนอแนะในที่ประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาที่จะต้องลดบทบาทของรัฐ หรือผู้เชี่ยวชาญลง ให้ประชาชนหรือคนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม คำ “Participation” จึงได้เริ่มพูดกัน

ต่อมาต้นปี ค.ศ. 1970 กระแสการต่อต้านรูปแบบการพัฒนาที่มาจากข้างนอกไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ที่เป็นผู้กำหนดออกแบบโครงการพัฒนาต่าง ๆ ประชาชนเป็นเพียงตัวประกอบ คือ การเข้ามามีส่วนร่วมช่วยโครงการนั้น ๆ เท่านั้น ในฐานะแรงงาน หรือสนับสนุนทรัพยากรในท้องถิ่น และมีการเสนอแนวทางพัฒนาที่ให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People - Center) โดยสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยตรง มีการใช้คำ “Participatory Development” ทั้งนี้ มีข้อสมมุติฐานอยู่ว่าผลพวงพัฒนาที่ผ่านมาไม่ถึงคนจนหรือผู้ด้อยโอกาส เนื่องจากคนเหล่านี้ถูกกีดกันตั้งแต่การกำหนดนโยบายการพัฒนาจนถึงการดำเนินการ ความยากจนเกิดจากเชิงโครงสร้างที่มีรากเหง้าปัญหาจากการกำหนดนโยบายเศรษฐกิจ และสังคมของผู้มีอำนาจเหล่านั้น ซึ่งไม่มีการกระจายรายได้ที่เป็นธรรม และ จากกระแสการเรียกร้องให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางพัฒนาใหม่ดังกล่าว มีผลให้องค์กรระหว่างประเทศต่าง ๆ รวมทั้งองค์กร WHO ที่ดูแลเรื่องสุขภาพก็มีการปรับกลยุทธ์เช่นกัน ที่กล่าวถึงหลักการสำคัญของ กลยุทธ์ Primary Health Care เพื่อให้บรรลุ Health for All นั่นคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) และนำแนวทาง Participation มาใช้ตลอดในโครงการต่าง ๆ

ต่อมาในช่วงปลายของ ค.ศ. 1980 และต่อเนื่องช่วงเริ่มต้น ของ ค.ศ. 1990 มีการประชุมทบทวนแนวทาง Participation พบว่า ยังมีจุดอ่อนที่ยังไม่สามารถให้คนที่ถูกกีดกัน มีโอกาสในการพัฒนาอย่างเป็นจริง เนื่องจากประชาชนยังไม่มีอำนาจอย่างแท้จริงจึงได้มีการบัญญัติคำการเสริมพลังขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา โดยมีการพูดถึงแนวคิดสำคัญของการเสริมพลังหลายนุ่มมองอย่างหลากหลาย แม้แต่ในวงการธุรกิจก็นำไปใช้ประโยชน์เพื่อธุรกิจของตน อย่างไรก็ตามแม้จะมีการนำคำ Empowerment มาใช้ในหลายวงการทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ธุรกิจ และรวมทั้งทางสุขภาพ ซึ่งมีการพูดถึงในคำนี้ครั้งแรกจากที่ประชุมเกี่ยวกับ Health Promotion ที่เมืองออตตาวา ในประเทศแคนาดา ปี ค.ศ. 1986 ได้กล่าวหลักการหนึ่งที่สำคัญอย่างมากต่อกลยุทธ์ในกฎบัตรออตตาวา คือ Empowerment แต่มีการพูดถึง Empowerment อย่างหลวม ๆ รูปธรรมยังไม่ชัดเจน ซึ่งก็มีด้านดี คือ เป็นการเปิดโอกาสให้มีการตีความกันอย่างกว้างขวาง แล้วแต่ว่าใครจะนำไปใช้อย่างไรแต่สิ่งหนึ่งที่ผู้เกี่ยวข้องยอมรับร่วมกันว่า Empowerment เป็นแนวทางพัฒนาที่สำคัญมากในปัจจุบันที่ต้องคำนึงถึง คือ การมีสิทธิมีเสียงของประชาชนทั่วไปและกลุ่มคนด้อยโอกาสที่จะมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตัวของเขา

ใครที่ควรได้รับการเสริมพลัง Empowerment (เนตรนภา ชุมทอง. 1-8)

มีการพูดถึงกันมาก คือ กลุ่มที่ถูกกีดกัน (Excluded group) ออกไปจากการพัฒนา ด้านต่าง ๆ หรืออาจเรียกว่า กลุ่มด้อยโอกาส หรือกลุ่มตกขอบ หรือริมขอบของสังคม ดังตัวอย่างต่อไปนี้ 1) ผู้ยากไร้ที่ดิน-คนยากจน 2) ชาวนา ชาวไร่ ระดับล่าง 3) ผู้หญิง 4) เด็ก 5) ชนกลุ่มน้อย 6) คนพิการ 7) ผู้สูงอายุ 8) แรงงานอพยพ 9) ผู้ที่ทำงานเสี่ยง เช่น คนเก็บขยะ หญิง/ชายที่ให้บริการทางเพศ 10) ผู้ป่วย

หลักการเสริมพลังอำนาจ (เนตรนภา ชุมทอง. 1-8)

ในการที่จะทำให้เกิดหรือวิธีการใด ๆ ที่จะนำไปสู่ “การสร้างเสริมพลังอำนาจ” หรือ Empowerment นั้น จะต้องตั้งบนพื้นฐานของหลักการที่สำคัญต่อไปนี้

(1) การกระจายอำนาจ (Decentralization) การกระจายอำนาจ เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่ Empowerment Vesna Terselic ได้กล่าวว่าจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจ คือจากความสัมพันธ์อำนาจเชิงแนวตั้ง (Vertical) หรือรวมศูนย์กลาง (Centralization) ไปเป็นความสัมพันธ์อำนาจเชิงราบ (Horizontal) หรือกระจายอำนาจนั่นเอง (Decentralization) และจะต้องมีทุกระดับ โดยเฉพาะในส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น

(2) การมีส่วนร่วม (Participation) Haile Mariars Kokssary แห่ง WHO ได้เสนอว่าการมีส่วนร่วม (Participation) เป็นหลักการที่จะนำไปสู่การเกิด Empowerment ด้วยเหตุผลจากการศึกษาของ United Nations Research Institute ระหว่าง ค.ศ. 1980's พบว่า การมีส่วนร่วมนำไปสู่การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรการพัฒนา รวมทั้งโอกาสการควบคุมทรัพยากรเหล่านั้นด้วย

(3) การมีอำนาจการตัดสินใจ (Having decision-making power) การมีอำนาจการตัดสินใจด้วยตัวเขาเอง หรือกลุ่มของเขาเอง เป็นหลักการที่จะขาดไม่ได้ ในการที่จะทำให้เกิด Empowerment เพราะจะทำให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคล ชุมชน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าตนมีพลังอำนาจในการที่จะตัดสินใจทำอะไร ถ้าการตัดสินใจนั้น ๆ ถูกสั่งหรือชี้นำ ก็จะไม่มีความเข้มแข็งหรือไม่เกิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ

(4) การเข้าถึงข้อมูลแหล่งทรัพยากร (Having access to information and resources) การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งทรัพยากรไม่ใช่เป็นแค่หลักการ แต่ถือเป็นสิทธิ (Right) ของประชาชนด้วย ในหลายประเทศได้กำหนดเป็นสิทธิ ส่วนประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ปี พ.ศ. 2540 ก็ได้มีการกำหนดไว้เช่นกัน เมื่อประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล และแหล่งทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นวิธีใด ๆ ก็ตามจะสามารถสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ประชาชนในด้านนั้น เช่น ข้อมูลการดูแลตนเอง (Self Care) ข้อมูลการจัดการทรัพยากรอย่างเป็นประโยชน์ เป็นต้น

(5) การมีทางเลือกที่หลากหลาย (Having a range of options) ความหลากหลายเป็นหลักการพื้นฐานของธรรมชาติ ตัวอย่างใกล้ตัว เช่น ระบบการขับถ่ายในร่างกายของมนุษย์มีหลายทาง เช่น ทางปัสสาวะ ทางอุจจาระ ทางเหงื่อ ดอกไม้มีหลากหลายชนิดให้คนอื่นชม เป็นต้น ทางเลือกก็เช่นเดียวกันต้องมีความหลากหลายให้คน หรือกลุ่มคนได้เลือก ซึ่งจะก่อให้เกิดความอิสระ ไม่ถูกบังคับด้วยทางเดียว แล้วแต่จริตหรือความพึงพอใจที่จะเลือกทางไหนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล หรือ แต่ละกลุ่ม สิ่งก็ตามจากการมีความอิสระในการเลือกที่มีให้หลากหลาย คือ เกิดการสร้างเสริมพลังอำนาจในการเลือก

(6) การเคารพสิทธิพื้นฐาน (Human Right) การพูด และการแสดงความคิดเห็นไม่ว่าจะเป็นวิธีใด ๆ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จะต้องได้รับการเคารพไม่ละเมิด และที่สำคัญ คือ การพูด หรือการแสดงความคิดเห็นนั้นต้องได้รับการฟังด้วย การเคารพสิทธิพื้นฐานจึงเป็นหลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการสร้างเสริมพลังอำนาจ เพราะถ้าไม่มีการเคารพสิทธิดังกล่าว นั่นคือเมื่อมีใครพูดหรือแสดงความคิดเห็นใด ๆ ก็จะไม่รับฟัง หรือกีดกันด้วยวิธีต่าง ๆ ก็จะทำให้เกิดการปลดอำนาจ (Depower) ทำให้เกิดความอ่อนแอลง

2.4.3 การเสริมพลังการทำงาน Empowerment (ศิริพร ใจห้าว, 2559 : ออนไลน์)

การเสริมพลังการทำงานมาจากแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งเริ่มต้นมาจากแนวคิดทางสังคมวิทยาที่ใช้แก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม ผู้นำแนวคิดนี้ คือ นักปรัชญาชาวบราซิลชื่อ เปาโล แฟร์ (Paulo Freire) ได้นำมากำหนดเป็นกลยุทธ์การพัฒนาสังคม ปัจจุบันมีการนำแนวคิดนี้มาใช้อย่างกว้างขวางในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหวของกลุ่มสตรีการส่งเสริมสุขภาพบุคคล และชุมชน ตลอดจนการบริหารจัดการองค์การและการพัฒนาบุคคลในองค์การ เพราะเป็นแนวคิดที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในสังคมศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก

แนวคิดนี้มีความสำคัญ เพราะเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยช่วยให้บุคคลเปลี่ยนโลกทัศน์เกี่ยวกับการมองตนเองและสังคมอย่างสร้างสรรค์ คือ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ และสามารถเปลี่ยนแปลงการทำงานของตนให้ดีขึ้น เพื่อเกิดประโยชน์ต่อสังคมได้ การเสริมพลังการทำงาน มีความหมายแตกต่างกันไปตามกลุ่มบุคคลที่ใช้ และใช้ได้หลายมิติ ทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงความหมายของ

การเสริมพลังการทำงาน ดังนี้

คีฟเฟอร์ (Keiffer. 1984) ให้ความหมายว่า หมายถึง กระบวนการที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับว่าตนเองเป็นผู้มีความสามารถอย่างแท้จริง

กิบสัน (Gibson. 1991 : 354) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล ในการแก้ปัญหาด้วยตนเองสามารถใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองได้

วิลสัน (Wilson. 1996) ให้ความหมายว่าการเสริมพลังการทำงาน หมายถึง การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันอย่างริเริ่มสร้างสรรค์

สมิธ (Smith. 1996 : 7) ให้ความหมายว่า การเสริมพลังการทำงาน เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงสำหรับการพัฒนาตัวบุคคลและองค์กร เพราะอยู่บนฐานความเชื่อที่ไม่มีใครรู้จักงานนั้นได้ดีกว่าคนที่กำลังทำงานนั้นอยู่และโดยธรรมชาติของคนส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพต้องการมีส่วนร่วมและมีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ

สรุปความหมายของการเสริมพลังการทำงานได้ดังนี้

การเสริมพลังการทำงาน หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการสร้าง การพัฒนา และการเพิ่มพลังการทำงานภายในบุคคลหรือกลุ่มบุคคลด้วยการกระทำที่เป็นการสนับสนุนในสิ่งที่เป็นเหตุปัจจัย สภาวะการณ์หรือวิธีการต่าง ๆ ที่ช่วยให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลนั้น ได้พัฒนาความสามารถในการทำงานให้เพิ่มมากขึ้น อย่างริเริ่มสร้างสรรค์และตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง โดยอาศัยหลักการและจริยธรรมทางสังคม เรื่องการแบ่งปันการร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และการมีส่วนร่วมอย่างภาคภูมิใจ จะเห็นได้ว่าการเสริมพลังการทำงานมีความหมายทั้งที่เป็นกระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (product) ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยมีการแสดงพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ทางบวกด้านกระบวนการ เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในองค์การอย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างเสริมพัฒนา และเพิ่มศักยภาพของบุคลากรและทีมงานให้ครอบคลุม ขอบข่าย และสภาพการดำเนินงานภายในองค์การ

2.4.4 วิธีทำให้เกิด Empowerment (เนตรนภา ชุมทอง. ม.ป.ป. : 1-8)

นักพัฒนาสังคม ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ นักวางแผน/นโยบาย นักธุรกิจ ฯลฯ รวมทั้งองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ได้มีการนำเสนอวิธีการที่จะทำให้เกิด Empowerment ได้อย่างไร มีหลากหลายวิธี จะนำเสนอบางตัวอย่างต่อไปนี้

1) การพูดคุยแบบเท่าเทียม (Dialogue)

รูปแบบการพูดคุย (Dialogue) ซึ่งใช้กันมากในการแสดงละคร ถูกนำมาใช้ในการสื่อสาร เพื่อ empower กลุ่มเป้าหมาย เช่น ในการประชุม การพูดคุยระหว่างแพทย์/บุคลากรกับผู้ป่วย ทั้งนี้ เพราะรูปแบบ Dialogue เป็นการสนทนาที่เท่าเทียมกัน เมื่อฝ่ายหนึ่งพูด อีกฝ่ายต้องฟัง และมีโอกาสเท่าเทียมกันไม่มีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง dominate อีกฝ่าย

2) การให้คำปรึกษา (Counseling)

มูลนิธิเข้าถึง AIDS (ACCESS) ได้ใช้ Counseling กับผู้ป่วย AIDS หรือผู้ติดเชื้อ HIV ในการทำให้เกิด Empowerment กับคนกลุ่มนี้ เนื่องจากหลักสำคัญของ counseling คือ ให้เขาเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ผู้ให้ counseling มีบทบาทเป็นผู้ฟังและถามเท่านั้น

3) การประชุมปฏิบัติการและการแสดง (Workshop and Performance)

David Glass ผู้อำนวยการโครงการแสดง/ละคร ซึ่งทำงานกับกลุ่มด้อยโอกาส โดยเฉพาะกับเด็กเร่ร่อนริมถนน เด็กถูกทารุณกรรม ได้ใช้วิธีให้เด็กเข้าร่วม Workshop และการแสดง (Performance) โดยให้เด็ก ๆ คิดกันเอง เป็นการนำไปสู่ Empowerment

4) การเผยแพร่ข้อมูลและความรู้ (Dissemination of Information and knowledge)

การให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชนด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึง เช่น เผยแพร่ผ่านทางวิทยุ โทรทัศน์ Internet หนังสือ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ หรือการพูดคุย ฯลฯ จะทำให้ประชาชนสามารถใช้ข้อมูล หรือความรู้นั้น ๆ ในการก่อให้เกิดประโยชน์ด้านต่าง ๆ แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน อันจะมีผลให้เกิด Empowerment ได้ดังที่มีการกล่าวว่า “Knowledge is Power” Lorna Mead ประธานองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้หญิงกล่าวว่า “การศึกษา (Education) ทั้งในระบบและนอกระบบตามอัธยาศัย (Formal and Informal) เป็นวิธีการที่สำคัญและมีพลังมากที่สุดวิธีหนึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้หญิง”

5) ความรักและ ความเมตตา (Love & Loving Kindness)

การให้ความรักเป็นวิธีการพื้นฐานที่สำคัญสุดของมนุษย์ หรือสิ่งมีชีวิต ที่จะก่อให้เกิดความมั่นคงในชีวิต หรือเกิดเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเองขึ้นมาในการดำเนินชีวิต องค์กรพัฒนาเอกชน ที่ทำงานด้านเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่มีปัญหา เช่น เด็กเร่ร่อน เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กที่ได้รับความรุนแรง ได้ใช้วิธีการที่ก่อให้เกิดความรัก

และความเมตตาแก่เด็กเหล่านี้ และเมื่อเด็กสัมผัสความรักและความเมตตานี้ได้ จะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่พัฒนาขึ้นของเด็กเหล่านี้อย่างชัดเจน

กล่าวโดยสรุป จากแนวคิดการเสริมพลังในมุมมองต่าง ๆ ของแต่ละวิชาชีพทั้งภาครัฐ ทั้งองค์กรระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) หรือแม้แต่องค์กรทางธุรกิจ ให้ความหมายที่ใกล้เคียง กล่าวคือ “Empowerment เป็นกระบวนการที่สร้างเสริมพลังอำนาจ หรือกระบวนการสร้างพลังหรือศักยภาพในการทำงาน หรือสมรรถนะให้บุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน ได้มีสิทธิในการตัดสินใจ รวมทั้งการกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวของเขาเอง หรือกลุ่ม/ชุมชน ด้วยตัวของเขาเอง (Self-determination) โดยปราศจากการควบคุม บังคับ หรือสั่งการ การเสริมพลังอำนาจในคน และการเสริมพลังในการทำงานของคน เพื่อให้เกิดกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการของตนเอง เกิดความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ มีความสุข ถือเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาอย่างยั่งยืน รูปแบบและวิธีการที่เกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจ และการเสริมพลังในการทำงานมีความหมาย และการดำเนินการที่ลึกซึ้งกว่าการให้ความรู้ หรือเสริมทักษะแก่กลุ่มเป้าหมายแบบธรรมดาทั่วไป แนวคิดการเสริมพลังนี้เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาวทุกภาคส่วน ตั้งแต่หน่วยเล็ก ๆ จนถึงระดับนโยบาย ควรนำแนวคิดการเสริมพลังทั้งสองด้านนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดี

2.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Conger, J.A. & Kanungo (1988) ได้ให้คำจำกัดความของการเสริมพลังอำนาจในงานว่าเป็นกระบวนการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองของบุคคล ซึ่งมาจากระดับความต้องการภายในตนเอง เช่น ความต้องการด้านอัตลิติต (Self-determination) แรงจูงใจในตนเองด้านสมรรถนะ (Competence) ความต้องการมีอำนาจ (Power) และความต้องการมีอิสระในการควบคุมด้วยตนเอง (Autonomy) โดยกระบวนการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถภายในตนเองนี้ สามารถทำได้โดยการกำหนดว่าเงื่อนไขอะไรบางอย่างที่ทำให้บุคคลรู้สึกไร้อำนาจ (Powerlessness) และหาวิธีการกำจัดเงื่อนไขเหล่านั้นออกไป โดยใช้เทคนิคและวิธีการปฏิบัติขององค์การทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อสร้างความสามารถในตนเองให้เพิ่มขึ้น ดังนั้น แนวคิดนี้จึงเน้นถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยการขจัดความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน

Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., and Wilk, P (2001 : 260-272) ลาสชิงเจอร์ ไฟน์แกน และชาแมน กล่าวถึง โครงสร้างงานที่มีการเสริมพลังอำนาจไว้ดังนี้ การเข้าถึงโครงสร้างงานที่มีการเสริมพลังอำนาจ หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการการเสริมพลังอำนาจ คือ ภาวะที่บุคคลรับรู้พลังอำนาจแบบเป็นทางการและพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการ จะแสดงความสามารถในการเข้าถึงโครงสร้างด้านโอกาสและโครงสร้างด้านพลังอำนาจ ได้แก่ ทรัพยากร

ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุน และสัดส่วนของประชากรเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ มีรายละเอียดดังนี้ 1) โครงสร้างด้านโอกาส (Opportunity structures) หมายถึง โครงสร้างขององค์กรที่เปิดโอกาสให้บุคคลในองค์กรมีความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การที่ได้ปฏิบัติงานที่ท้าทาย ความสามารถ พัฒนาเปลี่ยนแปลงเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของตนเอง โดยการอบรมศึกษาต่อหรือได้ปฏิบัติงานในสิ่งที่ตนมีความรู้ มีทักษะ หรือได้ทำงานในบทบาทอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานปัจจุบัน นอกจากนี้ยังหมายถึงการมีโอกาสได้ทราบวิธี ขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยงานหรือองค์กร และการได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้บังคับบัญชา 2) โครงสร้างด้านพลังอำนาจ (Power structures) หมายถึง โครงสร้างที่เกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากร ข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน 18 เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ ดังนั้น การได้รับการเสริมพลังอำนาจด้านโครงสร้างและเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจส่งผลต่อการปฏิบัติงานและเพิ่มระดับความพึงพอใจในงาน

Kalyango, J.N., Rutebemberwa, E., Alfven, T., Ssali, S., Peterson, S. & Karamag, C. (2012 : 282-295) ศึกษาผลการการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อจัดการความเจ็บป่วยของเด็กแบบบูรณาการในประเทศอูกันดา โดยวิธีการแบบผสมผสานระหว่างกลุ่มควบคุม จำนวน 125 ราย ที่ให้การรักษาด้วยโรคมัลเรียและโรคปอดอักเสบ หรือการจัดการกับโรคมัลเรียเพียงอย่างเดียว สำหรับเด็กอายุ 4-49 เดือน การประเมินผลการปฏิบัติงานได้รับการประเมินโดยใช้การทดสอบความรู้สถานการณ์ในกรณีของเด็กป่วยและการสังเกตผลการศึกษา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนมีการจัดการคล้ายคลึงกันในด้านความรู้โรคมัลเรีย และอาการของโรคมัลเรีย และยาที่ถูกต้องในการป้องกันโรคมัลเรียจากการบันทึก คะแนนความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคมัลเรียและโรคปอดบวมแตกต่างกันในด้านความรู้ความเข้าใจโดยรวม และปริมาณยาที่ถูกต้องจากบันทึก ตามบันทึก 82% ของเด็กที่หายใจได้อย่างรวดเร็วได้รับยาปฏิชีวนะ จากการสังเกต พบว่า 49% ของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนนับอัตราการหายใจภายในห้าครั้ง และ 75% จำแนกเด็กได้อย่างถูกต้อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนและความเชื่อมั่นของชุมชน การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ความพร้อมใช้งานของยาเสพติดและอุปกรณ์ที่จำเป็นอื่น ๆ และความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทางการ สรุปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนสามารถจัดการการเจ็บป่วยของเด็กในโรคมัลเรียและปอดบวมได้อย่างเหมาะสมภายใต้การอบรมที่ได้รับอย่างเหมาะสม การนิเทศสอนงานและความเพียงพอของยา

เอกรินทร์ โปตะเวช, เรืองยศ จันทร์สามารถ, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และยุภาพร ยุภาค (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอ ศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ศึกษาระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ในอำเภอศรีเชียงใหม่ จำนวน 240 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ทางสถิติสถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงผลการวิจัย พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย จำนวน 5 ตัวแปร คือ เพศ สถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานการได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณการปฏิบัติงานในงานสาธารณสุขมูลฐานเจตคติในงานสาธารณสุข มูลฐานและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .47 มีผลต่อตัวแปรอิสระทั้ง 10 ตัวอธิบายการผันแปรในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 47.52 2) ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับสูง มีเจตคติในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก และ 3) ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ควรจัดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควรมีการประชาสัมพันธ์งานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างต่อเนื่องมีการจัดการอบรมให้ความรู้ด้านนโยบายแก่คณะกรรมการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ส่งเสริมบทบาทให้มากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นที่ยอมรับขององค์กรอื่น ๆ สถานีอนามัยมีการจัดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเยี่ยมเยียน แนะนำให้กำลังใจในการปฏิบัติงานติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีสถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเอกเทศ และสนับสนุนเครื่องเขียนแบบพิมพ์เอกสารสิ่งพิมพ์ให้เพียงพอในการดำเนินงานคณะกรรมการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีความเป็นธรรมในการปฏิบัติต่อชุมชนรับผิดชอบในการกระทำและเคารพมติของชุมชนควรมีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน 3 ปี 5 ปี ให้ชัดเจนในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

มินตรา สาระรักษ์ (2553) การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาสุขภาพ หลักการที่สำคัญประการหนึ่งของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น ปัจจุบัน อสม. มีประมาณ 830,000 คน ในทุกชุมชนของไทย จากการที่ผู้เขียนได้มีส่วนร่วมในการดำเนิน

โครงการวิจัยการพัฒนาผู้นำข่าวสารเพื่อแก้หาความยากจนในประเด็นทางด้านสุขภาพมาแล้ว 2 ระยะ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549–2550) ซึ่งพบว่า ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพหรือการดำเนินวิถีชีวิตประจำวันจำเป็นต้องได้รับทราบข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ต่อเนื่องจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขผู้เขียนได้ตระหนักและให้ความสำคัญของการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนอย่างมาก รวมทั้งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพในเบื้องต้นให้ทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์ ในปัจจุบันเพื่อให้เกิดความมั่นใจในศักยภาพอันเป็นแบบอย่างที่ดี และสามารถเป็นที่ปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้นสำหรับประชาชนในท้องถิ่นได้

เทพลักษ์ ศิริธนะวุฒิชัย และคณะ (2553) ได้ศึกษาประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวานของ อสม. ภายหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.005$) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังสิ้นสุดโครงการเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) แต่ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.035$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยระหว่างเข้าร่วมโครงการ (166.04 mg/dl) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ (198.04 mg/dl) การที่ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น จะทำให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ สรุปได้ว่าภายหลังการจัดโครงการความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน อสม. และผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานลดลง สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ ผู้ป่วยต่างมีความพึงพอใจต่อการทำงานของ อสม. มากขึ้น จะเห็นได้ว่าความรู้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

สุดารัตน์ หล่อเพชร (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน 2) ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. จำนวน 353 คน เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับสูงการรับรู้การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน

โดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชนอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และระดับการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการกำหนดความรับผิดชอบอย่างชัดเจนตรงกับสภาพปัญหาของพื้นที่พร้อมกับการสนับสนุนทางด้าน วัสดุ อุปกรณ์ วิชาการ และการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องจะทำให้การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สุธิดา ณ ระนอง และคณะ ศูนย์ประสานงานกลุ่มที่ 2 (2557 : 34) ได้ศึกษาการดูแลและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพพื้นฐานด้วย ตนเองได้ โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข ในศูนย์ประสานงานกลุ่มที่ 2 สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย และเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล และลักษณะทั่วไปของพยาบาลเยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพพื้นฐานด้วยตนเองได้โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพพื้นฐานด้วยตนเองได้ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุติดเตียงในศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในศูนย์ประสานงานกลุ่มที่ 2 จำนวน 11 แห่ง (ศูนย์บริการสาธารณสุข 8, 10, 21, 22, 32, 34, 35, 37, 41, 57 และ 68) ผลการวิจัย พบว่า ระดับการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลแยกตามการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลแต่ละด้าน ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการดูแลโภชนาการอยู่ในระดับดี การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับพอใช้ สำหรับด้านการดูแลสุขภาพจิตอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ข้อเสนอแนะพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทุกคน ควรอบรมผู้ดูแลครอบคลุมทุกบุคลากร ทีมสุขภาพควรมีการติดตาม และประเมินผลการอบรมผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและผู้บริหารควรให้ความสำคัญการอบรมผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง (2557 : 34)

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi experimental research: one group pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียน ตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 50 คน เข้าร่วมโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 วัน ประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) การทำกระบวนการกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ 3) การฝึกทักษะการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด 4) ฝึกทักษะการกู้ชีวิต

เบื้องต้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบประเมินการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ แบบสังเกตและประเมินผล การฝึกทักษะการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และแบบประเมินการกู้ชีวิตเบื้องต้น วิเคราะห์ ข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจก่อน และหลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ Paired t-test ประเมินผลการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ ทักษะ การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และการกู้ชีวิตเบื้องต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วม อสม. มีความรู้โรคหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อสม. ทุกรายมีคะแนนเฉลี่ยการ รับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจในระดับดีมาก และสามารถผ่านการประเมิน ทักษะการประเมินหัวใจและหลอดเลือด และการกู้ชีวิตเบื้องต้น ร้อยละ 100 ในระดับตั้งงานวิจัย ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมใน อสม. ช่วยสร้างเสริมพลัง อำนาจของ อสม. และมีประสิทธิภาพในการการสร้างศักยภาพ อสม. นอกจากนี้โปรแกรมฯ นี้ ช่วยสนับสนุนให้ อสม. เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ เพื่อสร้างพลังอำนาจแก่กลุ่ม อสม. ในชุมชนอื่นได้

เวหา เกษมสุข และรักชนก คชไกร (2559) ได้ศึกษาความต้องการพัฒนาความสามารถของ อาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชนการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ในการเยี่ยมบ้าน ผู้เป็นเบาหวาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ออส. จำนวน 30 คน โดยใช้เครื่องมือแนวคำถามความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของ ออส. การสังเกต และบันทึก ภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการวิจัย พบว่า ออส. ขาดความรู้ และ ไม่มั่นใจในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวาน ออส. ต้องการพัฒนาศักยภาพและความสามารถอย่าง ต่อเนื่องในการให้ความรู้เรื่องยาเบาหวานการฉีดอินซูลิน การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การออกกำลัง กายการพักผ่อน การควบคุมอาหาร การใช้สมุนไพร ออส. มีความต้องการ และเสนอแนะรูปแบบการ พัฒนาศักยภาพ คือ การจัดอบรมแก่ ออส. อย่างต่อเนื่อง จัดประชุม ออส. จากหลาย ๆ ชุมชน เพื่อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดให้มีอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่บ้าน มีการสอนและ ทบทวนความรู้และการใช้อุปกรณ์ข้อเสนอแนะ ออส. ต้องการพัฒนาความสามารถตนเองเป็นระยะ ๆ พยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขควรมีการสอนและทบทวนความรู้อยู่เสมอ และสนับสนุนบทบาท ออส. สร้างเครือข่าย ออส. ช่วยขยายบทบาท ออส. ให้มีความหลากหลายและกว้างขวางขึ้น และ สนับสนุนอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้มีความมั่นใจในการให้ความรู้และการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ที่บ้าน

ภูติท เตชาติวัฒน์ และนิธรา กิจธีระวุฒิมวงษ์ (2557) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการ ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วย

การจัดการเรียนรู้ โดยใช้บริบทเป็นฐานมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ด้วยการจัดการเรียนรู้ โดยใช้บริบทเป็นฐานการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 38 คน เข้าร่วมโปรแกรมอบรมฯ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นฐาน 2) การเรียนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การเยี่ยมบ้าน) 3) การอภิปรายกรณีศึกษา และ 4) การให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ อสม. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน และความพึงพอใจของ อสม. ในการปฏิบัติงาน ซึ่งผ่านการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่น ทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ และการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอบรมฯ ส่วนข้อมูลความพึงพอใจ เก็บข้อมูลและวิเคราะห์หลังเข้าร่วมโปรแกรม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ pair t-test ผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้และระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอบรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.73, p < 0.001$; $t=6.79, p < 0.001$) และ อสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.4 มีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean = 11.42, SD. = 4.12) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมฯ การศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานสามารถนำไปใช้ในการสร้างศักยภาพ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมฯ นี้สนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพให้ อสม. เป็นส่วนหนึ่งของทีมงานที่ดูแลสุขภาพ

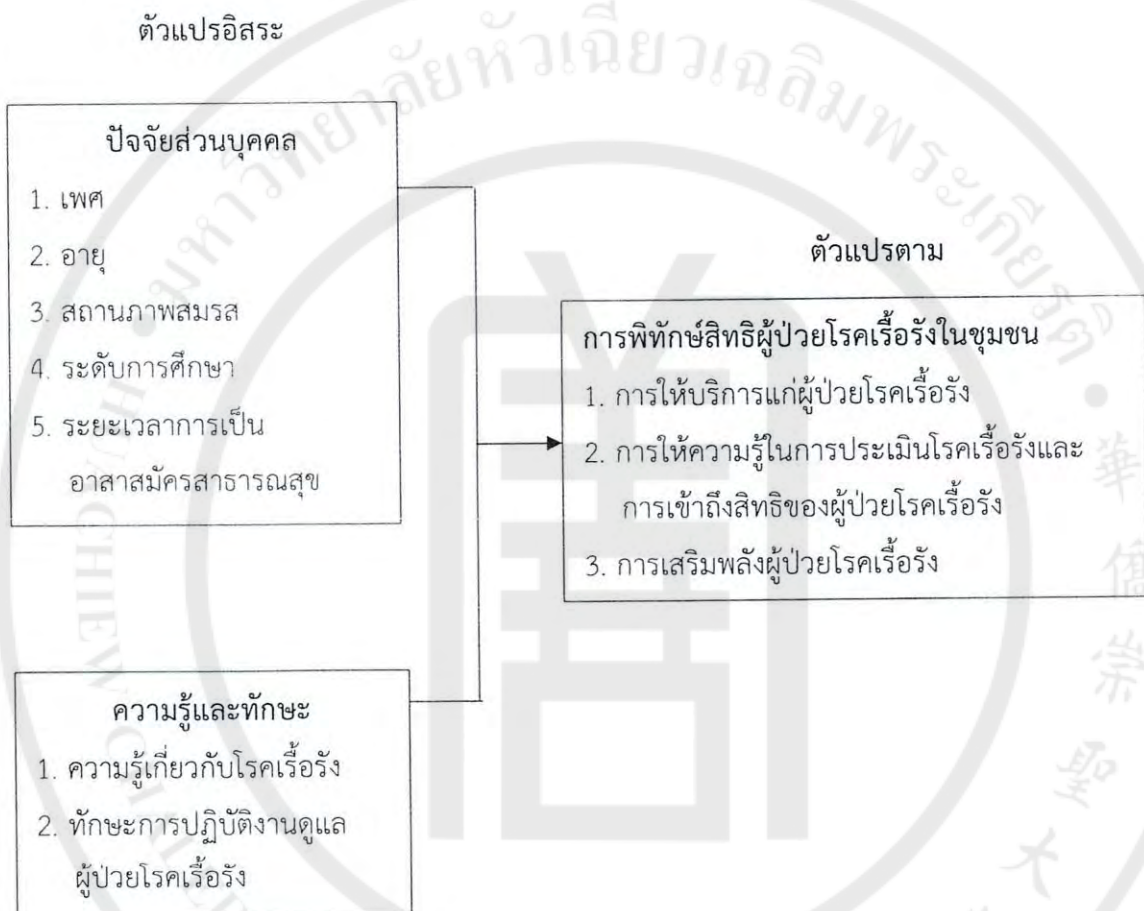
สิริญา ไผ่ป้อง และสมเดช พินิจสุนทร (2559) ได้ศึกษาความรู้และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบได้ 337 คน ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลผลการศึกษา พบว่า อสม. เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.8 อายุเฉลี่ย 48 ปีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.5 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อสม. เฉลี่ย 12 ปี มีประสบการณ์ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพของคนในหมู่บ้าน ร้อยละ 84.0 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในขั้นตอนการสำรวจและเก็บข้อมูลร้อยละ 74.8 น้อยที่สุด คือ การประเมินผล ร้อยละ 22.8 ความรู้ของ อสม. เรื่องการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 51 โดยตอบคำถามในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนได้มากที่สุด คือ การดำเนินงานตาม

แผนงานเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้วต้องมีการประเมินผลร้อยละ 97.6 ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ การจัดทำแผนงานโครงการควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้จึงจะมีความถูกต้อง ร้อยละ 53.7 บทบาทของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.5 บทบาทรายข้อพบว่า อสม. เขียนแผนงานโครงการด้วยตนเองน้อยที่สุด ร้อยละ 40.4 โดยส่วนใหญ่ทำร่วมกับกลุ่ม อสม. ร้อยละ 71.2 และกว่าครึ่งหนึ่งของ อสม. มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแผนงานโครงการให้ทุกขั้นตอน ร้อยละ 63.5

สิทธิพร เกษจ้อย (2560) ศึกษาบทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อนอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น บทบาทในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 200 ชุด นำมาวิเคราะห์ผลโดยการหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ผลการวิจัยพบว่า บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยภาพรวมทั้งหมดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านป้องกันโรคอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 4.00 ด้านการฟื้นฟูสภาพมีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.86 ด้านการรักษาพยาบาลมีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.84 และด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยมีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.77

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทักษะ กับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในชุมชนเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)” ซึ่งมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

3.1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทองเขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร จากวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และทักษะการปฏิบัติหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 167 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เขตวัฒนา ที่เข้าร่วมการประชุมประจำเดือนพฤศจิกายน 2560 จำนวน 100 คน

3.2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดในการวิจัยและผลงานวิจัยที่ผ่านมา แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ด้านข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เขตวัฒนา มีคำถามจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เขตวัฒนา มีคำถามเกี่ยวกับโรคเรื้อรังจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ด้านทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร มีคำถามรวม 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการปฏิบัติหน้าที่ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ 1) การให้บริการ จำนวน 10 ข้อ 2) การมีความรู้ในการประเมินโรคเรื้อรัง และการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ และ 3) การเสริมพลัง จำนวน 5 ข้อ

3.3 การทดสอบความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ

จากข้อมูลแบบสอบถามที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ชุด ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคำถามในด้านต่าง ๆ แล้วนำมาหาค่าความ

เชื่อมั่น (Reliability) โดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น .851 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานขอความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง ในการเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนาที่เข้าร่วมการประชุมประจำเดือน ณ ห้องประชุมใหญ่ชั้น 3 ของศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ระหว่างวันที่ 1-31 พฤศจิกายน 2560 มีขั้นตอนดังนี้

1. ประชุมชี้แจงแบบสอบถามแก่อาจารย์และบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง ได้แก่ ทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน นักกายภาพบำบัด นักสุขศึกษา และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถาม
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร เขียนคำตอบพร้อม ๆ กันจนแล้วเสร็จ โดยอาจารย์ที่ปรึกษากำกับดูแลแนะนำและควบคุมการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ให้เป็นไปตามกรอบและขั้นตอนตามแผนการดำเนินงาน
3. ประมวลผลข้อมูลการตรวจสอบความสมบูรณ์ รวมถึงความสอดคล้องของคำตอบในแบบสอบถามทุกส่วน โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษากำกับดูแลแนะนำ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS for Window ในการประมวลผล โดยใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics)ใช้จำนวน ร้อยละ (Percentage)ในการสรุปข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างใน

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยเพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ใช้จำนวนร้อยละ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และทักษะการปฏิบัติงานดูแลหน้าพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้จำนวนร้อยละ (Percentage)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่ให้บริการต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การมีความรู้ในการประเมินโรคเรื้อรัง และการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วย และการเสริมพลังผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้จำนวนร้อยละ (Percentage) ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

คำถามในส่วนที่ 3 เป็นคำถามเชิงปฏิฐานผู้ประเมินจึงกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ การให้คะแนนในคำถามแต่ละข้อจะใช้หลักการของ Rating Scale โดยพิจารณาแนวคำถาม ถ้าเป็นข้อความที่แสดงความเห็นชอบหรือคำถามเชิงปฏิฐาน (Positive) จะให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ใช้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
เห็นด้วย	ใช้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
ไม่แน่ใจ	ใช้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
ไม่เห็นด้วย	ใช้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ใช้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

ถ้าเป็นข้อความที่แสดงความเห็นชอบหรือคำถามเชิงนิเสธ (Negative) จะให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ใช้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
ไม่เห็นด้วย	ใช้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
ไม่แน่ใจ	ใช้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
ไม่เห็นด้วย	ใช้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ใช้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

โดยผู้ประเมินได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาแบ่งระดับของความถี่ของการหาค่าพิสัย (Range) ของชั้น ซึ่งสามารถคำนวณได้จากสูตร

$$\begin{aligned} \text{พิสัย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.8 \end{aligned}$$

ดังนั้น ระดับของคะแนนเฉลี่ยจะมีชั้นของคะแนน คือ

คะแนน 1.00 - 1.79 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนน 1.80 - 2.59 คือ ไม่เห็นด้วยอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 2.60 - 3.39 คือ ไม่แน่ใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.40 - 4.19 คือ เห็นด้วยอยู่ในระดับมาก

คะแนน 4.20 - 5.00 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกับการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบ $p < .05$

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statics) ใช้ในการพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยใช้ T - test ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับค่าเฉลี่ยการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการทดสอบตามหลักสถิติ (Independent Samples Test, Anova)

3.6 การนำเสนอผลการวิจัย

ผลงานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย



บทที่ 4 ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน” จะนำเสนอตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้และทักษะการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร
5. ทดสอบสมมติฐานงานวิจัย

4.1 ผลข้อมูลพื้นฐานด้าน เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขโดยสถิติค่าร้อยละ (Percentage) การแจกแจงความถี่ (Frequency) ตามตารางที่ 1,2,3,4,5,

4.1.1 เพศ

กลุ่มตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.0 นอกนั้นเป็นเพศชาย ร้อยละ 19.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เพศของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	19	19.0
หญิง	81	81.0
รวม	100	100.0

4.1.2 อายุ

กลุ่มตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตพัฒนา มีค่าเฉลี่ยอายุ 61.44 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.81 ส่วนใหญ่ คือ ช่วงอายุระหว่าง 51- 60 ปี ร้อยละ 41.0 รองลงมา ช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 29.0 ช่วงอายุ 71- 80 ปี ร้อยละ 14.0 ช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 11.0 และน้อยที่สุด ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.0 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อายุของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตพัฒนา

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
40 - 50 ปี	11	11.0
51 - 60 ปี	41	41.0
61 - 70 ปี	29	29.0
71 - 80 ปี	14	14.0
80 ปีขึ้นไป	5	5.0
อายุเฉลี่ย (\bar{X} = 61.44 ปี)		
รวม	100	100.0

4.1.3 สถานภาพ

สถานภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตพัฒนา ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 55.0 รองลงมา หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 31.0 และน้อยที่สุด โสด ร้อยละ 14.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สถานภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตพัฒนา

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	14	14.0
สมรส	55	55.0
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	31	31.0
รวม	100	100.0

4.1.4 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุดของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 49.0 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 17.0 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.0 อ่านออกเขียนได้ ปริญญาตรี และ ปวส./อนุปริญญาตรี เท่ากัน ร้อยละ 6.0 และน้อยที่สุด ไม่ได้เรียน ร้อยละ 2.0 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	2	2.0
อ่านออกเขียนได้	6	6.0
ประถมศึกษา	49	49.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	14.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	17.0
ปวส./อนุปริญญาตรี	6	6.0
ปริญญาตรี	6	6.0
รวม	100	100.0

4.1.5 ระยะเวลา

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร มีค่าเฉลี่ย 10.70 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.35 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 11-15 ปี ร้อยละ 28.0 รองลงมา ระหว่าง 1-5 ปี และ 6-10 ปี เท่ากัน ร้อยละ 27.0 ระหว่าง 16-20 ปี ร้อยละ 12.0 ระหว่าง 21-25 ร้อยละ 5.0 และน้อยที่สุด 25 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.0 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระยะเวลาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 1 - 5 ปี	27	27.0
อายุ 6 - 10 ปี	27	27.0
อายุ 11 - 15 ปี	28	28.0
อายุ 16 - 20 ปี	12	12.0
อายุ 21 - 25 ปี	5	5.0
อายุ 25 ปีขึ้นไป	1	1.0
ระยะเวลาในการทำงาน (อสส) เฉลี่ย (\bar{X} = 10.70 ปี)		
รวม	100	100.0

4.2 ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและ ทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสถิติ ค่าร้อยละ (Percentage) การแจกแจงความถี่ (Frequency) สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา

อาสาสมัครสาธารณสุขเขตวัฒนามีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชน โดยภาพรวมใน ระดับมากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ย 4.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีความรู้มากที่สุดได้แก่ข้อ 2 คือ โรคเรื้อรังมีหลาย ประเภทเช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไตวาย และโรคข้อเสื่อม ฯลฯ ซึ่งในแต่ละประเภทสามารถปรับได้ โดยการเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ย 0.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10 มาก รองลงมา คือ ข้อ 1 โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพุง ไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น และข้อ 3 อาการที่สำคัญโรคของเบาหวาน คือ ปัสสาวะบ่อยขึ้นโดยเฉพาะเวลากลางคืน หิวน้ำบ่อยรับประทานเก่งแต่น้ำหนักลดลง เป็นภาวะ ที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ตามปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และถูกขับ มาทางปัสสาวะซึ่งทั้งข้อ 1 และข้อ 3 เท่ากัน คือ มีค่าเฉลี่ย 0.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 ต่อมา คือ ข้อ 4 ความดันโลหิตสูง เป็นแรงดันของเลือดที่กระทบตผนังหลอดเลือด วัดได้ 2 ค่า คือ ค่าตัวบนเป็นค่าหัวใจบีบตัว และค่าตัวล่างเป็นค่าหัวใจคลายตัว มีค่าเฉลี่ย 0.92 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.27และข้อที่มีระดับความรู้น้อยที่สุด คือ ข้อ 5 อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกซ้าย หนึ่งตา ตกมูมปากตกปากเบี้ยว เป็นทันทีทันใดประมาณ 30 นาที และดีขึ้นเป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือด สมอง แต่ไม่ต้องพบแพทย์เพราะดีขึ้นแล้ว มีค่าเฉลี่ย 0.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา

ความรู้	ตอบถูก (ร้อยละ)	ตอบผิด (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
1. โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพองไม่ให้เกิดการสูญเสีย การทำงานของร่างกายมากขึ้น	98	2	0.98	0.14	มากที่สุด
2. โรคเรื้อรังมีหลายประเภทเช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไตวาย และโรคข้อเสื่อม ฯลฯ ซึ่งในแต่ละประเภทสามารถปรับได้ โดยการเปลี่ยนพฤติกรรม	99	1	0.99	0.10	มากที่สุด
3. อาการที่สำคัญของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะบ่อยขึ้นโดยเฉพาะเวลากลางคืน หิวน้ำบ่อย รับประทานเก่งแต่น้ำหนักลดลง เป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ตามปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และถูกขับมาทางปัสสาวะ	98	2	0.98	0.14	มากที่สุด
4. ความดันโลหิตสูง เป็นแรงดันของเลือดที่กระทบตผนังหลอดเลือด วัดได้ 2 ค่า คือ ค่าตัวบนเป็นค่าหัวใจบีบตัว และ ค่าตัวล่างเป็นค่าหัวใจคลายตัว	92	8	0.92	0.27	มากที่สุด
5. อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกซ้าย นั่งตาตกมุมปากตกปากเบี้ยว เป็นทันทีทันใดประมาณ 30 นาทีและดีขึ้น เป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่ต้องพบแพทย์เพราะดีขึ้นแล้ว	85	15	0.85	0.35	มาก
ผลรวม			4.72	0.45	มากที่สุด

4.2.2 ทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา โดยสถิติค่าร้อยละ (Percentage) การแจกแจงความถี่ (Frequency) สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

อาสาสมัครสาธารณสุขเขตวัฒนามีทักษะการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนโดยภาพรวม ระดับมากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ย 4.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนสูงมากที่สุดได้แก่ ข้อ 1 ท่าน เป็นผู้สื่อข่าวด้านการสาธารณสุข แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ถ่ายทอด ฝึกฝนความรู้

ความชำนาญ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และสมาชิกในชุมชนมีค่าเฉลี่ย 4.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 รองลงมา คือ ข้อ 2 ท่านเป็นผู้นำที่ผ่านการอบรม สามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมการป้องกันโรค การคัดกรองภาวะเสี่ยง และระดับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีค่าเฉลี่ย 4.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 ข้อ 5 ท่านใช้หลักการมีส่วนร่วมและเป็นแกนนำในการติดต่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนมีค่าเฉลี่ย 4.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67 ต่อมา คือ ข้อ 3 ท่านสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในระยะยาว เรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การเตรียมอาหารการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการขับถ่ายได้มีค่าเฉลี่ย 4.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 และข้อที่น้อยที่สุด คือ ข้อ 4 ท่านปฏิบัติหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขมูลฐานตามสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ครบตามองค์ประกอบมีค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข

ทักษะการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย/ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
1. ท่านสามารถเป็นผู้สื่อข่าวด้านการสาธารณสุข แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดฝึกฝนความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และสมาชิกในชุมชน	60.0 (60)	39.0 (39)	0.0 (0)	1.0 (1)	0.0 (0)	4.58 (0.55)	มากที่สุด
2. ท่านสามารถเป็นผู้นำที่ผ่านการอบรม สามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมการป้องกันโรค การคัดกรองภาวะเสี่ยง และระดับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้	41.0 (41)	53.0 (53)	4.0 (4)	2.0 (2)	0.0 (0)	4.33 (0.65)	มากที่สุด

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ทักษะการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย/ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
3. ท่านสามารถสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในระยะยาว เรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการอาบน้ำ แต่งตัว การเตรียมอาหาร การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการขับถ่ายได้	29.0 (29)	51.0 (51)	13.0 (13)	7.0 (7)	0.0 (0)	4.02 (0.84)	มาก
4. ท่านสามารถปฏิบัติหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขตามสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ครบตามองค์ประกอบ	20.0 (20)	62.0 (62)	16.0 (16)	2.0 (2)	0.0 (0)	4.00 (0.66)	มาก
5. ท่านสามารถใช้หลักการมีส่วนร่วมและเป็นแกนนำในการติดต่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน	41.0 (41)	51.0 (51)	6.0 (6)	2.0 (2)	0.0 (0)	4.31 (0.67)	มากที่สุด
รวม						4.26 (0.52)	มากที่สุด

4.3 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา โดยสถิติค่าร้อยละ (Percentage) การแจกแจงความถี่ (Frequency) สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การศึกษาข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ทักษะการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 10 ข้อ 2) การมีความรู้ในการประเมินเรื่องโรคเรื้อรังและการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วย 5 ข้อ และ 3) การเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 ข้อ รวม 20 ข้อ

4.3.1 การให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา

อาสาสมัครสาธารณสุขเขตวัฒนามีการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยภาพรวมระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 1 ท่านเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง) ดังเช่นญาติของตนเอง มีค่าเฉลี่ย 4.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 รองลงมา คือ ข้อ 5 ท่านมีจิตอาสา และเป็นห่วงผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการ เจ็บป่วยรุนแรง จึงติดต่อประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ ได้เข้าถึงสิทธิ และได้รับสวัสดิการที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 4.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 รองลงมา คือ ข้อ 10 ท่านติดต่อประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปยังแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพด้านสิทธิสวัสดิการ และด้านการส่งเสริมฟื้นฟู เพื่อการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีค่าเฉลี่ย 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 รองลงมา ข้อ 9 ท่านฝึกฝนวิธีการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์พยุงเดินแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีค่าเฉลี่ย 4.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74 คือ ข้อ 8 ท่านให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานอาหารทางสายยาง มีค่าเฉลี่ย 4.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 คือ ข้อ 7 ท่านให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยเรื่องการประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น แผลกดทับ/ข้อติด/ติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ย 4.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 รองต่อมา คือ ข้อ 6 ท่านให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวในชุมชน เรื่องกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การอาบน้ำแต่งตัวเตรียมอาหาร การขับถ่าย และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 รองต่อมา ข้อ 4 ท่านปฏิบัติงานบริการสาธารณสุขมูลฐานตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ครบองค์ประกอบมีค่าเฉลี่ย 3.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04 รองลงมา ข้อ 3 ท่านไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในระยะยาวในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัวการเตรียมอาหาร การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการขับถ่าย มีค่าเฉลี่ย 3.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12 และข้อที่น้อยที่สุด คือ ข้อ 2 ท่านทำหน้าที่เป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพการควบคุม การป้องกันโรคคัดกรองภาวะเสี่ยงและประเมินระดับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เฉพาะในกลุ่มญาติของตนเอง มีค่าเฉลี่ย 2.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.36 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 การให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การให้บริการกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับการพิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย/ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
1. ท่านเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิต สูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด เสื่อม) ดังเช่นญาติของ ตนเอง	43.0 (43)	55.0 (55)	2.0 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	4.41 (0.53)	มาก ที่สุด
2. ท่านทำหน้าที่เป็นผู้นำในการ ส่งเสริมสุขภาพ,การควบคุม การ ป้องกันโรค คัดกรองภาวะเสี่ยง และประเมินระดับความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เฉพาะในกลุ่ม ญาติของตนเอง	14.0 (14)	30.0 (30)	6.0 (6)	34.0 (34)	16.0 (16)	2.92 (1.36)	ปาน กลาง
3. ท่านไม่สามารถให้บริการแก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการ ช่วยเหลือในระยะยาวในเรื่องการ ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การ อาบน้ำ แต่งตัว การเตรียมอาหาร การเคลื่อนย้าย ผู้ป่วย และการ ขับถ่าย	8.0 (8)	37.0 (37)	16.0 (16)	33.0 (33)	6.0 (6)	3.08 (1.12)	ปาน กลาง
5. ท่านมีจิตอาสา และเป็นห่วง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการเจ็บป่วย รุนแรง จึงติดต่อประสานงาน เพื่อ ส่งต่อผู้ป่วยให้ ได้เข้าถึงสิทธิ และ ได้รับสวัสดิการที่เหมาะสม	43.0 (43)	51.0 (51)	4.0 (4)	1.0 (1)	1.0 (1)	4.34 (0.69)	มาก ที่สุด
6. ท่านให้บริการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการ ดูแลระยะยาวในชุมชน เรื่อง กิจวัตรประจำวันได้ เช่น การ อาบน้ำ แต่งตัว เตรียมอาหาร การขับถ่าย และการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วย	24.0 (24)	54.0 (54)	12.0 (12)	10.0 (10)	0.0 (0)	3.92 (0.87)	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การให้บริการกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับการพิทักษ์สิทธิ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย/ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
7. ท่านให้บริการให้คำปรึกษา แนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยเรื่องการ ประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิด ขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในด้าน ต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรก ซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น แผลกดทับ/ข้อติด/ติดเชื้	24.0 (24)	64.0 (64)	10.0 (10)	1.0 (1)	1.0 (1)	4.09 (0.68)	มาก
8. ท่านให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรค เรื้อรัง,ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เรื่อง โภชนาการที่เหมาะสมกับสภาวะ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับ อาหารทางสายยาง	31.0 (31)	54.0 (54)	11.0 (11)	4.0 (4)	0.0 (0)	4.12 (0.75)	มาก
9. ท่านฝึกฝนวิธีการดูแลตนเอง ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง,ญาติผู้ป่วย โรคเรื้อรังและผู้ดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรัง เช่น การทำกายภาพบำบัด เบื้องต้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์พยุงเดินแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง	33.0 (33)	57.0 (57)	5.0 (5)	5.0 (5)	0.0 (0)	4.18 (0.74)	มาก
10. ท่านติดต่อประสานงาน ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปยังแหล่ง ประโยชน์ด้านสุขภาพด้านสิทธิ สวัสดิการ และด้านการส่งเสริม ฟื้นฟู เพื่อการดูแลที่เหมาะสมแก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	34.0 (34)	59.0 (59)	4.0 (4)	1.0 (1)	1.0 (1)	4.23 (0.70)	มาก ที่สุด
รวม						3.89 (0.33)	มาก

4.3.2 การมีความรู้ในการประเมินโรคเรื้อรังและการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา

อาสาสมัครสาธารณสุขเขตวัฒนามีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วยโดยภาพรวมระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 3 ประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2560 มีการกำหนด มาตรการการจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลสามารถเข้าถึงสิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น คุ่มครอง และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน มีค่าเฉลี่ย 4.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79

รองลงมา คือ ข้อ 5 ท่านสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้กับหน่วยงานที่ตรงกับสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย 4.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 รองลงมา คือ ข้อ 2 ท่านสามารถประเมินลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ด้วยการสังเกตจากลักษณะภายนอก เช่น สีหน้า ท่าทาง กิริยา อาการ และการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินได้ด้วยตนเองหรือต้องมีคนพยุงใช้ไม้เท้าหรือติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีค่าเฉลี่ย 4.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 รองลงมา คือ ข้อ 1 ท่านสามารถบอกอาการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ หรืออาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ที่ส่งผลให้เกิดความพิการรุนแรงต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีค่าเฉลี่ย 4.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 และข้อที่น้อยที่สุด คือ ข้อ 4 ท่านสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่อวัยวะใดบ้างที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีค่าเฉลี่ย 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การมีความรู้ในการประเมินโรคเรื้อรังและการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วย

การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย/ ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
1. ท่านสามารถบอกอาการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ หรืออาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ที่ส่งผลให้เกิดความพิการรุนแรงต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้	27.0 (27)	57.0 (57)	8.0 (8)	8.0 (8)	0.0 (0)	4.03 (0.82)	มาก

ตารางที่ 9 (ต่อ)

การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย/ ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
2. ท่านสามารถประเมินลักษณะทั่วไป ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ด้วยการสังเกต จากลักษณะภายนอก เช่น สีหน้า ท่าทาง กิริยา อากา และการทำ กิจวัตรประจำวัน เช่นเดินได้ด้วย ตนเองหรือต้องมีคนพยุง ไข้ไม่เท่าหรือ ติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	27.0 (27)	59.0 (59)	8.0 (8)	4.0 (4)	2.0 (2)	4.05 (0.83)	มาก
3. ประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญ ปี 2560 มีการกำหนด มาตรการขจัด การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ลด ความเหลื่อมล้ำ และส่งเสริมสนับสนุน ให้บุคคลสามารถเข้าถึงสิทธิและ เสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น คุ้มครอง และอำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน	40.0 (40)	43.0 (43)	14.0 (14)	3.0 (3)	0.0 (0)	4.20 (0.79)	มากที่สุด
5. ท่านสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแล,การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้กับหน่วยงาน ที่ตรงกับสภาพปัญหา ความต้องการของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	31.0 (31)	52.0 (52)	15.0 (15)	2.0 (2)	0.0 (0)	4.12 (0.82)	มาก
รวม						4.05 (0.55)	มาก

4.3.3 การเสริมพลังผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา

อาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา มีการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยภาพรวม
ระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 5 การชมเชยผู้ป่วยโรค
เรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการที่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของ อสส.
อันทำให้การเจ็บป่วยทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.65
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 รองลงมา คือ ข้อ 4 การใช้คำพูดที่ไพเราะ ไม่พูดดูถูกเหยียดหยาม

ไม่แสดงความคิดเห็นในเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยโรคเรื้อรังการรับฟังด้วยใจ เป็นพื้นฐานของการเคารพสิทธิผู้อื่นถือเป็นสิ่งสำคัญอีกประการในการสร้างเสริมพลังมีค่าเฉลี่ย 4.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66 รองต่อมา คือ ข้อ 1 การให้กำลังใจ เป็นการเสริมสร้างพลังแรงใจให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่ามากขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 รองลงมา คือ ข้อ 2 ตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ผู้ที่กำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองให้ดีขึ้นจากอาการของโรคเรื้อรัง โดยใช้กำลังใจของตนเองในการกระทำ โดยมี อสส. และทีมสหวิชาชีพ อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงสิทธิและได้รับสวัสดิการมีค่าเฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 และข้อที่น้อยที่สุด คือ ข้อ 3 การรับฟังผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ระบายความโกรธการสูญเสีย ความเครียด เป็นการช่วยให้บุคคลเหล่านั้นได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกออกไป ทำให้ อสส. เข้าถึงปัญหาความและต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 การเสริมพลังผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเสริมพลังแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย/ ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
1. การให้กำลังใจ เป็นการเสริมสร้างพลังแรงใจให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่ามากขึ้น	53.0 (53)	42.0 (42)	3.0 (3)	2.0 (2)	0.0 (0)	4.46 (0.65)	มาก ที่สุด
2. ตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ผู้ที่กำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองให้ดีขึ้นจากอาการของโรคเรื้อรัง โดยใช้กำลังใจของตนเอง ในการกระทำ โดยมี อสส. และทีมสหวิชาชีพ อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงสิทธิและได้รับสวัสดิการ	51.0 (51)	44.0 (44)	3.0 (3)	2.0 (2)	0.0 (0)	4.44 (0.65)	มาก ที่สุด

ตารางที่ 10 (ต่อ)

การเสริมพลังแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย/ ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
3. การรับฟังผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ระบายความ โกรธ การสูญเสีย ความเครียด เป็นการช่วยให้บุคคลเหล่านั้นได้ ระบายอารมณ์ความรู้สึกออกไป ทำให้ อสส. เข้าถึงปัญหาความ และต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น	50.0 (50)	44.0 (44)	2.0 (2)	4.0 (4)	0.0 (0)	4.40 (0.72)	มาก ที่สุด
4. การใช้คำพูดที่ไพเราะ ไม่พูด ดูถูกเหยียดหยาม ไม่แสดงความ คิดในเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อ จิตใจผู้ป่วยโรคเรื้อรังการรับฟัง ด้วยใจ เป็นพื้นฐานของการเคารพ สิทธิผู้อื่นถือเป็นสิ่งสำคัญอีก ประการในการสร้างเสริมพลัง	67.0 (67)	30.0 (30)	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)	4.61 (0.66)	มาก ที่สุด
5. การชมเชยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการที่ได้ปฏิบัติ ตามคำแนะนำของ อสส. อันทำให้ การเจ็บป่วยทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยมี กำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น	68.0 (68)	30.0 (30)	1.0 (1)	1.0 (1)	0.0 (0)	4.65 (0.65)	มาก ที่สุด
รวม						4.51 (0.49)	มาก ที่สุด

4.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งมีตัวแปรอิสระทั้งหมด 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยและตัวแปรตาม 1 ตัวแปร ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนสถิติที่ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของ

เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในข้อมูลมาตราอันตรภาคหรืออัตราส่วน (Interval or Ratio scale) การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบไม่ใช้พารามетริกผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไว้ดังนี้ ค่า r ระดับของความสัมพันธ์

- .70 - 1.00 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
- .30 - .69 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
- .01 - .29 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ($r = .053$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนระดับต่ำ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r = .537$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 11-12)

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของเพียร์สัน

ตัวแปร	การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ความรู้	ทักษะ
การพิทักษ์สิทธิ	Pearson Correlation	1	.537**
	Sig. (2-tailed)		.000
ความรู้	Pearson Correlation	.037	1
	Sig. (2-tailed)	.711	.914
ทักษะ	Pearson Correlation	.537**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.914

ตารางที่ 12 สรุปผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปร	การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	Sig.	ระดับความสัมพันธ์
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง	.037	.71	ความสัมพันธ์ต่ำ
2. ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	.537**	.00	ความสัมพันธ์ปานกลาง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.5 ทดสอบสมมติฐาน

สถิติวิเคราะห์ที่ใช้การพิสูจน์สมมติฐาน ใช้ T-test เพื่อทดสอบข้อมูลพื้นฐานกับค่าเฉลี่ย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการทดสอบตามหลักสถิติ (Independent Samples Test-ANOVA) มีผลดังนี้ สมมติฐานที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในชุมชนมากกว่าเพศชาย

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามเพศ โดยรวม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามเพศ

เพศ	ชาย		หญิง		df	t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	78.00	8.23	82.62	6.42	98	-2.66	.00

* $p < .05$

สมมติฐานที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุมากมีการพิทักษ์สิทธิ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน มากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุน้อย

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามอายุ โดยรวม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามอายุ

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ระหว่างกลุ่ม	169.42	4	42.35	0.85	0.49
	ภายในกลุ่ม	4685.81	95	49.32		
	รวม	4855.24	99			

สมมติฐานที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามระดับการศึกษา โดยรวม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามระดับการศึกษา

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ระหว่างกลุ่ม	467.32	6	77.88	1.65	0.14
	ภายในกลุ่ม	4387.91	93	47.18		
	รวม	4855.24	99			

สมมติฐานที่ 4 อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพโสดมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน มากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีครอบครัว

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามสถานภาพสมรส โดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามสถานภาพสมรส

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ระหว่างกลุ่ม	158.70	2	79.35	1.63	0.20
	ภายในกลุ่ม	4696.53	97	48.41		
	รวม	4855.24	99			

สมมติฐานที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมาก มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขน้อยกว่า

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ระหว่างกลุ่ม	134.17	5	26.83	0.53	0.75
	ภายในกลุ่ม	4721.06	94	50.22		
	รวม	4855.24	99			

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมไม่มีผลต่อการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ตารางที่ 18 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่	สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
1	H_0 : เพศที่แตกต่างกันส่งผลต่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนไม่แตกต่างกัน H_1 : เพศที่แตกต่างกันส่งผลต่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแตกต่างกัน	ปฏิเสธ H_0
2	H_0 : อายุที่แตกต่างกันส่งผลต่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนไม่แตกต่างกัน H_1 : อายุที่แตกต่างกันส่งผลต่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแตกต่างกัน	ปฏิเสธ H_0
3	H_0 : ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันส่งผลต่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนไม่แตกต่างกัน H_1 : ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันส่งผลต่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแตกต่างกัน	ปฏิเสธ H_0
4	H_0 : สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันส่งผลต่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนไม่แตกต่างกัน H_1 : สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันส่งผลต่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแตกต่างกัน	ปฏิเสธ H_0

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ความรู้ ทักษะ และศึกษาความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร กับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 100 ชุด หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ จากนั้นได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) รวมทั้งการพิสูจน์สมมติฐานที่เป็นตัวแปร เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยใช้สถิติค่า t -test โดยแต่ละประเด็นสามารถสรุปภาพรวมได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 81.0 และเพศชาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 19.0 อายุเฉลี่ย 61.44 ปี อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 รองลงมา อายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 29.0 อายุระหว่าง 71-80 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 สถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมา สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 31.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 49.0 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 17.0 ระยะเวลาในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เฉลี่ย 10.70 ปี ระยะเวลา 11-15 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 รองลงมา เป็นระยะเวลา 1-5 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0 ซึ่งเท่ากับระยะเวลาในการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุข 6-10 ปี

2. ด้านความรู้ และทักษะ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชนระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 ทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ระดับดีมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52

3. ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน การศึกษาข้อมูลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วย 2) การมีความรู้ในการประเมินโรคเรื้อรัง และการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วย 3) การให้บริการแก่ผู้ป่วย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนใหญ่มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนด้านการเสริมพลังอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 รองลงมา คือ การมีความรู้ในการประเมินโรคเรื้อรังและการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วยในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 และการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จะเห็นว่าทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r = .537$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. การทดสอบสมมติฐานซึ่งเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 5 ข้อ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งหมดไม่มีผลต่อการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

5.2 อภิปรายผล

จากผลการวิจัย “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน” สามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยรวม ร้อยละ 4.72 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เมื่อ อสส. มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังซึ่งจะทำให้มีการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างถูกต้องและเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของเทพลักซ์ ศิริธนะวุฒิชัย และคณะ (2553) ศึกษาประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภายหลังจากจัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน อสม. และผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นด้วย ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานลดลง สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ ผู้ป่วยต่างมีความพึงพอใจต่อการทำงานของ อสม. มากขึ้น จะเห็นได้ว่าความรู้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของ อสม./อสส. และสอดคล้องกับ วิภาพร สิทธิศาสตร์, ภูดิท เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธิระวุฒิวงษ์ (2557) ศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า อสม. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.1 มีความรู้อยู่ในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 27.9 อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีการจัดสนับสนุน อสม. ในเครือข่ายให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการอบรมด้วยโปรแกรมต่าง ๆ เป็นประจำทุกปีในด้านการปฏิบัติงานมีความสอดคล้องกับการศึกษา

กาลยานโก (Kalyango et al. 2012) ศึกษาผลการการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อจัดการความเจ็บป่วยของเด็กแบบบูรณาการในประเทศกัวเตมา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนที่ได้รับการอบรมสามารถจัดการการเจ็บป่วยของเด็กในโรคมาลาเรียและปอดบวมได้อย่างเหมาะสมทั้งในเรื่องการนิเทศสอนงานและความเพียงพอของยา

2. ทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ค่าเฉลี่ยรวมร้อยละ 4.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 โดยมีทั้งด้านความสามารถในการเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เป็นผู้นำที่สามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริม ควบคุมป้องกันโรค คัดกรองภาวะเสี่ยง และระดับการเจ็บป่วยมีส่วนร่วม และเป็นแกนนำในการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งสามารถให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังในระยะยาวและตามความต้องการของผู้ป่วยได้ โดยมีค่าเฉลี่ยรวมในระดับมากที่สุดทุกข้อ ตั้งแต่ 4.00-4.58 ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่กำหนดไว้ในเนื้อหา หลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ในกลุ่มความรู้พื้นฐานโดยเฉพาะ 1) การเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชนในหมู่บ้าน 2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในเรื่องสำคัญ เช่น การส่งต่อผู้ป่วย ฯลฯ จะเห็นได้ว่าทักษะที่เกิดขึ้นทำให้ อสส. เกิดความชำนาญในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งมีส่วนสำคัญทำให้เกิดการการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เพราะการพิทักษ์สิทธิเป็นกิจกรรมการคุ้มครองป้องกันบุคคลที่อ่อนแอ ให้เขาสามารถเรียนรู้และเข้าถึงสิทธิของตนได้อย่างเข้มแข็งเป็นอิสระ รวมทั้งไม่พึ่งพิงผู้อื่นซึ่งเป็นกิจกรรมการเสริมพลัง อันเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับ อสส. ในการดูแลหรือพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังสอดคล้องกับการศึกษาของ เวหา เกษมสุข และรักชนก คชไกร ที่ศึกษาความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน พบว่า อสส. ขาดความรู้ และไม่มั่นใจในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวาน จึงต้องการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่องในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้และทักษะการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยด้วย เช่น การให้ยาเบาหวานการฉีดยาอินซูลิน การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การออกกำลังกายการพักผ่อน การควบคุมอาหาร ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงสิทธิและพึ่งพิงตนเองได้อย่างอิสระ

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การให้บริการ ให้ความรู้และการเสริมพลัง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การให้การเสริมพลังกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51, SD=0.49$) 4.51 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของคองเกอร์และคาร์นินโก เป็นการเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจ ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถจะเสริมสร้างให้แก่บุคลากรได้ โดยเป็นการสร้างแรงกระตุ้นหรือเพิ่มแรงจูงใจจากความรู้สึกภายในของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อในความสามารถแห่งตน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถและศักยภาพของตนเอง (Conger &

Kanungo. 1988) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลาซิงเจอร์ ไลน์แกน และชาเมน (Laschinger, Finegan & Shamain. 2001) พบว่า การได้รับการเสริมพลังอำนาจด้านโครงสร้างและเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจส่งผลต่อการปฏิบัติงาน และเพิ่มระดับความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) จึงนับเป็นแรงผลักดันในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรครีรังในชุมชน

4. ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยของ อสส. ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร การอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข อสส. ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดขึ้นทุกเดือน จะได้รับความรู้พื้นฐานด้านการส่งเสริมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรครีรัง ซึ่งในการวิจัยนี้ พบว่า อสส. สามารถเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วย โดยความรู้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.72, SD = 0.45$) และทักษะการดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด เช่นเดียวกัน คือ ($\bar{X} = 4.26, SD = 0.52$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุจิตา ณ ระนอง และคณะ ระดับการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลแยกตามการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลแต่ละด้าน ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการดูแลโภชนาการอยู่ในระดับดี จึงควรอบรมผู้ดูแลครอบครัวทุกบุคคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งควรมีการติดตามและประเมินผลการอบรมผู้ดูแล และผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการอบรมผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

5. ผลจากการศึกษาวิจัย จากงานศึกษาวิจัยนี้ พบว่า ของการให้บริการผู้ป่วยโรครีรังซึ่งมีผลต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยจากสูงมาต่ำตามลำดับดังนี้ คือ ด้านการส่งเสริมฟื้นฟู มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.23 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70) และด้านการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.92 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87) ระดับมาก ส่วนในด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพอนามัยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 2.92 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.36) ซึ่งสอดคล้องในบางด้านกับสิทธิที่ศึกษาเรื่อง บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และพบว่า คะแนนใน 4 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเรียงตามลำดับจากสูงมาต่ำ คือ ด้านป้องกันโรคอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 ด้านการฟื้นฟูสภาพมีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 ด้านการรักษาพยาบาลมีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 และด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77

5.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการศึกษา “ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทักษะกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรครีรังในชุมชน” ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติหน้าที่ ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรครีรัง จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรครีรังกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรครีรังในชุมชน

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การให้บริการ การให้ความรู้ และการเสริมพลัง โดยเฉพาะการเสริมพลังมีส่วนสำคัญทำให้ อสส. มีพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ อสส. ใน 2 ส่วน คือ 1) การเสริมพลังในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ 2) การเสริมพลังในการปฏิบัติงานของ อสส. เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย พยายามอาการเพื่อไม่ให้ทรุดลง อสส. จึงควรมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการเสริมพลังผู้ที่อยู่ในการดูแล นอกจากนี้ การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะทำให้ อสส. หหมดกำลังใจ มีภาระหนักและเหนื่อยกับการทำงาน เพราะต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างใกล้ชิด จึงควรมีการเสริมพลังตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่ไปด้วย

2. ด้านทักษะในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษา พบว่า ทักษะในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งทางด้านการคัดกรองความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ การมีความรู้และทักษะ สามารถปฏิบัติได้จริงจะทำให้การปฏิบัติงานของ อสส. บรรลุผลสำเร็จ จึงควรมีการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งตามระยะต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดบ้าน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียง รวมทั้งผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยด้วย

3. ควรมีการเผยแพร่ผลฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ใหม่ ๆ โดยมอบหมายให้สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง นำมาเผยแพร่แก่ อสส. ที่ปฏิบัติงานมานานในรูปแบบของเพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆรวมทั้งงบประมาณสนับสนุนด้วย

4. ศูนย์บริการสาธารณสุขควรมีการติดตามประเมินผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานรายบุคคลของ อสส. ศูนย์บริการสาธารณสุขควรจัดให้มีการติดตามประเมินผล เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยการให้รางวัลหรือประกาศเกียรติคุณ อสส. ที่มีผลงานดีเด่นในทุกรอบปี เพื่อเป็นตัวแบบในการทำงานให้แก่ อสส. ในศูนย์บริการสาธารณสุขของตนและศูนย์ฯ อื่น ๆ ด้วย

5. ศูนย์บริการสาธารณสุขควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมเชิงรุก โดยศูนย์ฯ จะต้องพยายามขยายเครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานและบุคคลสำคัญที่แตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน เพื่อทำงานเป็นทีม เชิงรุกแบบสหวิชาชีพ โดยจะต้องค้นหาผู้ปฏิบัติงานที่มีทัศนคติที่ดีและสามารถใช้หลักมนุษย์สัมพันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมาเป็นผู้ดำเนินการด้านนี้

5.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการเสริมพลังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ต้องแก้ไขเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

2. ควรมีการศึกษา ทบทวนหลักสูตรการฝึกอบรมเกี่ยวกับทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถึงเนื้อหาหลักสูตรว่า มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือไม่ และเนื้อหาหลักสูตรเอื้อต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานของ อสส. มากน้อยเพียงใด



บรรณานุกรม

- การประชุมมหกรรมการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ. (2558) พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง
บูรณาการด้วยทีมหมอครอบครัว : อิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี วันที่ 3-4 สิงหาคม 2558.
กรุงเทพมหานคร : สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน. (2557) หลักสูตรอบรมเพิ่มพูนความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข.
กรุงเทพมหานคร : กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาระบบบริการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2557) ผลการพัฒนา
คุณภาพบริการการแพทย์และสาธารณสุขสู่งานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : กองการพยาบาล
สาธารณสุข.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ (บรรณาธิการ). (2559) รายงานประจำปี 2559
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการรพมพิพ
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2556) หลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้ไม่สามารถดูแลสุขภาพพื้นฐานด้วย
ตนเองได้. กรุงเทพมหานคร : สำนักอนามัย กองการพยาบาลสาธารณสุข.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2556) รายงานสรุปผลการสำรวจ
การบริการของผู้รับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สำนักอนามัย
กองการพยาบาลสาธารณสุข.
- เทพลักษณ์ ศิริธนะวุฒิชัย, อาทิตย์ วงษ์เสาวศุก, วิรุฬห์ โนนวน และธิดารัตน์ เครือนาค. (2553)
“ประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ
เมือง จังหวัดมหาสารคาม” วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
29 (1) หน้า 439-445.
- พรทิพย์ จักขุทิพย์. (2551) หลักสูตรการอบรมปฐมนิเทศอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร :
สำนักอนามัย.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (มกราคม-มิถุนายน 2558) “ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการ
เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด” วารสารพยาบาลโรคหัวใจและ
ทรวงอก. 26 (1) หน้า 119-132.
- ภูติท เดชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (มกราคม-เมษายน 2557) “การประเมินผลการ
ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก” วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 28 (1) หน้า 16-27.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- เวหา เกษมสุข และรักชนก คชไกร. (พฤษภาคม- สิงหาคม 2558) “ความต้องการพัฒนา
ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน”
วารสารพยาบาลทหารบก. 16 (2) หน้า 59-68.
- สุดารัตน์ หล่อเพชร. (กรกฎาคม-ธันวาคม 2554) “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาท
ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน” วารสาร
มหาวิทยาลัยราชภัฏ ยะลา (Journal of Yala Rajabhat University. 6 (2)
หน้า 140-148.
- สุธิดา ณ ระนอง และคณะ. (2557) รายงานผลการพัฒนาคุณภาพ บริการ การแพทย์และ
สาธารณสุขสู่งานวิจัยสำนักอนามัย. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ประสานงานกลุ่มที่ 2.
- สิทธิพร เกษจ้อย. (มกราคม-มิถุนายน 2560) “บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสส.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมือง จังหวัด
ขอนแก่น” วารสารสถาบันวิจัยพินิตธรรม. 4 (1) หน้า 163-173.
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2556) พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ รายงานการประชุม
ระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรม
ราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- สิริญาไผ่ป้อง และสมเดชพินิจสุนทร (เมษายน-มิถุนายน 2559) “ความรู้และบทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนอำเภอเพ็ญ
จังหวัดอุดรธานี” วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 4 (2)
หน้า 291-294.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560) แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2560-2564.
นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- เอกรินทร์ โปตะเวช, เรืองยศ จันทรสามารถ, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพรม และยุภาพร ยุภาค.
(กันยายน-ธันวาคม 2551) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาท
หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่จังหวัดหนองคาย”
วารสาร มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2 (3) หน้า 265-273.
- Conger, J.A. & Kanungo. (1988) “The empowerment process: Integrating theory and
practice” *Academy of Management Review*. 13 (3) page 471-482.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Kalyango, J.N., Rutebemberwa, E., Alfvén, T., Ssali, S., Peterson, S. & Karamag, C. (2012) "Performance of community health workers under integrated community case management of childhood illnesses in eastern Uganda" *Malaria Journal*. 11 page 282-295.

Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., and Wilk, P. (2001) "Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model" *Journal of Nursing Administration*. 31 (5)

ข้อมูลออนไลน์

การเสริมพลังอำนาจกับงานสังคมสงเคราะห์ : สังคมสงเคราะห์ ขวนเขียน ขวนคุย. (1 ตุลาคม 2560) [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.gotoknow.org> (30 พฤศจิกายน 2560)

มินตรา สารรักษ์. (2553) "การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)" *วารสารวิชาการ มอบ. 12 (2) หน้า 39-47 พฤษภาคม - สิงหาคม*. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2013021213473110.pdf (30 พฤศจิกายน 2560)

เนตรนภา ชุมทอง. (2553) การเสริมพลัง (Empowerment) เอกสารประกอบรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน. หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [file:///C:/Users/%E0%B8%81/Downloads/Empowerment edit2010%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/%E0%B8%81/Downloads/Empowerment%20edit2010%20(1).pdf) (30 พฤศจิกายน 2560)

ณัฐกฤตา ทุมวงศ์. (2552) การพิทักษ์สิทธิ. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.gotoknow.org/posts/149315> (30 พฤศจิกายน 2560)

รุ่งเพชร สุมิตนันท์. (2011) มาตรฐานส่งเสริม-พิทักษ์สิทธิเด็กเยาวชนผู้ด้อยโอกาสผู้สูงอายุและครอบครัว" [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.tps010.org/index.php?option=com_content&view=article&id=138:2012-04-20-06-45-18&catid=9:10&Itemid=201 (30 พฤศจิกายน 2560)

สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขของค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. (29 สิงหาคม 2560) รายงานประจำปี 2559. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thaincd.com> (30 พฤศจิกายน 2560)

บรรณานุกรม (ต่อ)

- แพทยสภา. (10 ตุลาคม 2560) คำประกาศ “สิทธิ” และ “ข้อพึงปฏิบัติ” ของผู้ป่วย ฉบับใหม่ ออกและรับรองโดย 6 สภาวิชาชีพในวันแม่แห่งชาติ 12 สิงหาคม 2558. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.tmc.or.th/detail_news.php?news_id=834 (30 พฤศจิกายน 2560)
- ภารกิจวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน. (1 ตุลาคม 2560) แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2556- 2560. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.oic.go.th/ginfo/@dmin.asp?l=&g=010&i=%262425223%3A7> (30 พฤศจิกายน 2560)
- ศิริพร ใจท้าว. (2559) การเสริมสร้างพลังอำนาจครู การเสริมพลังอำนาจครูในการทำงาน. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://bantungsan.blogspot.com/2013/06/blog-post_15.html (30 พฤศจิกายน 2560)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (10 ตุลาคม 2560) ห้องสร้างปัญญา อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาพะ. กลุ่มโรค NCDs. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-กลุ่มโรค+NCDs.html>. (30 พฤศจิกายน 2560)



แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และทัศนคติกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรค
เรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตวัฒนา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน | 6. <input type="checkbox"/> ปวส / อนุปริญญา |
| 2. <input type="checkbox"/> อ่านออกเขียนได้ | 7. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี |
| 3. <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | 8. <input type="checkbox"/> ปริญญาโท |
| 4. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น | 9. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... |
| 5. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช. | |

5. ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.).....ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง 5 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคเรื้อรังหมายถึงโรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพยายงไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น		
2. โรคเรื้อรังมีหลายประเภทเช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไตวาย และโรคข้อเสื่อม ฯลฯ ซึ่งในแต่ละประเภทสามารถปรับได้ โดยการเปลี่ยนพฤติกรรม		
3. อาการที่สำคัญของเบาหวาน คือ ปัสสาวะบ่อยขึ้นโดยเฉพาะเวลากลางคืน หิวน้ำบ่อยรับประทานเก่งแต่น้ำหนักลดลง เป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ตามปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และถูกขับมาทางปัสสาวะ		
4. ความดันโลหิตสูง เป็นแรงดันของเลือดที่กระทบตมผนังหลอดเลือดวัดได้ 2 ค่า คือ ค่าตัวบนเป็นค่าหัวใจบีบตัว และค่าตัวล่างเป็นค่าหัวใจคลายตัว		
5. อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกซ้าย หนึ่งตาดกมมปากตกปากเบี้ยว เป็นทันทีทันใดประมาณ 30 นาที และดีขึ้น เป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่ต้องพบแพทย์เพราะดีขึ้นแล้ว		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย 5 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ทักษะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านเป็นผู้สื่อข่าวด้านการสาธารณสุข แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดฝึกฝนความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และสมาชิกในชุมชน					
2. ท่านสามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมการป้องกันโรคการคัดกรองภาวะเสี่ยงและระดับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้					
3. ท่านสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในระยะยาว เรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัว การเตรียมอาหาร การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการขับถ่ายได้					
4. ท่านสามารถปฏิบัติหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน ตามสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ครบตามองค์ประกอบทุกข้อ					
5. ท่านใช้หลักการมีส่วนร่วมและเป็นแกนนำในการติดต่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ส่วน มี 20 ข้อดังนี้

1. การให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 10 ข้อ
2. การมีความรู้ในการประเมินโรคและการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วยกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 ข้อ
3. การเสริมพลังผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การมีความรู้ในการประเมินโรคและการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง) ดังเช่นญาติของตนเอง					
2. ท่านทำหน้าที่เป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม การป้องกันโรค คัดกรองภาวะเสี่ยง และประเมินระดับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เฉพาะในกลุ่มญาติของตนเอง					
3. ท่านไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในระยะยาวในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การเตรียมอาหาร การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการขับถ่าย					
4. ท่านปฏิบัติตามบริการสาธารณสุขมาตรฐานตามสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ครอบงำประกอบ					
5. ท่านมีจิตอาสา และเป็นห่วงผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จึงติดต่อประสานงาน เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงสิทธิและได้รับสวัสดิการที่เหมาะสม					

การมีความรู้ในการประเมินโรคและการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6. ท่านให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวในชุมชน เรื่องกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว เตรียมอาหาร การขับถ่าย และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย					
7. ท่านให้บริการให้คำปรึกษา แนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยเรื่องการประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น แผลกดทับ/ข้อติด/ติดเชื้อ					
8. ท่านให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับอาหารทางสายยาง					
9. ท่านฝึกฝนวิธีการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์พยุงเดินแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
10. ท่านติดต่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปยังแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพด้านสิทธิสวัสดิการ และด้านการส่งเสริมฟื้นฟู เพื่อการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
11. ท่านสามารถบอกอาการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ หรืออาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดความพิการรุนแรงต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้					

การมีความรู้ในการประเมินโรคและการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
12. ท่านสามารถประเมินลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ด้วยการสังเกตจากลักษณะภายนอก เช่น สีหน้า ท่าทางกิริยา อาการ และการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินได้ด้วยตนเองหรือต้องมีคนพยุง ใช้ไม้เท้าหรือติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้					
13. ประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญ ปี 2560 มีการกำหนด มาตรการจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำ และส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลสามารถเข้าถึงสิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่นคุ้มครองและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน					
14. ท่านสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่อวัยวะใดบ้าง ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ					
15. ท่านสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้กับหน่วยงานที่ตรงกับสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
16. การให้กำลังใจ เป็นการเสริมสร้างพลังแรงใจให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่ามากขึ้น					

การมีความรู้ในการประเมินโรคและการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
17. ตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือผู้ที่กำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองให้ดีขึ้นจากอาการของโรคเรื้อรัง โดยใช้กำลังใจของตนเองในการกระทำ โดยมี อสส. และทีมสหวิชาชีพอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงสิทธิและได้รับสวัสดิการ					
18. การรับฟังผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ระบายความโกรธ การสูญเสียความเครียด เป็นการช่วยให้บุคคลเหล่านั้นได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกออกไป ทำให้ อสส. เข้าถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น					
19. การใช้คำพูดที่ไพเราะ ไม่พูดดูถูกเหยียดหยาม ไม่แสดงความคิดเห็นเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยโรคเรื้อรังการรับฟังด้วยใจ เป็นพื้นฐานของการเคารพสิทธิผู้อื่น ถือเป็นสิ่งสำคัญอีกประการในการสร้างเสริมพลัง					
20. การชมเชยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการที่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของ อสส. อันทำให้การเจ็บป่วยทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น					

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางสาวจุฑาทิพย์ เจริญไทย
วัน เดือน ปีเกิด	3 พฤษภาคม 2520
ที่อยู่ปัจจุบัน	998/270 ซอยสุขุมวิท 77 เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2554 - 2558	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สส.บ. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม)
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2558 - 2559	พนักงานช่วยงานพยาบาลฝ่ายควบคุมโรค ศูนย์บริการสาธารณสุข 37
พ.ศ. 2559 - 2560	พนักงานช่วยงานสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2560 - ปัจจุบัน	ผู้ช่วยนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร