

อภินันทนาการ



สำนักหอสมุด

รายงานการวิจัย

เรื่อง การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข

ด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน

Capacity-building for village health volunteer by context-based learning approach

โดย

ภูติ เทชาติวัฒน์

นิทรา กิจธีระวุฒินัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันลงทะเบียน.....31.3.2558

เลขทะเบียน.....16824654

เลขเรียกหนังสือ.....

จ 144
341
15
ค 6335
2556

ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัยจาก

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ปีงบประมาณ 2555 (1 มีนาคม 2555 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2556)

ขยายระยะเวลาการปฏิบัติงานจาก 1 มีนาคม 2556 เป็น 31 สิงหาคม 2556

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คือ ประชาชนทั่วไปที่ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมระหว่างชุมชนและบริการสุขภาพ ปัจจุบันรูปแบบการเกิดโรคเปลี่ยนเป็นภาระโรคสามรูปแบบ การพัฒนามาบทบาท อสม. เป็นสิ่งสำคัญ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน เป็นการเรียนในลักษณะผสมผสานไปกับการให้บริการในระบบปกติ และยังไม่มีกรนำแนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน ไปใช้การอบรม อสม. การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข และเพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข

การศึกษาเชิงปฏิบัติการ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

1) ระยะมองสถานการณ์ 2) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ และ 3) ระยะปฏิบัติการ แบ่งเป็น การวางแผนการนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ อสม. อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 171 คน เก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป ผลการปฏิบัติงานของ อสม. และ ความรู้พื้นฐานของ อสม. วิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และ Cramer's V การวิจัยในระยะที่ 2 เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่มในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. จำนวน 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และในระยะที่ 3 ทดลองปฏิบัติและประเมินผลในกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 38 คน การประเมินผลโปรแกรมโดยใช้ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติในการเยี่ยม และความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่น ข้อมูลความรู้ และการปฏิบัติในการเยี่ยมเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนข้อมูลความพึงพอใจ เก็บข้อมูลและวิเคราะห์หลังเข้าร่วมโปรแกรม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที่คู่

ผลลัพธ์ของการศึกษา มีดังนี้ 1) ผลการปฏิบัติงานของ อสม. เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.5 ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 22.34$, $SD = 4.21$) รองลงมา ร้อยละ 28.4 อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 32.47$, $SD = 2.87$) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ($\chi^2_2 = 4.268$, Cramer's $V = .161$) และความรู้ มีความสัมพันธ์ ($\chi^2_2 = 3.884$, Cramer's $V = .223$) กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในระดับต่ำ 2) สถานการณ์การอบรมในพื้นที่ผู้ให้ข้อมูลหลัก ต้องการให้มีการพัฒนาความรู้ที่สอดคล้องกับการเกิดโรคในพื้นที่ รูปแบบการอบรม

ควรเป็นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชน เนื้อหาการอบรมควรเป็นโรคเรื้อรังในพื้นที่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โดยจำนวนครั้งและระยะเวลาในการอบรมต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการประกอบอาชีพ ของ อสม. ผู้สอนจะต้องสอนในภาษาที่ อสม. เข้าใจ เป็นการสอนแบบ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน มีการยกตัวอย่าง และจัดกิจกรรม โดยใช้กรณีศึกษาในพื้นที่ ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการจัดอบรมที่ผ่านมา ได้แก่ ข้อจำกัดเรื่องเวลา การไม่ได้ใช้สถานการณ์ในพื้นที่มายกตัวอย่างในการสอน การใช้ภาษาทางวิชาการ และการประเมินการสอน และ 3) ระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. หลังเข้าร่วม โปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ดีวก่อนเข้าโปรแกรม ๗ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.73 มีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94) ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ โดยโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานสามารถนำไปใช้ในการสร้างศักยภาพ อสม. ทำให้เกิด การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ภาครัฐ) และ อสม. (ภาคประชาชน) สอดคล้องกับกล ยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานในประเด็นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากนี้ รูปแบบการจัดการ เรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐานสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ เพื่อพัฒนา อสม. ให้มีศักยภาพที่ สูงขึ้น การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น แรงจูงใจ แรง สนับสนุนทางสังคม การให้คำปรึกษา และการติดตามผลระดับความรู้และการปฏิบัติการเยี่ยม บ้านในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนา อสม. อย่างเหมาะสม

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	9
ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย.....	9
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	11
คำถามการวิจัย.....	11
ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	12
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	12
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย.....	13
บริการปฐมภูมิ.....	19
อาสาสมัครสาธารณสุข.....	26
การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข.....	47
วิธีการจัดการเรียนการสอน โดยใช้บริบทเป็นฐาน.....	53
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	65
ระเบียบวิธีวิจัย.....	65
ขั้นตอนวิธีในการศึกษา.....	65
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา.....	66
การเก็บข้อมูล.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มตัวอย่าง.....	73
บทที่ 4 ผลการศึกษา	74
ข้อมูลบริบทพื้นที่และข้อมูล อสม. อำเภอพรหมพิราม.....	74
ระดับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข.....	82
การนำรูปแบบการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานสู่การปฏิบัติ.....	87

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

กิจกรรมหลัก การเรียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การเปลี่ยนแปลงของระดับ	
ความรู้ ทักษะและความพึงพอใจ	93
กิจกรรมเสริม การเรียนในชุมชน : การเยี่ยมบ้าน	96
กิจกรรมเสริม : การอภิปรายกรณีศึกษาร่วม	109
บทที่ 5 การอภิปรายผลการศึกษา	112
เอกสารอ้างอิง	118
ภาคผนวก	128
ภาคผนวก ก	129
ภาคผนวก ข	145
ภาคผนวก ค	161

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ.....	13
รูปที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ.....	23
รูปที่ 3 ความสัมพันธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขกับระบบบริการปฐมภูมิ.....	28
รูปที่ 4 วงจรการเรียนรู้ของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน.....	54
รูปที่ 5 ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้แนวคิดการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน.....	56



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสถานบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ในปี พ.ศ.2562 เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปี พ.ศ. 2553	18
ตารางที่ 2 ความหมายของบริการปฐมภูมิ	21
ตารางที่ 3 แนวคิดการจัดบริการปฐมภูมิ	25
ตารางที่ 4 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข	33
ตารางที่ 5 รูปแบบและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข	40
ตารางที่ 6 รูปแบบกิจกรรมการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน	55
ตารางที่ 7 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ประสบการณ์เป็นฐาน	60
ตารางที่ 8 ขั้นตอนการดำเนินงาน	67
ตารางที่ 9 ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอพรหมพิราม ปี 2551 – 2555	75
ตารางที่ 10 อุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอพรหมพิราม ปี 2551 – 2555	75
ตารางที่ 11 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอพรหมพิราม ปี 2551- 2555	76
ตารางที่ 12 ผลการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	76
ตารางที่ 13 ผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	78
ตารางที่ 14 จำนวน อสม.ในพื้นที่ทั้งหมดที่ดูแลประชากร	79
ตารางที่ 15 หลักสูตรการอบรม ระยะเวลาและจำนวน อสม.ที่เข้ารับการอบรมในปี พ.ศ. 2555	81
ตารางที่ 16 ลักษณะโครงสร้างประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	83
ตารางที่ 17 คะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับผลการปฏิบัติงานของ อสม.	84
ตารางที่ 18 คะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ของ อสม.	85
ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงาน ของ อสม.ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก	85
ตารางที่ 20 หัวข้อการอบรม อสม. โรคระบบหลอดเลือดและลิ้นหัวใจ(อัมพาต)หลักสูตร 24 ชั่วโมง (กิจกรรมหลักการจัดการเรียนการสอนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)	91
ตารางที่ 21 โปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและลิ้นหัวใจในชุมชน ด้วยการจั ดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน	92
ตารางที่ 22 ลักษณะ โครงสร้างประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	94

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านและระดับ ความพึงพอใจของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียน การสอนโดยใช้บริบทเป็นฐานก่อนและหลังอบรม.....	95
ตารางที่ 24 ผลการประเมินก่อนและหลังอบรม.....	96
ตารางที่ 25 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 1.....	100
ตารางที่ 26 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 2.....	101
ตารางที่ 27 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 3.....	102
ตารางที่ 28 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 4.....	104
ตารางที่ 29 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 5.....	105
ตารางที่ 30 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 6.....	108
ตารางที่ 31 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 7.....	109

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในสังคมโลก ทั้งในภาคสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อเนื่องถึงกัน มีการขยายตัวของชุมชนเมือง ปัญหาการเปลี่ยนผ่านของโครงสร้างประชากรไทยที่ได้เข้าสู่โครงสร้างประชากรสูงอายุ ปัญหาโรคเรื้อรัง ประชาชนเจ็บป่วยด้วยอาการหลาย ๆ อาการและหลายโรคในบุคคลเดียวกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553) ปัญหาความมั่นคงและปลอดภัยในอาหาร ปัญหาสภาพภูมิอากาศ รวมทั้งความเครียดทางสังคม และพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำงานและความปลอดภัย พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ฯลฯ ที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่ไม่อาจแยกออกได้อย่างชัดเจนจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระแสโลกาภิวัตน์นี้

ระบบบริการสุขภาพมีการต้องมีการปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่ซับซ้อน (Complex adaptive system) ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมด้านหน้าที่รัฐจัดให้ และใกล้ชิดประชาชน มากที่สุดคือบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ที่มีสิ่งเกี่ยวข้อง (Agent) หลายปัจจัย ได้แก่ ความคาดหวังของผู้รับบริการ แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่น กระบวนการในการให้บริการ ชุมชน และองค์กรท้องถิ่น ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงข้อมูลและการทำงานซึ่งกันและกัน กับสิ่งแวดล้อม (Casti, 1997) ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพมีข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากร ดังนั้นการใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่ประกาศโดยองค์การอนามัยโลก เมื่อปี 1978 (WHO, 1978) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพมากกว่าพัฒนาด้านบริการทางการแพทย์และยึดหลักการของการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม (Equity in health care) เพื่อนำไปสู่การมีสถานะทางสุขภาพที่เป็นธรรมของประชาชน (Equity in health status) (WHO SEARO, 2010) โดยจัดบริการปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็ง ซึ่งได้รับการยืนยันจากหลักฐานทางวิชาการแล้วว่า ทำให้สุขภาพของประชาชนของประเทศดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความเสมอภาค มีการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม และผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น (Atun, 2004; Starfield & Macinko, 2005)

การสาธารณสุขมูลฐาน ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นจะต้องมี โดยยึดหลักของการใช้วิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ เป็นวิธีการที่มีเหตุผลสมควรทาง

วิทยาศาสตร์ และเป็นวิธีการที่ยอมรับได้ของสังคมนั้น ๆ ด้วยการใช้เทคโนโลยีที่ปัจเจกบุคคลและครอบครัวในชุมชน สามารถที่จะเข้าถึงบริการได้อย่างถ้วนหน้า เป็นวิธีการที่สอดคล้องกับวิถีทางของการมีส่วนร่วม และเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ชุมชนและประเทศนั้น ๆ สามารถที่จะจ่ายได้ เพื่อที่จะสร้างไว้ซึ่งทุกขั้นตอนของการพัฒนาของชุมชนในการที่จะสามารถพึ่งพาตนเองและมีการกำหนดพิจารณาได้ด้วยตนเองหรือชุมชน (WHO, 1978) ซึ่งแนวคิดนี้ได้ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติที่บริการปฐมภูมิ โดยมีสถานีอนามัย เป็นหน่วยงานหลักในการแปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติ

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นรูปแบบสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานมีบทบาทในการ ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการมีอาสาสมัครสาธารณสุข จนเป็นที่ยอมรับในระดับสากล (WHO SEARO, 2007) และได้ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ในปี พ.ศ. 2552 เกิดจุดเปลี่ยนที่สำคัญต่อระบบสาธารณสุขไทย มีการยกระดับสถานีอนามัย (สอ.) เกือบ 1 หมื่นแห่ง ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถือเป็นการเปลี่ยนการทำงานด้านระบบสุขภาพของคนไทย และเป็นแนวทางที่สร้างความมั่นใจในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนสิ่งสำคัญในความท้าทายของการพัฒนาบริการปฐมภูมิ คือผู้ให้บริการสุขภาพ (Health professionals) จะต้องมีการปรับความรู้และทักษะการให้บริการ ในด้านเทคนิคการให้บริการข้อมูล การทำงานร่วมกันกับภาคส่วนอื่น

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการขาดแคลนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐานประชากร 1, 250 คน ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน) และพบว่าจำนวนบุคลากรเฉลี่ยที่สถานีอนามัย คือ 2.9 คน (คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของภูดิทและคณะ (2553) ที่ประเมินการดำเนินงานของ รพ. สต. ในเขตภาคเหนือตอนล่างพบว่า การขาดแคลนกำลังคนเป็นปัญหาของระบบบริการปฐมภูมิ แม้ว่าปัจจุบันรัฐบาล ได้ดำเนินการวางแผนและพัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ มาอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในด้านการคัดเลือกเข้า การอบรม และการสร้างรักษา (WONCA, 1995) แต่ยังพบปัญหา การขาดแคลนกำลังคน การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม ความไม่เหมาะสมในการทำงาน การขาดความต่อเนื่องในการผลักดันนโยบายกำลังคนแบบมีส่วนร่วม และการขาดความเชื่อมโยงในการวางแผนการผลิต (คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

การทำงานในบริการปฐมภูมิจะต้องดำเนินการทั้งในสถานบริการและชุมชน บุคลากรสาธารณสุข จะทำงานร่วมกับ อสม. โดยอสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ

อนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี จากการศึกษาของโกมาตร และปารณัฐ (2552) พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มาจากผู้ที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่สูง มีวุฒิ การศึกษาระดับ ปวช/ปวส ร้อยละ 7.3 และปริญญาตรีเพียงร้อยละ 1 และเป็นข้าราชการเกษียณอายุ เพียงร้อยละ 4.4

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ ทรัพยากรที่มีจำกัด และทุนทางสังคมในบริบท ของประเทศไทยการรองรับการจัดบริการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง มีความสำคัญอย่างยิ่ง องค์การอนามัยโลกได้ระบุสมรรถนะของกำลังคนด้านสุขภาพ 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การดูแลผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 2) การทำงานแบบหุ้นส่วน 3) การพัฒนาคุณภาพงานบริการ 4) เทคโนโลยีการสื่อสารและการจัดการข้อมูล และ 5) มุมมองทางด้านสาธารณสุข (WHO, 2005) ซึ่ง บุคคลทางด้านสุขภาพจะต้องทำงานเป็นหุ้นส่วนกับภาคประชาชน โดยในบริบทประเทศไทย รูปแบบ หนึ่งคือการทำงานร่วมกับอสม. ดังนั้นการที่จะทำให้เกิดทักษะการปฏิบัติงานนี้ควรที่จะมีนวัตกรรม การศึกษารูปแบบใหม่ที่เหมาะสม รูปแบบของการถ่ายทอดความรู้และทักษะ (Knowledge and skill transfer) รวมถึงการผสมผสานทักษะ (Skill mix) ของการทำงานเป็นในบริการปฐมภูมิ ภายใต้ นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันว่ากำลังคนใน บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคประชาชน สามารถทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน มีความรู้ ทักษะ ความสามารถ ที่จะมีการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต (lifelong learning) ผ่านการเรียนรู้ในพื้นที่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท ภายใต้สถานการณ์การขาดแคลนกำลังคน ซึ่งจะให้บริการปฐมภูมิ มี ประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีคุณภาพ ตามเป้าหมายของระบบสุขภาพในการพัฒนาสุขภาพของ ประชาชน (Improving health)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำถามการวิจัย

1. ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับใด
2. รูปแบบการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นอย่างไร

3. การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้หรือไม่

ขอบเขตของโครงการวิจัย

พื้นที่ของระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอของอำเภอพรหมพิรามที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลพรหมพิราม สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่งในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ได้รับการคัดเลือกด้วยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นพื้นที่ที่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอมีความมุ่งมั่นของ อสม. ในการดำเนินการพัฒนาพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยใช้บริบทของพื้นที่เป็นฐาน

2. ผู้บริหารในระดับ เขต จังหวัด ทีมงานบุคลากรวิชาชีพ ประธาน อสม. และอสม. ผู้ให้บริการมีอุดมการณ์ร่วมกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมความรู้ทางด้านสาธารณสุขตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและปฏิบัติงานอยู่ในหมู่บ้านที่มีศูนย์สุขภาพชุมชนและเป็นผู้มีชื่อในทะเบียนประวัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน หมายถึง การจัดการเรียนรู้มีทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติงานร่วมกันในระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่เป็นลักษณะเรียนรู้จากปัญหาที่พบในพื้นที่ โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนในลักษณะผสมผสานไปกับการให้บริการในระบบปกติด้วยการใช้แนวความคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่และการจัดการเรียนโดยใช้ประสบการณ์เป็นฐาน

ประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของระดับของความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ ของอาสาสมัครสาธารณสุขเทียบระหว่างก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนโดยใช้ประสบการณ์เป็นฐาน

บทที่ 2

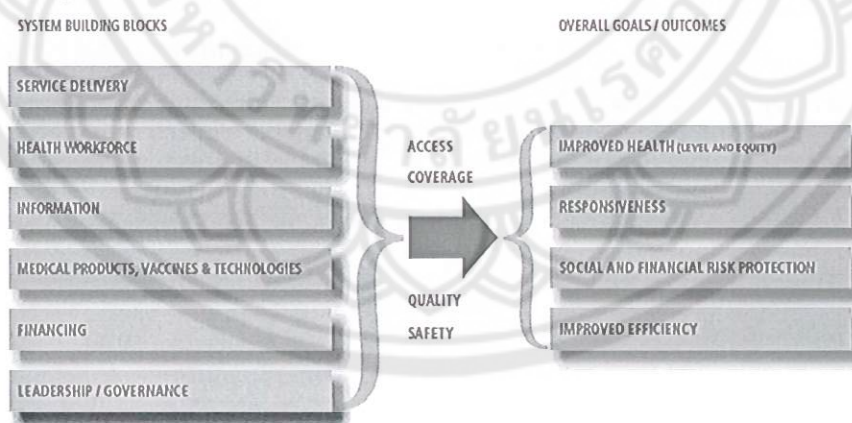
ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข และเพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข คณะผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย
2. บริการปฐมภูมิ
3. อาสาสมัครสาธารณสุข
4. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
5. วิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย

องค์การอนามัยโลก กำหนดกำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) เป็นปัจจัยนำเข้าอย่างหนึ่งของการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่จำเป็นต้องพัฒนาอย่างเป็นระบบ ร่วมกับระบบการให้บริการ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสุขภาพที่เหมาะสม ระบบการเงินการคลัง และภาวะผู้นำ/การอภินิหาร (WHO, 2007) ดังแสดงในรูปที่ 1



THE SIX BUILDING BLOCKS OF A HEALTH SYSTEM: AIMS AND DESIRABLE ATTRIBUTES

รูปที่ 1 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

ที่มา: WHO, 2007

1.1 ความหมายและความสำคัญ

กำลังคนด้านสุขภาพ /บุคลากรสุขภาพ (Health workforces /Human Resources for Health) หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่รวมตัวกัน ที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งรวมทั้งบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, พ.ย.2552)

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นส่วนสำคัญที่สุดของปัจจัยนำเข้าของระบบสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ที่ทำให้ระบบทำงานได้อย่างมีคุณภาพ (WHO, 2000) เป็นกลไกที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การจัดการบริการที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน (นงลักษณ์ พะโกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2552) ถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, พ.ย.2552.) เป็นปัจจัยชี้วัดความสำเร็จของการบริการสุขภาพ (ชินกร โนรี และคณะ, ส.ค. 2550; นงลักษณ์ พะโกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2552) และเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่สุดประการหนึ่งของกระบวนการขับเคลื่อนระบบการให้บริการสาธารณสุขในทุกๆ ระดับ (ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์ และพุดตาน พันธุธร, 2554) เช่น นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All/ HFA) หรือเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals/ MDGs) เนื่องจากถ้าขาดแคลนบุคลากร อาจทำให้ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ คุณภาพของการบริการสุขภาพต่ำลง (อัครเดช เกตุหน้า และคณะ, 2554) ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพ ต้องมีความพอเพียงและเหมาะสมทั้งในด้านจำนวน การกระจาย และทักษะการให้บริการ (อัครเดช เกตุหน้า และคณะ, 2554)

1.2 สภาพปัญหาและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ในสภาพปัจจุบันนี้ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาด้านกำลังคนและมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสภาพปัญหากำลังคนด้านสุขภาพที่พบ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, พ.ย.2552) ได้แก่

1.2.1 การขาดแคลนกำลังคน ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ส่งผลต่อความต้องการกำลังคนเพิ่มขึ้น เช่น ปัจจัยด้านประชากร ด้านระบาดวิทยา ด้านสภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ด้านนโยบายภาครัฐ และด้านอื่น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยตามบริบทของพื้นที่

1.2.2 การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม โดยที่ความหนาแน่นจะอยู่ที่เขตเมืองมากกว่าเขตชนบท ซึ่งเป็นปัญหาที่เรื้อรังมานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบท (ดวงใจ เล็กสมบูรณ์, ก.ย. 2552)

2550; นงลักษณ์ พะโกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2552; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค.2555; อัครเดช เกตุจำ และคณะ, 2554) ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ทินกร โนรี, ก.พ. 2552; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค. 2555) แม้จะมีนโยบายเพิ่มการผลิตและการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพเข้าไปสู่ชนบทเพื่อการกระจายอย่างเป็นธรรม แต่ปัญหาด้านความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนยังคงดำรงอยู่ (นงลักษณ์ พะโกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2554; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค.2555) โดยพื้นที่ตามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและปัญหาการกระจายบุคลากรไปยังพื้นที่ต่างๆ ให้ทั่วถึงในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (กรรณิกา เรืองเดช และคณะ, 2554)

1.2.3 ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานและระบบการสนับสนุน แม้ว่าจะมีมาตรการต่างๆ เพื่อจูงใจในการทำงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน และการสร้างแรงจูงใจต่างๆ เช่น ค่าตอบแทน โอกาสในการศึกษา/อบรม มาตรการทางสังคม

1.2.4 การขาดกลไกการผลักดันเชิงนโยบาย จากการพัฒนาระบบกำลังคนที่ขาดความต่อเนื่อง

1.2.5 การขาดความเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิต ทำให้การผลิตการผลิตไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

1.2.6 การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคน จากการขาดกลไกการผลักดันงานวิจัยอย่างสม่ำเสมอและการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีผลต่อการกำหนดนโยบายที่ขาดความต่อเนื่อง

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่

ก) ด้านประชากร จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ (ทินกร โนรี, 2550; นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, 2550; นงลักษณ์ พะโกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2552; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552; ศรีสุดา รัศมีพงศ์ และคณะ, 2552; ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ พุดตาน พันธุธร, 2554ก; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค.2555 .ข; สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ป.ป.ก)

ข) ด้านระบาดวิทยา จากการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (ทินกร โนรี, 2550; นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, 2550; นงลักษณ์ พะโกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2552; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552; ศรีสุดา รัศมีพงศ์ และ

คณะ, 2552; ศุภสิทธิ์ พรธรรมา โนทัย และพุดตาน พันธุธร, 2554; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค.2555 .; สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ป.ป.-a) รวมทั้งโรคทางจิตและอุบัติการณ์การเกิดโรคใหม่ (ศุภสิทธิ์ พรธรรมา โนทัย และพุดตาน พันธุธร, 2554) อุตสาหกรรมของโรค SARS (ศรีสุตา รัศมีพงศ์ และคณะ, 2552; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค.2555 .; อัครเดช เกตุคำ และคณะ, 2554) โรคไข้หวัดนก (ศรีสุตา รัศมีพงศ์ และคณะ, 2552; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค.2555)

ค) ด้านสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา (ทินกร โนรี, 2550; นางลักขณ์ พะโกยะ และคณะ, 2550; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, พ.ย.2552 .; สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ป.ป.-a) รวมถึงปัจจัยการขยายตัวของธุรกิจเอกชน (ศุภสิทธิ์ พรธรรมา โนทัย และพุดตาน พันธุธร, 2554) การเปิดเสรีตลาดสุขภาพอาเซียน (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค. 2555.) การอพยพของแรงงานไปทำงานในเขตเมือง (ทินกร โนรี, ก.พ.2552 .) การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างด้าว (ศรีสุตา รัศมีพงศ์ และคณะ, 2552; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค.2555 .)

ง) ด้านนโยบายภาครัฐ ได้แก่ นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นางลักขณ์ พะโกยะ และคณะ, 2550, ก.ย.2554 .; ศุภสิทธิ์ พรธรรมา โนทัย และพุดตาน พันธุธร, 2554; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค.2555 .; สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2553, ม.ป.ป.-a) นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ (นางลักขณ์ พะโกยะ และคณะ, 2550; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค.2555 .; สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ป.ป.-a) นโยบายการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ทินกร โนรี, ก.พ.2552 .; นางลักขณ์ พะโกยะ และคณะ, 2550; ศุภสิทธิ์ พรธรรมา โนทัย และพุดตาน พันธุธร, 2554; สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2553, ม.ป.ป.-a) นโยบายส่งเสริมสุขภาพ (ทินกร โนรี, ก.พ.2552 .; นัยนา หนูนิล และคณะ, 2552) และนโยบายยกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) (สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ป.ป.-a)

จ) ด้านอื่นๆ ได้แก่ ระบบข้อมูลพื้นฐานที่เหมาะสม ได้แก่ ข้อมูลด้านมาตรฐานกำลังคน (นางลักขณ์ พะโกยะ และปาริฉัฏ์ ตระการไทย, 2551; นัยนา หนูนิล และคณะ, 2552) นโยบายการรับยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อ HIV/AIDs ทุกคน (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค.2555 .; อัครเดช เกตุคำ และคณะ, 2554) ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ (กรณีกา เรื่อง และคณะ, 2554) ความเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เกิดกรณีการร้อง

ทุกซ์/ฟองร้อง (ทินกร โนรี, ก.พ2552 .; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค2555 .) และข้อจำกัดในกระบวนการผลิตบุคลากร (อัครเดช เกตุน้ำ และคณะ, 2554)

จากสภาพปัญหาและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมมือกันจัดทำนโยบายและผลักดันมาตรการในการแก้ปัญหาและบริหารจัดการกำลังคนอย่างต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, พ.ย . 2552.) เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 1-3 (พ.ศ.2504-2518) : บังคับแพทย์ใช้ทุน แผนฉบับที่ 4-5 (พ.ศ.2519-2528) : กำเนิด อสม. และทำสัญญาทันตแพทย์ใช้ทุน แผนฉบับที่ 6-7 (พ.ศ.2529-2538) : สร้างคนจากชนบท เรียนใกล้บ้าน ทำงานภูมิถิ่น แผนฉบับที่ 8-9 (พ.ศ.2539-2548) : สร้างแรงจูงใจด้วยเงินสู้แรงจูงใจจากเอกชน แผนฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) : จูงใจด้วยเงิน รักษาด้วยใจ (นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, ก.ย .2554) และผลักดันให้เกิดแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559 (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค . 2555.) แต่เมื่อเทียบกับมาตรฐานที่ควรจะเป็นที่ถูกกำหนดจากสัดส่วนประชากรต่อกำลังคน (population ratio) หรือกระจายตามระบบ GIS (Geographic Information System) เพื่อรองรับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน (ฉลอง อัครชิโนเรศ และคณะ, 2551; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค . 2555.) ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรให้บริการในหน่วยบริการระดับต่างๆ ได้(ศรีสุดา รัศมีพงศ์ และคณะ, 2552; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค. 2555) ยังคงเป็นปัญหาที่เรื้อรังมานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบท (ดวงใจ เล็กสมบูรณ์, ก.ย .2550; นงลักษณ์ พะโกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2552; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค . 2555; อัครเดช เกตุน้ำ และคณะ, 2554) แม้จะมีนโยบายเพิ่มการผลิตและการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพเข้าไปสู่ชนบทเพื่อการกระจายอย่างเป็นธรรม แต่ปัญหาด้านความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนยังคงดำรงอยู่ (นงลักษณ์ พะโกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2554; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ค .2555)

ในปี พ.ศ .2552 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายยกระดับสถานียอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพโดยรวมอย่างชัดเจนเพราะมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก และกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดและอยู่ในระดับขาดแคลน (ตารางที่ 1) (นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, ก.ย. 2554)

ตารางที่ 1 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสถานบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ในปี พ.ศ. 2562 เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปี พ.ศ. 2553

ประเภทบุคลากร	กำลังคนในปี 2553	ความต้องการกำลังคนในปี 2562		กำลังคนที่ขาด /เกิน	
		สัดส่วนประชากร (1)	ความต้องการสุขภาพ (2)	สัดส่วนประชากร (1)	ความต้องการสุขภาพ (2)
แพทย์	63	6,584	1,658	-6,521	-1,595
พยาบาล	10,280	26,338	21,249	-16,058	-10,969
สาธารณสุข	22,513	39,498	30,566	-16,985	-8,053
จพง.ทันตสาธารณสุข	1,882	6,583	1,591	-4,701	291
นักฟื้นฟูสมรรถภาพ	13	3,292	2,484	-3,279	-2,471
แพทย์แผนไทย	1,178		2,532		-1,354

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ปี 2553 อ้างใน นงลักษณ์ พะไกองะ และคณะ, ก.ย. 2554

แม้ว่านโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกระทรวงสาธารณสุขจะส่งผลให้สถานการณ์ปี 2553 กำลังคนในสถานบริการระดับปฐมภูมิ มีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, พ.ศ. 2554.) โดยการใช้มาตรการการเงินในการกระจายกำลังคนสู่ระดับปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการเพิ่มการผลิตของสถาบันการผลิต (นงลักษณ์ พะไกองะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2554) แต่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมียังมีน้อย จำนวนบุคลากรในภาพเฉลี่ยทั้งประเทศ ไม่เพิ่มจากเดิมเลย แต่เมื่อเทียบเกณฑ์มาตรฐานพบว่าจำนวนบุคลากร และประเภทบุคลากรที่ให้บริการยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานประมาณครึ่งหนึ่ง (สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, พ.ศ. 2554.) และจากการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในอนาคตชี้ให้เห็นว่าการให้บริการระดับปฐมภูมิมีความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพมากกว่าที่มีอยู่ในปัจจุบันค่อนข้างมากมาโดยตลอด เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปัจจุบัน

ในส่วนของกำลังคนภาคประชาชน ซึ่งประกอบด้วย อาสาสมัครต่างๆ กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และกำลังคนภาคประชาชนอื่นๆ ที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (จินกร โนรี, ก.พ. 2552.) ในด้านความต้องการกำลังคนสนับสนุนจากภาคประชาชนมีความต้องการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มขึ้น (สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ป.ป.-๑) และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการพัฒนาขึ้นมาอย่างเร่งด่วน (สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2553) โดยให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วน

ร่วมในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ระบบสามารถจัดบริการสุขภาพที่เข้าถึงประชาชน เป็นบริการที่มีคุณภาพ (สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, ม.ป.ป.-b) ดังนั้น การพัฒนากำลังคนภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข จึงเป็นข้อเสนอแนะหนึ่งในการช่วย แก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และเป็นทางเลือกให้เกิดการจัดการสุขภาพในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน (นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, 2550) โดยใช้กลยุทธ์พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลสุขภาพใน ชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการในชุมชน ตามแผนยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559 (นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, ก.ย. 2554; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, พ.ย. 2552) ซึ่งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ แห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น ด้วยการ ฝึกอบรม เพื่อทำงานทดแทน และเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน (นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, ก.ย. 2554)

ในการพัฒนาระบบสุขภาพนั้น จำเป็นต้องพัฒนากลไกต่างๆ อย่างเป็นระบบ นอกจาก การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแล้ว การพัฒนาระบบการให้บริการ ก็เป็นกลไกหนึ่งของการพัฒนา ระบบสุขภาพด้วย (WHO, 2007, 2008)

2. ระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นส่วนย่อยส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขและ ระบบสุขภาพ เป็นส่วนที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน ชุมชนมากที่สุด ซึ่งเป็นส่วนที่เชื่อมต่อกับแนวคิด สาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) ตามคำประกาศ Alma-Ata ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978; สุพัตรา ศรีวณิชชากร; ณรงค์ เพชรประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550)

2.1 ความหมายและความสำคัญ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็น บริการด้านแรก (First line health services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะ ผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่าง ต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมี ระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงอย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของ ตน และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล (WHO, 1978; สุพัตรา ศรีวณิชชากร; ณรงค์ เพชรประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2552) นอกจากนี้ระบบ

บริการปฐมภูมิยังมีความหมายเป็นส่วนหนึ่งของชุดคำที่อธิบายลักษณะระบบบริการทางการแพทย์เป็นระดับต่างๆ โดยแบ่งตามความซับซ้อนทางการแพทย์ เป็นบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อการวางแผนหน่วยบริการ การใช้ทรัพยากร เทคโนโลยี และการจัดบุคลากรให้บริการที่เหมาะสมตามลักษณะบริการ โดยที่บริการปฐมภูมิหมายถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับแรกของระบบ ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2552)

การให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ (Primary care) อาจเหมือนหรือแตกต่างกับบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary health care) ตามบริบทของแต่ละประเทศ ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้ว ใช้ 2 คำนี้แทนกัน โดยให้ความหมายคือ บริการด่านแรกหรือบริการระดับปฐมภูมิ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2552) ส่วนในประเทศไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต.ค. 2553) ให้ความหมายบริการระดับปฐมภูมิหมายถึง บริการสาธารณสุขที่เน้นการบริการแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิด ผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัยเพื่อการควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกัน ตลอดจนมีการเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และเป็นการให้บริการสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนทางเวชวิทยาการและเทคโนโลยีไม่มากนัก แต่มีความซับซ้อนในทางมานุษยวิทยาและสังคมวิทยา ต่างจากบริการระดับทุติยภูมิที่มีความซับซ้อนทางเวชวิทยาและเทคโนโลยี ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรขั้นพื้นฐานทางเวชกรรม การพยาบาล และทันตกรรม ส่วนบริการระดับตติยภูมิมีความซับซ้อนทางเวชวิทยาและเทคโนโลยีมากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรทางเวชกรรม การพยาบาล และทันตกรรม ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน นอกจากนี้ระบบบริการปฐมภูมิยังมีความหมายในเชิงปฏิบัติการ และเชิงกระบวนการ(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข , 2550) ดังตารางที่ 2

ระบบบริการปฐมภูมิมิบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, ก.พ. 2552) ช่วยให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และยุติธรรม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2552) และถือเป็นแกนหลัก

ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, ก.พ. 2552) ดังนั้นระบบบริการปฐมภูมิ ที่เข้มแข็งจึงถือเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา, 2551, หน้า 22)

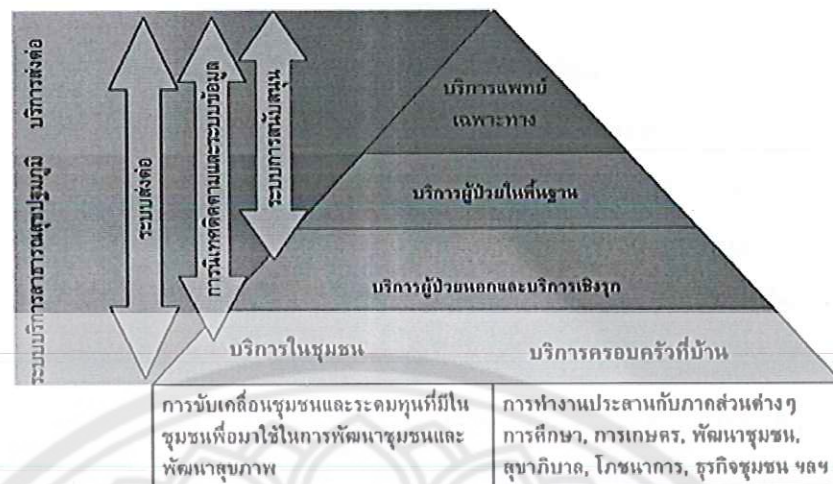
ตารางที่ 2 ความหมายของบริการปฐมภูมิ

ความหมายในเชิงปฏิบัติการ	ความหมายในเชิงกระบวนการ
1. เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง โดยมีได้จำกัดเฉพาะประชากรที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล แต่ต้องดูแลทั้งหมด ทั้งที่เป็นการรู้สภาวะสุขภาพ และหามาตรการสร้างเสริมสุขภาพ 2. เป็นที่ปรึกษาของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม	1. เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรค เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ 2. เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing / longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วย จนถึง ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และบริการทั้งที่เป็น การรักษาพยาบาล การส่งเสริมฯ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยเรียงลำดับตามความสำคัญ และตามลักษณะการดำเนินงานดังนี้ 3.1 ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยตรง ซึ่งประกอบด้วย การให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานกับการรักษาพยาบาล ดำเนินการคัดกรองปัญหา ความเสี่ยง ให้วัคซีน ควบคุม ป้องกันโรคในระดับบุคคลให้คำแนะนำ ความรู้และทักษะเพื่อการสร้าง สักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และการดูแลเบื้องต้นเมื่อ เจ็บป่วย 3.2 ร่วมมือประสานงาน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน ตลอดจนการปรับเปลี่ยน สภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยงานส่วนนี้หน่วยบริการปฐม ภูมิจะมีบทบาทในส่วนการเสนอประเด็น แต่การดำเนินงานจะเป็นลักษณะ ที่ทำร่วมกับประชาชนและหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรง (โดย ที่มีหน่วยงานอื่นมีบทบาทโดยตรงในการวางแผนดำเนินการสร้างเสริม สุขภาพในระดับกว้าง และส่วนที่เป็น public health policy และการ ดำเนินงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ จะเป็นบทบาทของหน่วยงานท้องถิ่น โดย ที่มีงบประมาณต่างหากที่มีใช้แบบ UC) 3.3 ให้บริการ รักษาพยาบาล ดูแลเบื้องต้นในปัญหา/โรค ที่พบบ่อย โดยมี การกำหนดขอบเขตของสภาพปัญหาหรือรายชื่อโรคที่เฝ้าดูแลได้ให้ ชัดเจน 4. ติดตาม ประสาน การให้บริการประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดบริการที่บูรณา การต่อเนื่อง	3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำหนึ่งถึง บังคับทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเสริมธุรกิจที่ เกี่ยวข้อง (Comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุก ด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการ รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค 4. เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการ บริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้ง การเชื่อมต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับ ประชาชน (Co-ordinated care)

2.2 การจัดบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) พัฒนามาจากรากฐานแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ทั่วถึง ในการจัดบริการปฐมภูมิ จึงต้องตอบสนองต่อปัญหาสถานการณ์สุขภาพของชุมชนและสังคมนั้นๆ (สุพัตรา ศรวณิชากร; ณรงค์ เพชรประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) สามารถแบ่งระดับบริการออกเป็นระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ โดยที่ระดับปฐมภูมิ เป็นการจัดการบริการของสถานีนอมนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ประชาธิป กะทา, 2551; สงวน นิติยารัมภ์พงศ์, 2549; สุพัตรา ศรวณิชากร, 2552) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาล ,การส่งเสริมสุขภาพ ,การป้องกันโรค ,และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งบทบาทการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่น้ำหนักบทบาทจะเน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน (สุพัตรา ศรวณิชากร, 2552)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความสำคัญบริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง บริการสาธารณสุขที่เน้นการบริการแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิด , ผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัยเพื่อการควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกัน ตลอดจนมีการเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และเป็นการให้บริการสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนทางเวชวิทยาการและเทคโนโลยีไม่มากนัก แต่มีความซับซ้อนในทางมานุษยวิทยาและสังคมวิทยา ซึ่งต่างจากบริการระดับทุติยภูมิที่มีความซับซ้อนทางเวชวิทยาและเทคโนโลยี ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรขั้นพื้นฐานทางเวชกรรม การพยาบาล และทันตกรรม และต่างจากบริการระดับตติยภูมิที่มีความซับซ้อนทางเวชวิทยาและเทคโนโลยีมากขึ้น ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรทางเวชกรรม การพยาบาล และทันตกรรม ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ต.ค. 2553) นอกจากนี้การจัดบริการปฐมภูมิ ถ้าแบ่งตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย สามารถแบ่งออกเป็น 1) ดูแลบุคคลและครอบครัว อย่างเป็นองค์รวม, 2) ดูแลเป็นกลุ่มประชากร เพื่อนำสู่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ 3) สร้างการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน เพื่อพัฒนาระบบดูแลสุขภาพร่วมกัน ,สร้างให้ชุมชนเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบ และดูแลสุขภาพของชุมชนอย่างเข้มแข็ง อย่างต่อเนื่อง (สุพัตรา ศรวณิชากร; ณรงค์ เพชรประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550)



Source: Lawn, J.E. et al (2008) Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise

รูปที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ

ที่มา : Lawn, J. E. & et al. อ้างใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2552)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดการจัดบริการระดับปฐมภูมิต้องให้ครบถ้วน ครอบคลุมประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ต.ค. 2553)

- 1) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องในการให้บริการ
- 2) บริการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม แก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มอาการ ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยผสมผสานร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น โดยอาจจัดให้มีการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และจัดให้มีการเชื่อมต่อบริการกับเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้บริการได้อย่างครบวงจร และสามารถจัดบริการในกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้ทั้งในและนอกเวลาทำการ
- 3) บริการทันตกรรม ทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยอาจจัดให้บริการภายในหน่วยบริการหรือภายในพื้นที่ หรือมีระบบเครือข่ายส่งต่อในพื้นที่ไปยังหน่วยบริการอื่น
- 4) บริการเยี่ยมบ้านรวมทั้งการติดตามเยี่ยมประจำ เพื่อทำการรู้จัก ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพให้แก่บุคคลในครอบครัว และให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการเชิงรุกในพื้นที่ เพื่อประเมินสถานะสุขภาพและปัจจัยที่อาจมีผลกระทบ

ต่อสุขภาพของบุคคลทุกคนในครอบครัว เพื่อวางแผนและดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งต้องจัดให้มีบริการเยี่ยมบ้านและบริการเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

5) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน หรือมีระบบเครือข่ายส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่นได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็ว

6) บริการเภสัชกรรม ได้แก่มีระบบการจัดการ การจัดเก็บ และการจ่าย รวมทั้งการกำกับคุณภาพและมาตรฐานยาและเวชภัณฑ์ ที่ได้มาตรฐาน หรือมีระบบเครือข่ายในการให้บริการ

2.3 ลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ ถือเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, ก.พ. 2552) ดังนั้นจึงมีผู้กำหนดลักษณะสำคัญไว้ดังนี้

Starfield (1998) ระบุควรมีลักษณะเฉพาะที่ให้ความสำคัญกับ (Starfield, 1998; กฤษณ์พงศ์พิรุฬห์ และบาร์บารา สตาร์ฟิลด์, 2552)

- 1) การเข้าถึงและใช้บริการเบื้องต้น (First contact),
- 2) ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (Longitudinality),
- 3) ความครอบคลุมของบริการ (Comprehensiveness)
- 4) การประสานบริการ (Coordination)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา (2551) ระบุควรมีคุณลักษณะสำคัญ 9 ประเด็นหลักๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2552; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา, 2551) ได้แก่

- 1) การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) โดยการดูแลคนทั้งคน ใส่ใจกับชีวิตและความสุขทุกข์ของคนมากกว่าที่จะดูแลแบบแยกชีวิตและแยกปัญหาสุขภาพออกเป็นส่วนๆ
- 2) การทำงานเชิงรุก โดยมุ่งป้องกันและแก้ไขปัญหาดังแต่แรกเริ่มมากกว่าที่จะรอให้เกิดโรค ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์
- 3) การผสมผสานงานส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู โดยทำควบคู่ผสมผสานกัน ในกระบวนการทำงานร่วมกับองค์กรและกลไกต่างๆ ในพื้นที่
- 4) การดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต (Continuity of care) มากกว่าที่จะเน้นการรักษาเป็นครั้งๆ โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพตลอดช่วงชีวิตของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิตสุขภาพ และการดูแลรักษา

5) การทำงานเชื่อมโยงหลายระดับ ทั้งบุคคล /ครอบครัว /ชุมชน โดยถือว่าปัญหาทุกระดับส่งผลถึงกัน และการแก้ปัญหาต้องดำเนินการควบคู่ในหลายระดับพร้อมกัน



6) การทำงานเชื่อมโยงหลายมิติ ทั้งทางกาย /ใจ /สังคม /จิตวิญญาณ โดยใส่ใจให้ทุกมิติ
เกื้อกูลส่งเสริมซึ่งกันและกันเป็นสุขภาวะได้อย่างมีสมดุล

7) การทำงานเชื่อมโยงหลายระดับบริการ โดยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกและประสานให้การใช้
บริการในระดับอื่นๆ เป็นไปอย่างสะดวก ราบรื่นและได้ผล

8) การผสมผสานระบบการแพทย์ที่หลากหลายในชุมชน ทั้งการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้านและทางเลือกสุขภาพแบบต่างๆ ให้เป็นประโยชน์เกื้อกูลต่อสุขภาพได้

9) การสร้างเสริมระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของท้องถิ่น

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2550) ระบุลักษณะเด่นของบริการปฐมภูมิ คือ บริการทั้ง
คน ไม่แยกส่วนเป็นโรค เป็นบริการที่ดูแลเป็นชุมชน และดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการพัฒนาการ
จัดบริการปฐมภูมิ ควรเปลี่ยนกระบวนการทัศน์เป็นแบบใหม่ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร; ณรงค์ เพชรประเสริฐ
และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แนวคิดการจัดบริการปฐมภูมิ

แบบเดิม	แบบใหม่
จุดเน้น	
-โรค ความเจ็บป่วย	-สุขภาพ สุขภาวะ
-การรักษาให้หาย	-การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การดูแล รักษา
เนื้อหา	
-การรักษา	-การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษา
-ดูแลเป็นครั้งๆ	-ดูแลต่อเนื่อง
-ปัญหาเฉพาะ เป็นเรื่องๆ	-ดูแลแบบผสมผสาน บูรณาการ
โครงสร้าง องค์กร	
-ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	-ผู้ดูแลแบบองค์รวม
-แพทย์	-สหวิชาชีพ บุคลากรสาขาต่างๆ
-บริการ โดยบุคคลคนเดียว	-ดูแลเป็นทีม
ความรับผิดชอบ	
-ด้านการแพทย์ สาธารณสุข เพียง อย่างเดียว	-ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ
-วิชาชีพมีบทบาทมาก	-ชุมชนมีส่วนร่วม
-แบบตั้งรับ	-ทุกคนมีความรับผิดชอบ

ที่มา : Vuori อ้างใน สุพัตรา ศรีวณิชชากร; ณรงค์ เพชรประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550)



ระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, ก.พ. ๒๕๖๒) ช่วยให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และยุติธรรม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ๒๕๖๒) และถือเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, ก.พ. ๒๕๖๒) ดังนั้นระบบบริการปฐมภูมิ ที่เข้มแข็งจึงถือเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา, ๒๕๖๑, หน้า ๒๒)

๓. อาสาสมัครสาธารณสุข

๓.๑ ความหมายและความสำคัญ

องค์การอนามัยโลก (๑๙๘๙) ได้ให้คำจำกัดความของ อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง “อาสาสมัครสาธารณสุข ที่อยู่ในชุมชนที่ตนทำงาน ถูกเลือกจากชุมชน ดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน สนับสนุนระบบสุขภาพแต่ไม่จำเป็นต้องเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรใด และได้รับการอบรมระยะสั้นจากบุคลากรทางสาธารณสุข”

สาธิติน ศิริสมบุญเวช (๒๕๔๒) ได้กล่าวไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้ถูกคัดเลือกโดยประชาชน เพื่อเข้ามาดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกคน ในทุกครอบครัว ภายในคุ้มหรือละแวกบ้านต่อ ๑๕-๘ หลังคาเรือน โดยมีหน้าที่รับผิดชอบเป็น อสม. และปฏิบัติงานใน สสมช.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (๒๕๔๖) ได้กล่าวไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุขการแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ

จุริรัตน์ ลิ้มปวิทยากุล (๒๕๔๖) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวแทนในการให้บริการสุขภาพอนามัย โดยผ่านการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุขขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

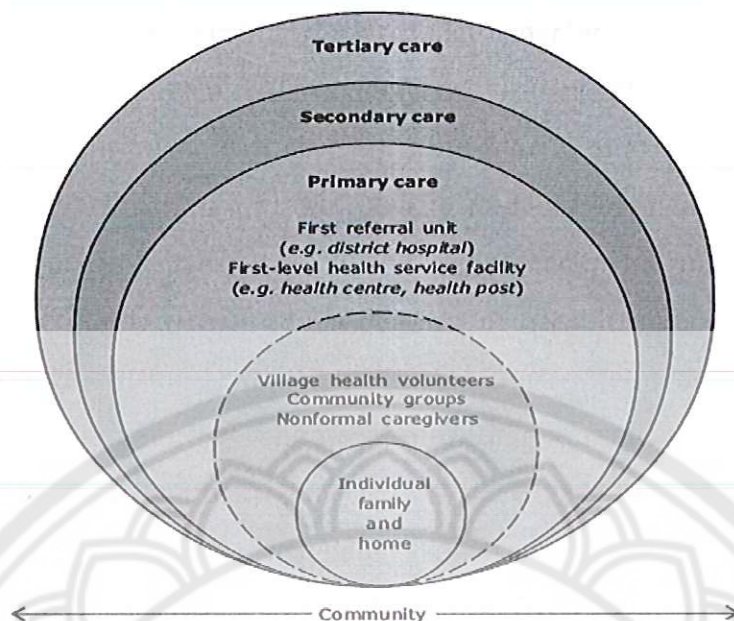
อมรศรี ยอดคำ (๒๕๔๖) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลในหมู่บ้านที่ได้รับเลือกจากครอบครัว ๑๐-๘ หลังคาเรือนให้เป็นตัวแทนเข้ารับการอบรมด้านสุขภาพและดูแลสุขภาพให้กับบุคคลในครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ



8825 16 1 8

โดยสรุป อาสาสมัครสาธารณสุข (Village Health Volunteer) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change agent), การสื่อสารสาธารณสุข, การแนะนำเผยแพร่ความรู้, การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ, การเฝ้าระวังและป้องกันโรค, การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ และการฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านและชุมชน (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2542, หน้า 111)

อสม. ถือเป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพในชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ, 2550) เป็นกำลังคนทางสุขภาพภาคประชาชน (จินกร โนรี, ก.พ. 2552) มีบทบาทช่วยให้งานสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปได้ โดยเฉพาะจุดที่ไม่สามารถดำเนินการได้หากอาศัยเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเท่านั้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเสมือนจุดที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ได้อยู่เสมอ ดังนั้นการมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลไกการทำงานนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและต่อระบบสุขภาพ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2549) นอกจากนี้ยังถือเป็นรูปแบบสำคัญในการมีส่วนร่วมของชุมชนในพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน (สสม. : Primary health care : PHC) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2550) ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลัก ซึ่งถือเป็นหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐาน (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2542) โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญได้แก่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2550) เป็นผลให้ความครอบคลุมของบริการสุขภาพพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนดีขึ้น (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2551) (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 ความสัมพันธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขกับระบบบริการปฐมภูมิ
ที่มา : WHO, 2004

3.2 วิวัฒนาการของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข

การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการเมื่อในปี พ.ศ. 2520 (นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, ก.ย. 2554) จากที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวทางสำคัญเพื่อนำสู่เป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543” (WHO, 1981) ซึ่งประเทศไทยได้นำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม) มาเป็นกลวิธีหลักในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน และใช้เป็นกลวิธีในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชน (ปารัตน์ สุขสุทธิ และกมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์, 2549; วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิตย์ และปารัตน์ สุขสุทธิ, 2549) โดยปี พ.ศ. 2522 กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายแห่งชาติ และจัดให้มีแผนพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้น (นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, ก.ย. 2554; วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิตย์ และปารัตน์ สุขสุทธิ, 2549)

กระทรวงสาธารณสุขได้สร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชนในระบบสุขภาพ สร้างระบบอาสาสมัครสาธารณสุขภายใต้หลักการการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน (Community participation) ซึ่งเป็นหนึ่งในหลัก 4 ประการพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงาน

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานเกิดแนวคิดการพัฒนาชาวบ้านให้เป็นอาสาสมัครด้านสาธารณสุขมาร่วมทำงานกับภาครัฐ จึงได้ดำเนินการอบรมชาวบ้านที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนให้ทำหน้าที่อาสาสมัครเพื่อร่วมพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานขึ้น โดยเฉพาะ ใช้ชื่อว่าผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นกลไกทำงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข โดยกำหนดบทบาทให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของเพื่อนบ้าน (Change Agent) ทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสาร แนะนำความรู้ ช่วยปฐมพยาบาล และรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ชาวบ้าน และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับต่อๆ มา ยังคงมีการอบรมเพิ่มพูนความรู้ ข้อมูลข่าวสารและพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการทำงานสาธารณสุขมูลฐานแก่ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุข ให้เป็นจตุรรวมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง (วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิตย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2549) แม้ว่าจะมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขหลายประเภท ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข, (สสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, (อสม.) อาสาสมัครมาลาเรีย อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค (อคบ.) เป็นต้น แต่อาสาสมัครที่มีบทบาทหลักและเป็นแกนนำสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (สสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 ได้ริเริ่มจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อเป็นสถานที่ปฏิบัติงานและให้บริการสาธารณสุขโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และในปี พ.ศ. 2537 ได้พัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการจัดอบรมเพิ่มเติมให้กับผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่มีอยู่เพื่อยกระดับผู้สื่อข่าวสาธารณสุขให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด (นงลักษณ์ พะโกยยะ และคณะ, 2554; วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิตย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2549)

3.3 คุณสมบัติและกลไกการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ที่จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542; วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิตย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2549) คือ

3.3.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวก/คุ้ม ให้การยอมรับและเชื่อถือ รวมถึงได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชนในพื้นที่

3.3.2 ต้องสมัครใจและเต็มใจช่วยเหลืองานชุมชนด้วยความเสียสละ มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุข

3.3.3 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน)มีภูมิสำเนาในหมู่บ้านนั้น อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี (และมีความคล่องตัวในการประสานงาน

3.3.4 มีความรู้ขั้นต้นสามารถอ่านออกเขียนได้

3.3.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน และต้องได้รับการรับรองจากกรรมการหมู่บ้านว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดี

3.3.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภิภุ หรือแพทย์ประจำ

ตำบล

ทั้งนี้การกำหนดคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข บางพื้นที่อาจกำหนดคุณสมบัติเพิ่มเติม ตามความเหมาะสม นอกเหนือจากจากที่นโยบายกระทรวงสาธารณสุข เช่น เพศ และอายุ (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542, หน้า 112) ซึ่งตั้งเป้าหมายให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คนต่อการดูแลบ้าน 8-15 หลังคาเรือนในเขตพื้นที่ชนบท (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542, หน้า 112; วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิคย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2549) ส่วนในพื้นที่เขตเมือง แบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ เขตชุมชนหนาแน่น(ชุมชนตลาด)ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุข ,เขตชุมชนแออัด จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คนต่อการดูแลบ้าน 20-30 หลังคาเรือน และเขตชุมชนชานเมือง จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คนต่อการดูแลบ้าน 8-15 หลังคาเรือน (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542, หน้า 112-113) เฉลี่ยแต่ละหมู่บ้านจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประมาณ 18-20 คน (นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, ก.ย. 2554)

กลไกการคัดเลือก กำหนดการได้มาของอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ใช้วิถีทางประชาธิปไตย (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542) หรือวิธีการสังคมมิติ เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ชาวบ้านไว้วางใจให้มาทำหน้าที่ และตัวผู้ที่ได้รับการคัดเลือกก็ยอมรับที่จะทำหน้าที่ด้วยความเต็มใจ (วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิคย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2549) มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542)

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน ,ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ,จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข และบทบาทหน้าที่ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แล้วมอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน ,ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุข

2) แบ่งละแวก/คุ้มบ้าน ละ 8-15 หลังคาเรือน ดำเนินการดังนี้

ก. กรณีที่ละแวก/หมู่บ้านมีผู้สื่อข่าวสาธารณสุขเดิมอยู่แล้วให้สอบถามความสมัครใจ หากผู้สื่อข่าวสาธารณสุขคนนั้นสมัครใจ ให้คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำละแวกบ้าน/หมู่บ้าน

ข. กรณีที่ละแวก/หมู่บ้านไม่มีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ให้หาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่ต้องการคัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ในกรณีที่ผู้สมัครใจมากกว่า 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขจัดประชุมหัวหน้าครอบครัว/ผู้แทนครอบครัวในละแวก/หมู่บ้าน เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำละแวก/หมู่บ้าน โดยกำหนดวาระการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข คราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว จากผลการดำเนินการร่วมกับการพิจารณาของประชาชน และองค์กรหมู่บ้าน (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542; วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวณนิตย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2549) และจะฟื้นฟูสภาพในกรณีฟื้นฟูสภาพตามวาระ ,ตาย ,ย้ายที่อยู่ ,ลาออก และประชาชนลงมติให้ฟื้นฟูสภาพ (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542)

3.4 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงเจตคติ และมีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยเนื้อหาหลักสูตรที่อบรมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มความรู้พื้นฐาน และกลุ่มความรู้เฉพาะ มีรายละเอียดดังนี้ (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542)

กลุ่มความรู้พื้นฐาน (เนื้อหาภาคบังคับ) ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศและการบริหารจัดการ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ (1) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (2) สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุข (3) การทำงานเป็นกลุ่ม (4) ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในหมู่บ้าน ,การค้นหาปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น และการแก้ไข (5) สุขวิทยาส่วนบุคคล (6) การวินิจฉัยอาการ ,การปฐมพยาบาล และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (7) การส่งเสริมสุขภาพ (8) การเฝ้าระวังและป้องกันโรค (9) การฟื้นฟูสภาพ (10) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ (11) การใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (12) ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เช่น โรคเอดส์ อุบัติเหตุและอุบัติเหตุ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

1) กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขต่างๆ ในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น โดยจังหวัดสามารถที่จะ

ปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันออกไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2) ระยะเวลาในการอบรม แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรกเป็นการอบรมความรู้พื้นฐาน (หลักสูตรภาคบังคับ) กำหนดระยะเวลา 3 วัน และช่วงที่สองเป็นการอบรมต่อเนื่องทุกๆ เดือนละ 1 วัน โดยเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วยกลุ่มความรู้เฉพาะและกลุ่มความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานและการให้บริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งจะเน้นที่การฝึกปฏิบัติ เช่น การวัดความดันโลหิต, การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ และเน้นการอบรมตามสภาพปัญหาในท้องถิ่น, เน้นการอบรมทางด้านสาธารณสุข) คือ การป้องกันโรค, การส่งเสริมสุขภาพ, การฟื้นฟูสภาพ, การเฝ้าระวัง และการส่งต่อมากกว่าการรักษาพยาบาล

3.5 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ (นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ, 2554; เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2542, หน้า 116-119; วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิคย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2549) ดังนี้ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 4

- 1) เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ
- 2) เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุข และเพื่อนบ้าน
- 3) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขในเรื่องต่างๆ
- 4) ให้บริการช่วยเหลือรักษาพยาบาล
- 5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข
- 6) เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนตามกระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน
- 7) คุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน
- 8) เป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

การทำงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนนอกเหนือจากได้รับการประสานงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน ที่รับแนวคิดและนโยบายการทำงานมาจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสาธารณสุขจังหวัดที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากส่วนกลางอีกต่อหนึ่งแล้ว ยังได้รับการประสานงานดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกด้วย เนื่องจากการปรับโครงสร้างหน่วยงาน

ตารางที่ 4 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ	รายละเอียด
1) เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ	1.1 นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข 1.2 แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญ/โรคระบาดในท้องถิ่น 1.3 แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข
2) เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุข และเพื่อนบ้าน	2.1 รับข่าวสารแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ 2.2 รับข่าวแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข
3) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขในเรื่องต่างๆ	3.1 การใช้สถานบริการและการใช้ยา 3.2 การให้ภูมิคุ้มกันโรค ,การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ 3.3 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดการน้ำสะอาด 3.4 การรักษาอนามัยของร่างกาย 3.5 โภชนาการและสุขาภิบาล 3.6 การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น 3.7 การวางแผนครอบครัว 3.8 การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการดูแลเด็กที่มีการเจริญเติบโตไม่ปกติ 3.9 การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน 3.10 การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต 3.11 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ 3.12 การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ ,อุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ 3.13 การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย 3.14 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข 3.15 การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด ,กระดูกหัก และข้อเคลื่อน 3.16 การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย
4 (ให้บริการช่วยเหลือหรือรักษาพยาบาล	4.1 ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่องไข้ตัวร้อน ,ปวดท้อง , ไข้มีผื่น ตุ่มและจุด ,ไข้มาลาเรีย ,ปวดหัว ,ไอ ,ปวดเมื่อย ,ปวดหลัง ,ปวดเอว , ท้องผูก ,ท้องเดิน ,พยาธิไส้ ,เจ็บหู ,เหน็บชา ,โลหิตจาง ,ฝี ,เจ็บตา ,ผื่นคันบนผิวหนัง 4.2 ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด ,เป็นลม ,กระดูกหัก ,น้ำร้อนลวก ,ยาพิษ ,ข้อเคลื่อน ,สุนัขกัด ,ชัก ,ไฟไหม้ ,งูกัด ,งมน้ำ 4.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ 4.4 จำยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว) รายเก่า (และจ่ายถุงยางอนามัย

ตารางที่ 4 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข (ต่อ)

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ	รายละเอียด
5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข	5.1 ด้านโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวและขาดธาตุไอโอดีน 5.2 ด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยติดตามหญิงมีครรภ์ให้มารับบริการฝากท้องและรับการตรวจครรภ์ตามกำหนด, ให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน, ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มารับการตรวจสุขภาพตามกำหนด 5.3 ด้านส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด 5.4 ด้านควบคุมโรคประจำถิ่น โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย, เก็บของจากระงับยุงลาย, เจาะเลือกส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค 5.5 การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค โดยการใช้น้ำยาตรวจหาบักเตรี, การเติมคลอรีนในน้ำบริโภค และการใช้น้ำยาตรวจระดับคลอรีนในน้ำบริโภค 5.6 ด้านการดูแลสุขภาพจิต โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และครอบครัวที่มีอาการทางจิต เพื่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อยังสถานบริการที่เหมาะสม รวมทั้งการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุในชุมชน และนัดหมายให้มารับบริการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 5.7 ด้านทันตสาธารณสุข โดยการจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน, ยาสีฟัน 5.8 ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ, อุบัติภัย โดยการจัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ, อุบัติภัยในชุมชน 5.9 ด้านโรคไม่ติดต่อ โดยการวัดความดันโลหิต, การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ, จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ 5.10 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยการจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเฝ้าระวังการฝ่าฝืนกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหมอลดอายุ, ยาชุด, อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน 5.11 ด้านการป้องกันโรคเอดส์ โดยการจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรคในชุมชน, การแจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์ 5.12 ด้านการควบคุมป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย โดยการตรวจคุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน, การตรวจสอบคุณภาพอากาศ และร่วมมือประสานงานกับองค์กรต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน
6) เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนตามกระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน	
7) คุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน	
8) เป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน	8.1 การกระตุ้นให้มีการประชุม วางแผน และร่วมดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างกลุ่มอาสาสมัคร กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มผู้นำอื่นๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานการดำเนินงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2544 ส่งผลให้สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานปรับเปลี่ยนเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน และงบประมาณที่สนับสนุนการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่ถูกโอนย้ายไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยดูแล แต่กิจกรรมหลักที่อาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้ช่วยเหลือยังคงเป็นเรื่องสุขภาพ เช่น เป็นผู้แจ้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้แก่เพื่อนบ้านได้รับทราบ ,เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ และชักชวนให้เพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขต่างๆ ,ให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่เพื่อนบ้าน ,เฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งเป็นแกนนำในการดำเนินงานสาธารณสุขในหมู่บ้านและประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (วิจิต เปานิล, รุจยา ชัชวาลยางกูร, ชาติชาย สุวรรณนิคย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2549)

ปัญหาการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข แม้ว่าการดำเนินการต่างๆ ที่ผ่านมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากมาต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับชุมชน แต่การดำเนินงานที่เป็นอยู่ก็ยังคงมีปัญหาหลายประการ ได้แก่ การดำเนินการที่มีรูปแบบที่ค่อนข้างตายตัวซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถดำเนินการได้ในชุมชนชนบทเป็นหลัก ปัญหาการสร้างแรงจูงใจในการทำงานที่มักใช้การเพิ่มค่าตอบแทน/การให้สวัสดิการเพิ่มเติม โดยมักไม่มีการประเมินผลที่ชัดเจน ปัญหาทางการเมืองที่มักเข้ามาใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นฐานคะแนนเสียง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2549) รวมทั้งในระยะที่ผ่านมาการดำเนินงานยังเป็นการกิจที่เกิดขึ้นจากการทำงานช่วยเหลือรัฐและการสนับสนุนจากภาครัฐเป็นหลัก (ปารณัฐ สุขสุทธิ และกมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์, 2549; วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิคย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2549) และกลไกในเรื่องการเฟ้นหาผู้ที่จะมาทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ,การจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่และการอบรมฟื้นฟูความรู้, การจัดระบบสนับสนุนสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน และระบบประสานงานเพื่อทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานทางสาธารณสุขกับอาสาสมัครสาธารณสุข และในส่วนที่เกิดจากตัวอาสาสมัครสาธารณสุขเอง ที่มีข้อจำกัดทางสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ในเรื่องของ การหาคนที่เข้ามาทำงานในลักษณะอาสาสมัครนี้ได้ยาก ส่วนคนที่มีความสนใจอาสาและพร้อมที่จะทำงานก็มักจะได้รับการมอบหมายให้ทำงานจนเกินตัวส่งผลต่องานประจำของตนเอง รวมถึงไม่มีคนรุ่นใหม่มาช่วยทำงานอาสาสมัครเองจากระบบเศรษฐกิจที่ดึงดูดคนเข้าไปทำงานในเมือง ส่วนเรื่องของการประสานงานนั้นบางพื้นที่เกิดปัญหาการประสานงานยังไม่ราบรื่น เนื่องจากมีความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างชาวบ้าน องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ชาวบ้านและ อาสาสมัครสาธารณสุข เกิดความสับสน (วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิทย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2549)

3.6 อาสาสมัครสาธารณสุขในต่างประเทศ

ประเทศไทย เรียก ประชาชนในชุมชนที่มีความสมัครใจในการบริการให้กับประชาชนในชุมชนของตน ในการดูแลด้านสาธารณสุขในชุมชน ตามที่กล่าวข้างต้น ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Village Health Volunteer; VHV) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม มีชื่อเรียกที่หลากหลายของอาสาสมัครทางด้านสุขภาพ (Health Volunteers) ต่างกันในแต่ละประเทศจากระบบบริการ ทรัพยากร การเมือง เศรษฐกิจที่ต่างกัน แต่นำมาปฏิบัติในแต่ละประเทศด้วยแนวคิดเดียวกัน คือ ประชาชนในชุมชนที่มีความสมัครใจในการบริการให้กับประชาชนในชุมชนของตน มีความเข้าใจในวัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่น ทำให้เกิดความไว้วางใจของชุมชนโดยอาสาสมัครไม่ได้คาดหวังผลประโยชน์หรือผลตอบแทนด้านการเงิน

การดำเนินการสร้างอาสาสมัครทางด้านสุขภาพในหลายประเทศโดยมีชื่อเรียกกันหลากหลาย เช่น ประเทศพม่า เกาหลี เรียก ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพชุมชน (Community Health Worker) ประเทศอินเดีย เรียก ผู้แนะนำด้านสุขภาพในหมู่บ้าน (Village Health Guide) ประเทศเนปาล เรียก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศหญิง (Female Village Health Volunteer) ประเทศศรีลังกา เรียก อาสาสมัครปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (Volunteer Health Worker) ประเทศเวียดนาม เรียก ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่เป็นประชาชนทั่วไป (Lay Health Worker) ประเทศบังกลาเทศ ภูฏาน และไทย เรียก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer) (Sein, 2006) ในงานวิจัยนี้จะเรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจากประชาชนกลุ่มนี้คือ ประชาชนในชุมชนที่สมัครใจในการให้บริการกับชุมชนของตน ผ่านการอบรม และปฏิบัติงานในหมู่บ้าน ซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชน นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลุ่มของอาสาสมัครที่ทำงานด้านสาธารณสุขภายใต้แนวคิดหรือหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ส่งเสริมให้ชุมชนรับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของชุมชนของตนเอง โดยมีรายละเอียดของแนวคิดในการสร้าง อสม. ดังนี้

3.6.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ประชากรมีการศึกษาและรายได้สูง การเป็นผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน จะออกมาในรูปแบบขององค์กรอาสาสมัคร ซึ่งมีอยู่จำนวนมากในอเมริกา มีการรวมกลุ่มเพื่อแสวงหาทุน เพื่อการณรงค์กิจกรรมด้านสุขภาพ ในกลุ่มเป้าหมายเช่น เด็ก

ผู้สูงอายุ หรือผู้ด้อยโอกาส เช่น กลุ่มผู้อพยพ มาอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น เกาหลี เวียดนาม เป็นต้น (Kim MT, Kim KB, Juon HS et al., 2000; Prasad BM & VR Muraleedharan, 2007)

3.6.2 ประเทศมาเลเซีย

ประเทศมาเลเซีย เป็นประเทศกำลังพัฒนาที่มีปัญหาด้านการพัฒนาทั้งด้านการขาดแคลนและการกระจายตัว ได้มีโครงการในการจัดการแก้ปัญหา โดยการเพิ่มจำนวนการผลิต ส่วนปัญหาการกระจายได้แก้เบื้องต้นโดยใช้ ระบบการใช้ทุนของแพทย์เป็นมาตรการหนึ่ง มาตรการต่อเนื่อง คือ การคัดเลือกผู้ที่สมัครฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางจะได้รับสิทธิพิเศษ เพื่อเข้าไปทดแทนแพทย์ที่ย้ายออกจากชนบทอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน (Community health worker) เพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท รูปแบบเป็นอาสาสมัครคล้ายกับประเทศไทย เรียกว่า “Community health volunteer”

3.6.3 ประเทศเนปาล

ประเทศเนปาลใช้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน เรียกว่า “The national Female Community Health Volunteer” FCH และ “Female multipurpose health worker” ซึ่งเป็นผู้หญิงอาสาสมัครที่อยู่ในชุมชน เริ่มดำเนินการเมื่อปี ค.ศ 1988.กระทรวงสาธารณสุข (MOH) ประเทศเนปาล มีจำนวนทั้งสิ้น 48, 5491คน ร้อยละ 42ไม่เคยเข้าโรงเรียน ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและเป็นตัวเชื่อมระหว่างระบบบริการสุขภาพและชุมชน ให้รู้ถึงสุขภาพของชุมชนและบริการ เน้นเป็นพิเศษเรื่อง สุขภาพของมารดาและเด็ก การวางแผนครอบครัว แจกวิตามินเอ วัคซีนป้องกัน การวางแผนครอบครัวและให้การรักษาคิดเชื่องทางเดินหายใจเฉียบพลัน และการส่งต่อ (FCHV Survey Report, 2006)

3.6.4 ประเทศอัฟกานิสถาน

ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน (Community health worker) ในประเทศอัฟกานิสถาน ร้อยละ 65 เป็นเพศหญิง ถูกเลือกโดยทั่วไปจากชุมชน แต่ละคนจะรับผิดชอบในการส่งมอบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้กับครัวเรือน 150-100หลังคาเรือน 1,000ถึง 1,500คนผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนเยี่ยมบ้าน 10-15 วัน ใช้เวลา 15-30 นาที/ครั้ง ก่อนทำงานจะได้รับการฝึกอบรมเป็นเวลารวม 8สัปดาห์ เรื่องการป้องกัน โรคการป้องกันและรักษาขั้นพื้นฐานและเพื่อการบริการที่ได้มาตรฐาน ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน ยังได้รับการฝึกอบรมทบทวนรายเดือน อีกด้วย (WHO, 2010)

ประเทศกำลังพัฒนาจำนวนมากมีปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ มีโรงเรียนแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถฝึกอบรมแรงงานที่เพียงพอกับความต้องการ เพื่อให้ทันกับความต้องการที่เพิ่มขึ้นในการบริการการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ ประเทศจีน บราซิลและอิหร่าน

ได้แสดงให้เห็นว่าการใช้ ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน สามารถช่วยลดสุขภาพในกลุ่มประชากรจำนวนมาก ภายใต้การดูแลหลักจากบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งเป็นการทำงานในการพัฒนาสุขภาพของคนนับล้านโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม (The Center for the Health Professions, 2006) บุคลากรด้านสาธารณสุข ที่ทำงานในชุมชนต่างทำงานในบทบาทต่างๆที่หลากหลาย แนวทางของการสาธารณสุขมูลฐาน มีหลักการขึ้นพื้นฐานเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยให้เจ้าหน้าที่ทำงานใกล้ชิดชุมชน ประเทศส่วนใหญ่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้มีการปรับเน้นงานสาธารณสุขมูลฐานและผลักดันเป็นนโยบายระดับชาติ แต่บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนยังไม่มี ความชัดเจนในการทำงาน ขาดความมุ่งมั่น ไม่เข้าใจแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ขาดการทุ่มเท ขาดแรงกระตุ้นและบุคลากรในชุมชนไม่พอ จึงส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของงาน จึงเกิดการพัฒนาการบริการสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยประชาชน คือ การให้ประชาชน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนมีความสามารถในการแก้ปัญหาด้านการสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชนของตน เครื่องมือที่มีศักยภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อาสาสมัครสาธารณสุข) (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2543, หน้า 20-21)

3.6.5 ประเทศบราซิล

ประเทศบราซิล เป็นประเทศหนึ่งที่มีความสำเร็จในการนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติ ได้อย่างกว้างขวางในรูปแบบของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน (Community health workers; CHW) (Bhutta et al, 2010; Lehmann & Sanders, 2007; WHO, 2008) นอกจากนี้ประเทศบราซิลได้มีโปรแกรมที่เรียกว่า โปรแกรมตัวแทนสุขภาพชุมชน (Community health agents) ซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อปี ค.ศ. 1991 โดยกระทรวงสาธารณสุขประเทศบราซิล ซึ่งเริ่มดำเนินการครั้งแรกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศในจังหวัด Cear'a โดยโปรแกรมตัวแทนสุขภาพชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตายของทารกด้วยการเพิ่มการเข้าถึงบริการในประชาชนผู้ด้อยโอกาส โดยเฉพาะในเด็กและสตรี ในปีค.ศ. 1994 มีการจัดตั้งโปรแกรมสุขภาพครอบครัว (Family health program) โดยตัวแทนสุขภาพชุมชน (CHA) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค โดยพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้นิเทศงานให้กับตัวแทนสุขภาพชุมชน (CHA) ทำงานร่วมกันเป็นทีมให้บริการปฐมภูมิให้กับประชาชนที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ

ปัจจุบันประเทศบราซิล มีทีมโปรแกรมสุขภาพครอบครัว จำนวน 31,000 ทีม และมีตัวแทนสุขภาพชุมชน (CHA) จำนวน 240,000 คน ปฏิบัติงานอยู่ทั่วประเทศ ดูแลประชากร 118 ล้านคน (Brazilian Ministry of Health, 2010) หน้าที่ที่รับผิดชอบ คือ การดูแลให้คำแนะนำครอบครัว เด็ก

หญิงตั้งครรภ์ ในชุมชน (Cesar, 2005) ตัวแทนสุขภาพชุมชน (CHA) ของประเทศบราซิล มีเงินเดือนประจำ ตั้งแต่การจัดตั้งโปรแกรมสุขภาพครอบครัว (Family health program) เมื่อปี ค.ศ. 1994 โดยตัวแทนสุขภาพชุมชน (CHA) ต้องสำเร็จการศึกษาขั้นต่ำประถมศึกษาและได้รับการอบรม งานสำคัญของตัวแทนสุขภาพชุมชน (CHA) คือการเสริมสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพชุมชนและชุมชน มีขอบเขตการปฏิบัติงานในพื้นที่ของตนเอง เนื่องจากมีความใกล้ชิดระหว่างตัวแทนสุขภาพชุมชนและคนในชุมชนด้วยกัน

จากบททบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Giugliani, Harzheim, Duncan, & Duncan (2011) เรื่อง ประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงานในชุมชนประเทศบราซิล พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนประเทศบราซิลที่เรียกว่า ตัวแทนสุขภาพชุมชน (CHA) มีประสิทธิผลในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพของเด็กและสตรี และแนะนำให้ขยายบทบาทของ ตัวแทนสุขภาพชุมชน (CHA) ไปยังโรคเรื้อรัง โรคติดต่อ เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

3.6.6 ประเทศเกาหลีใต้

ประเทศเกาหลีใต้มีการนำแนวคิดผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนมาใช้ โดยผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนเป็นประชาชนทั่วไป ที่ผ่านการอบรมให้คำแนะนำเบื้องต้นร่วมกับผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ เพื่อลดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการในประชาชนกลุ่มที่ด้อยโอกาส จากการศึกษาของ Han, Kim & Kim (2007) เรื่อง ประสิทธิภาพของการอบรมผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน เรื่องการจัดการโรคเรื้อรัง ด้วยการอบรมเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรัง จำนวน 48 ชั่วโมง ในผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน จำนวน 12 คน ประเมินผลการอบรมด้วยการสำรวจ สังเกต และการสนทนากลุ่ม ผลการประเมิน พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนด ที่ระดับร้อยละ 70

การออกแบบการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขและบทบาทแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดย Prasad และ Muraliedharan (2007) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในแต่ละประเทศไว้ดังนี้ (ตารางที่ 5)

3.7 การพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

การพัฒนามาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นแนวทางสำคัญเพื่อการสร้างศักยภาพของระบบสุขภาพ จึงควรได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาสุขภาพในอนาคต (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2550) ซึ่งการสนับสนุนด้านวิชาการ ถือเป็นกลไกหนึ่งในการสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และการสนับสนุนด้านอื่นๆ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ ,การเชิดชูเกียรติและให้กำลังใจในการทำงาน และการรวมกลุ่มสร้างเครือข่าย

ตารางที่ 5 รูปแบบและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

ผู้แต่ง	ประเทศ	ปีที่ เริ่มทำ	ชื่อเรียก	อายุ (ปี)	เพศ	ความ ครอบคลุม	รูปแบบการ ทำงาน	ระดับการศึกษา
1. Lehmann, Friedman, & Sanders, 2004	กานา ไนจีเรีย เคนยา แทนซาเนีย โซมาเลีย	1970 1974	VHW	20-45	ชาย หญิง	-	เต็มเวลา	อ่านออกเขียนได้ ประถมศึกษา
2. Hathirat, 1983	ประเทศไทย	1979	VHV	แตกต่าง	ชาย หญิง	-	เต็มเวลา	ประถมศึกษา
3. Couper, 2004	อิหร่าน	1979	Behvarz	แตกต่าง	ชาย หญิง	1200-1600	เต็มเวลา	มัธยมศึกษา
4. Scholl, 1985	นิการากัว	1981	Brigadista	15-19	ชาย 55.5% หญิง 45.5%	-	-	-
5. Bender & Pitkin, 1987	คอสตาริกา นิการากัว โคลัมเบีย	- - -	RHA Brigadista HP	- 13-40 -	ชาย หญิง ชาย หญิง ชาย หญิง	1/400 - 1/3000 ถึง 4000	เต็มเวลา - -	- - -
6. Reis, Elder, Satoto, kodyat, & Plamer, 1991	อินโดนีเซีย	1990	Kader	20-40	-	1/100	เต็มเวลา	มีการศึกษา ไม่ระบุระดับของ การศึกษา
7. Nyonator, Williams, Phillips, Jones, & Miller, 2005	กานา	1990	VHW	-	-	3000	เต็มเวลา	-
8. Ruebush et al., 1994	กัวเตมาลา	-	CVs	12-76	ชาย	1/100	เต็มเวลา	-
9. Perez, Findley, Mejia, & Martinez, 2006	สหรัฐอเมริกา	2000	CHW	20-29	หญิง	300	เต็มเวลา	ระดับการศึกษา สูง แต่ไม่ระบุ ระดับการศึกษา

ผู้แต่ง	ประเทศ	ปีที่ เริ่มทำ	ชื่อเรียก	อายุ (ปี)	เพศ	ความ ครอบคลุม	รูปแบบการ ทำงาน	ระดับการศึกษา
10. Oxford Policy Management, 2002),(Douthwaite & Ward, 2005	ปากีสถาน	2002	LHW	29	หญิง	1,000	เต็มเวลา	-
11. Algeria (WHO, 2006b)	แอลจีเรีย	2002	CHW	-	-	-	-	-
12. (UNICEF, 2004)	เนปาล	2003	FCHV	> 20	หญิง	1/400; 1/250; 1/150 indi	เต็มเวลา	มีการศึกษา
13. (UNICEF, 2004)	ภูฏาน	2003	VHW	-	หญิง/ชาย	20-30 ครัวเรือนต่อ คน	เต็มเวลา	-
14. (UNICEF, 2004)	ศรีลังกา	2004	CHW	-	หญิง/ชาย	10 ครัวเรือน ต่อคน	-	มีการศึกษา
15. (Magongo, 2004)	Gautang	2004	CHW	-	-	200 ครัวเรือนต่อ คน	เต็มเวลา	-
16. (Friedman, 2005)	แอฟริกาใต้	2004	CHW	-	-	ชนบท80- 100 และใน เมือง 100- 150 ครัวเรือนต่อ คน	เต็มเวลา	-
17. (UNICEF, 2004)	Bangladesh	2004	Shastho Shebikas	25-35	หญิง	150-300 ครัวเรือนต่อ คน	บางเวลา	มีการศึกษา
18. (Campos et al.,2004)	บราซิล	2004	CHA	-	หญิง/ชาย	150-250 ครัวเรือนต่อ คน	เต็มเวลา	มีการศึกษา

ผู้แต่ง	ประเทศ	ปีที่ เริ่มทำ	ชื่อเรียก	อายุ (ปี)	เพศ	ความ ครอบคลุม	รูปแบบการ ทำงาน	ระดับการศึกษา
19. (Campos et al.,2004)	จีน	-	หมอเท้าเปล่า (Bare foot doctor)	-	-	-	-	-
20. (, 2005)	อียิปต์	2005	CHWs	-	ชาย 75%	-	เต็มเวลา	-
21. (WHO, 2006c)	ปาปัวนิวกินี	2005	CHWs	-	-	-	เต็มเวลา	-
22. (Ismail B & El,2005)	ซูดาน	2005	CHWs	-	-	-	เต็มเวลา	-
23. (Rosenthal, 2005)	สหรัฐอเมริกา	2005	CHW	30-39	หญิง	-	75% เต็ม เวลา	มัธยม
24. Myanmar(, 2006)	พม่า	2006	CHW	-	-	-	เต็มเวลา	อุดมศึกษา
25. (Keni, 2006)	Republic of Marshall Islands	2006	HA	26	ชาย	-	เต็มเวลา	มัธยม
26. CAR(WHO,2006d)	CAR	2006	CHW	-	-	-	เต็มเวลา	-
27. Zimbabwe(WHO,2006e)	ซิมบับเว		VHW	-	-	1-3 villages	เต็มเวลา	-
28. (Brown et al.,2006)	เปรู	2006	CHW	19-70	ชาย75%	Varied	เต็มเวลา	รู้หนังสือ- อุดมศึกษา
29. (Sein, 2006)	DPR Korea	1955	Sanitary Monitor	-	หญิง	20-30 ครัวเรือนต่อ คน	เต็มเวลา	-
30. (Sein, 2006)	พม่า	1976	CHW	-	หญิง	200 ครัวเรือนต่อ คน	เต็มเวลา	-
31. (Sein, 2006)	ติมอร์ เลสเต	1978	Posyandu	-	หญิง	10-20 ครัวเรือนต่อ คน	เต็มเวลา	-
32. (Sein, 2006)	อินโดนีเซีย	1978	Posyandau	-	หญิง	10-220 ครัวเรือนต่อ คน		
33. (Sein, 2006)	สหรัฐอเมริกา	1960	CHW	30-50	หญิง80%	-	FT/PT	อุดมศึกษา

ผู้แต่ง	ประเทศ	ปีที่ เริ่มทำ	ชื่อเรียก	อายุ (ปี)	เพศ	ความ ครอบคลุม	รูปแบบการ ทำงาน	ระดับการศึกษา
34. Dave (Dave,1991)	India/ Maharashtra (Sewagram)	1972	VHW	-	ชาย			
35. Dave (Dave,1991)	India/West Bengal(CINI)	1975	CHW	-	หญิง	-	-	
36. Dave (Dave,1991)	India/Gujarat (Tribhovandas Foundation)	1980	CHW	-	หญิง			
37.(Kumar,Deodhar& Murthy, 1978)	อินเดีย	1978	CHV	-	หญิง/ชาย	-	Part time	-
38. (Leslie, 1985) (Maru,1983)	อินเดีย	1977	CHV	>30	หญิง/ชาย	1/1000ind	P/T2-3hrs	ประถม
39. (Bhattacharji,Abraham Muliyl, Job, John &Joseph, 1986)	India/Vellore	1983	CHWe		หญิง	1/1000 to1500/ PTCHW	Part time	higher primary
40. (UNICEF,2004)	อินเดีย	2000	VHG's		ชาย	1/1000 ครัวเรือนต่อ คน	Part time	รู้หนังสือ
41. (Mistry&Antia,2003)	BANWASI/ Uttar Pradesh /india	2003			หญิง	15/100 villages	Part time	ประถมศึกษา
42. (Mistry&Antia,2003)	AWARE/ Andra Pradesh/india	2003			หญิง	2/20 villages	Part time	ประถมศึกษา
43. (Mistry&Antia,2003)	CINI/West Bengal/India	2003			หญิง	1/400 ครอบครัว	Part time	ประถมศึกษา
44. (Mistry&Antia,2003)	RUSHA/ Vellore/India	2003			หญิง	1/1000 Individuals	Part time	ประถมศึกษา
45. (Mistry&Antia,2003)	FRCH/Pune /India	2003	Gramsakhi		หญิง	1/ villages	Part time	ประถมศึกษา

ที่มา: Prasad BM และ VR Muraleedharan, 2007: หน้า 10-11

การทำงาน (วิชิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิตย์ และปารัตน์ สุขสุทธิ, 2549) ในการสร้างแรงจูงใจ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้เดือนละ 600 บาทต่อคน เพื่อสร้างแรงจูงใจและเพิ่มความคล่องตัวในการทำงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา ซึ่งต่างจากการทำงานในช่วงแรกที่เป็นการทำงานในลักษณะอาสาสมัคร ไม่มีค่าตอบแทน (นงลักษณ์ พะไยยะ และคณะ, กย. 2554) นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพก็มีหลายลักษณะ ทั้งในด้านฝึกอบรมปรับทัศนคติ การมอบปัญหาชุมชน เครื่องมือการเรียนรู้ชุมชน การอบรมเชิงคุณภาพ ที่มีรูปแบบการพัฒนาทั้งในลักษณะที่เป็นการฝึกอบรมรวมต่อเนื่อง การอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ การอบรมให้มีประสบการณ์จริงในพื้นที่ การอบรมการพัฒนาเชิงกระบวนการในเรื่องการฟังอย่างตั้งใจ การอบรมด้านจิตวิทยา การสร้างเครือข่ายเรียนรู้การพัฒนางานชุมชนในระดับพื้นที่ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด/ภาค การสนับสนุนงบประมาณและวิชาการในด้านการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, 2551)

3.8 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน เป็นส่วนที่มีความสำคัญอันจะส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของ อสม. รวมถึงส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน หากไม่สามารถสนองความต้องการได้ผลงานอย่างตกต่ำ ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความเบื่อหน่าย ทำให้งานในองค์กรนั้น ขาดประสิทธิภาพลงได้ (ทรงสวัสดิ์ ราชี, 2539) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย

3.8.1 ปัจจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) เพศ มีความแตกต่างกันไปตามเนื้อหาของกิจกรรม เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก อสม. ที่เป็นหญิงอาจปฏิบัติงานได้ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเป็นผู้มีบทบาทด้านนี้อยู่แล้วในครอบครัว และนพพร อันสุข (2553) ศึกษาพบว่า เพศหญิง มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก คือ งานสุขศึกษาแต่งงานด้านสุขภาพ อสม. ที่เป็นเพศชายกระทำได้ดีกว่า (นัทธมน เฌิบแหลม, 2544) และ นอกจากนี้การศึกษาของ Veena Sirisook, Boonyong Keiwkarnka, Nonglak Panchauniti (2001) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) อายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในการป้องกันโรค (นพพร รากวงศ์, 2553) นอกจากนี้การศึกษาของ Boonlert Tiewsuwan (2001) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05.

3) รายได้ เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีพ ซึ่งผู้ที่มีรายได้น้อยมักต้องทำงาน เพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ความสนใจในการปฏิบัติหน้าที่อื่นที่ไม่มีรายได้เพิ่มเติมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราโมทย์ เกรียงตันติวงศ์ (2550) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน ($p < 0.05$, ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.202) สอดคล้อง

กับ ประไพ วงศ์สุทธี (2542)อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542) และ Veena Sirisook ,Boonyong Keiwbarka ,Nonglak Panchauniti (2001) พบว่า รายได้ของ อสม .มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และมีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

4)อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง จะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว จึงใช้เวลาที่เหลือไปปฏิบัติกิจกรรมอื่นน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ ลับเลิศลพ (2537) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน เขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี พบว่า อาชีพของ อสม .มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่ง อสม .ส่วนมากมักจะมีอาชีพรับจ้าง ส่วนใหญ่เป็นลักษณะการรับจ้างรายวัน และรองลงมาก็อาชีพเกษตรกรรม มักต้องทำงานทุกวันเพื่อดูแลพืชผล โดยเฉพาะช่วงแรกของการลงพืชผล และช่วงการให้ผลผลิตทำให้ อสม .มีเวลาในการปฏิบัติงานน้อย และ Veena Sirisook ,Boonyong Keiwbarka , Nonglak Panchauniti (2001) พบว่า อาชีพ มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

5) สถานภาพสมรส ผู้ที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยจะทำให้มีคู่คิด มีคนคอยดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาก่อให้เกิดความอบอุ่นใจ มั่นคงในชีวิต ส่วนผู้ที่มีสถานภาพโสดจะมีเวลาให้ความช่วยเหลือและทำกิจกรรมอื่นนอกเหนือจากภารกิจในครอบครัวให้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ ลับเลิศลพ (2537) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน เขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี พบว่า สถานภาพสมรสของ อสม .มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ Veena Sirisook ,Boonyong Keiwbarka ,Nonglak Panchauniti (2001) พบว่า จำนวนบุตรยังมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน คือ การมีบุตรน้อย หรือโสด จะส่งผลให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประสบความสำเร็จได้ดี

6) ระดับการศึกษา เป็นเครื่องบ่งชี้ระดับความรู้ และประสบการณ์เรียนรู้ของบุคคล ตลอดจนความคิด ความเชื่อที่แตกต่างกันออกไป (จิรารัตน์ พร้อมมูล, 2548) และการศึกษาของ ประไพ วงศ์สุทธี (2542) พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05.จากการศึกษาของ สกาวรัตน์ ลับเลิศลพ (2537) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน เขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี พบว่า การศึกษาของ อสม .มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งผู้ที่มีได้ว่าการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี มีผลช่วยเสริมให้ผู้ถ่ายทอดความรู้มีความมั่นใจ กล้าแสดงออก สอดคล้องกับการศึกษาของ

วนิดา วัระกุล (2545) เรื่องการศึกษาพัฒนาการ ความสำเร็จและทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ระดับความรู้พื้นฐานของ อสม. ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา จึงไม่สามารถเข้าใจ และรับรู้ในสิ่งที่เจ้าหน้าที่บอกได้หมด โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความรู้และการปฏิบัติเฉพาะทาง ทำให้ อสม. นำความรู้ไปปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้

7) ประสพการณ์การทำงาน ประสพการณ์เป็นสิ่งจำเป็น เพราะประสพการณ์มาจากสิ่งที่พบเห็นแตกต่างกันไปในการทำงานแต่ละด้าน บุคคลที่มีประสพการณ์ในการทำงานเป็นเวลานานย่อมได้เปรียบด้านความชำนาญ เป็นที่เชื่อถือของชาวบ้านยังเกิดผลในเรื่องความรู้ และปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonlert Tiewsuwan (2001) และ ปราโมทย์ เกรียงคันติวงศ์ (2550) พบว่า ประสพการณ์การทำงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ วัฒนา บันเทิงสุข (2539) ศึกษาเรื่อง ปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ตามการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานนั้น เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่บ่งบอกถึงความมั่นใจจากผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการเป็นอย่างดี ซึ่งผู้ที่จะปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขได้ดี ต้องเป็นผู้ที่มีเวลาคลุกคลีอยู่กับงานด้านนี้มาช่วงระยะหนึ่ง ซึ่งเท่ากับการสร้างสร้างความมั่นใจให้ผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา

8) การมีตำแหน่งหน้าที่อื่นๆ ในหมู่บ้าน ซึ่งการเป็นประธาน อสม. หรือเป็นกรรมการฝ่ายอื่นๆ ด้วย ทำให้ อสม. ได้ทำบทบาทเป็นผู้นำ โดยมักมีส่วนร่วมวางแผนจัดทำโครงการเพื่อพัฒนาหมู่บ้านและวางแผนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจากการศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาสิทธิักษ์ (2542) เรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การมีตำแหน่งหน้าที่อื่นๆ ในหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข แสดงว่า ได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกรรมการหมู่บ้านจะมีลักษณะเป็นผู้นำกลุ่มโดยธรรมชาติ จะได้รับการยอมรับ นับถือและมีส่วนเสริมให้สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahman และคณะ (2010) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการดำรงอยู่ของผู้ปฏิบัติงานในชุมชนในการดูแลทารกแรกเกิดประเทศบังกลาเทศ โดยผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจทางการเงิน การได้รับการยอมรับในชุมชน ส่งผลต่อการดำรงอยู่

3.8.2 ปัจจัยด้านความรู้

ความรู้นับได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ จะพบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีผลกับการปฏิบัติงาน

ได้แก่ นพพร รากวงศ์ (2553) Veena Sirisook, Boonyong Keiwbarnka, Nonglak ancharuniti (2001) นัทธมน เกือบแหลม (2543) พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.8.3 ปัจจัยสนับสนุน

1) การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมหรือได้รับการสนับสนุนจากชุมชน อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2541) และ นริศรา ธนาวิวัฒน์กูร (2541) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) การฝึกอบรม นริศรา ธนาวิวัฒน์กูร (2541) ศึกษาการประเมินการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จ.อ่างทอง พบว่า การฝึกอบรมเป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) สอดคล้องกับประไพ วงศ์สุทธี (2542) พบว่า การฝึกอบรม ยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในบางองค์ประกอบ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลของแรงจูงใจของอาสาสมัครทางด้านสุขภาพในชุมชนของประเทศตุรกี พบว่า การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น การพัฒนาตนเอง และการเข้ารับการอบรม การปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติอาสาสมัคร เป็นที่มีประโยชน์ (Boz I & Palaz S, 2007)

3) การทำงานเป็นทีม สาธิติน ศิริสมบุญเรือง (2541) พบว่า การทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$)

4. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข

ยุคต้นของการริเริ่มการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งอาสาสมัคร 2 ประเภท ดังกล่าว เพื่อเป็นกลไกอยู่ในโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานมุ่งกระทำบทบาท “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี” ในฐานะเป็นผู้นำด้านสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังคงเน้นความสำคัญของการบรรลุความมีสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี (พ.ศ. 2543 HFA . 2000) ดังนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525- 2529) จึงได้เพิ่มและเร่งรัดการอบรม ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และประกาศให้ปี พ.ศ 2527 เป็นปีรณรงค์การสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ

เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และประชาชนตื่นตัวและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และ จัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคทั้ง 4 ภาค (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น ศูนย์ ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน) เพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในระดับภูมิภาคและเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 สามารถจัดให้มีอาสาสมัคร คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และทุกชุมชนในพื้นที่เขตชนบทและเขตเมือง การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในยุคนี้เป็นการจัดการ อบรมตามหลักสูตรที่กำหนดขึ้น

ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุขยังยืนยันเป็นนโยบายสำคัญและมุ่งเน้นการพัฒนาระบบอาสาสมัครเชิงคุณภาพ มี การสนับสนุนงบประมาณการจัดอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน(อสม.) เพิ่มเติมในส่วนที่พื้นสภาพ การจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล พร้อมทั้งขยายการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เฉพาะ เช่น ในเรือประมงโรงงานอุตสาหกรรม เรือสินค้า โรงเรียน การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย เป็นต้น ซึ่ง ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการสาธารณสุขมูลฐาน และก่อให้เกิดความร่วมมือจากองค์กร /หน่วยงาน ต่างๆเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ถือเป็นช่วงที่ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผ่านกระบวนการอบรมและเรียนรู้ครบตาม หลักสูตรอย่างสมบูรณ์

อาสาสมัครสาธารณสุขของประเทศไทย ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศ (WHO, 2008) สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่กลุ่มประเทศภาคพื้นเอเชียอาคเนย์ซึ่งได้รับทุนจากองค์การอนามัย โลกมาศึกษาดูงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยมากมายหลายประเทศและชื่นชมกับ ความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไทยที่มีภาพลักษณ์ด้านคุณค่าของผู้มีจิตใจอาสา เสียสละ เพื่อประโยชน์สุขส่วนรวม สามารถรวมกลุ่มกันอย่างมีพลังและมีเอกลักษณ์ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเอื้อและปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในกระบวนการพัฒนาองค์กรอาสาสมัคร สาธารณสุขให้เกิดความเข้มแข็งด้านความรู้ ความสามารถขึ้นมาได้นั้นสืบเนื่องมาจากนโยบายที่ชัดเจน ของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะการฝึกอบรมกำลังคนใน ระดับพื้นที่ด้วยหลักสูตรที่ชัดเจนเหมาะสมและต่อเนื่อง มีแผนงบประมาณสนับสนุนการพัฒนา กำลังคนในพื้นที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้นและ

จำเป็นแก่ประชาชนด้วยตนเอง ซึ่งการจัดโอกาสให้มีการฝึกอบรมภายใต้การมีหลักสูตรที่เหมาะสมนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับหรือผู้เชี่ยวชาญจะต้องให้การสนับสนุนเต็มที่ เพื่อถ่ายทอดวิชาการที่เป็นความรู้ ความเข้าใจและทักษะพื้นฐานอย่างเหมาะสมสำหรับชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเองได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างโอกาสการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ขณะเดียวกันนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการศึกษาของประชาชนในชาติก็ต้องได้รับการส่งเสริม สนับสนุนควบคู่กันไป เพื่อเป็นรากฐานในการพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยสรุปในช่วงแผนฯ 4-6 เป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เป็นการจัดอบรมตามหลักสูตร

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 1 เมื่อเข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) ภาวะความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของโลกมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยและวิถีชีวิตคนไทย โดยเฉพาะแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศถูกทำลาย ก่อเกิดมลภาวะที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพมากมาย สังคมเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภคซึ่งไม่รู้เท่าทัน ตลอดจนการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานจากภาคสังคมชนบทสู่สังคมเมือง ทำให้เกิดปัญหาสังคมชนบท โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเด็กถูกทอดทิ้ง ขณะเดียวกันปัญหาสังคมในเขตเมืองมีความซับซ้อนและขยายตัวมากขึ้น ผลจากการประเมินทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐานพบปัญหาหลักที่บ่งบอกถึงสัญญาณเพื่อการปรับตัวด้านการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า

1) อาสาสมัครไม่ได้ปฏิบัติงานจริง เนื่องจากไม่มีแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และความรู้ของอาสาสมัครไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีเวลาไปเข้ารับการอบรมที่เป็นระยะเวลาการอบรมยาวนานติดต่อกัน

2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมิได้มีแผนปฏิบัติงานอย่างชัดเจนในการอบรมอาสาสมัคร ต่อเนื่องส่งผลให้อาสาสมัครขาดความรู้ ขาดความมั่นใจ และไม่รู้ว่าจะทำอะไรตามบทบาท โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ภายใต้การกำหนดเวลาที่แน่นอนและหลักสูตรที่ชัดเจนสอดคล้องกับภารกิจที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องปฏิบัติ

ดังนั้นแนวทางการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ได้มีการทบทวนคุณภาพของอาสาสมัครและปรับกลไกอาสาสมัคร โดยยกระดับบทบาทผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้เกิดเอกภาพในการปฏิบัติงาน และสนับสนุนงบประมาณการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่เกิดจากภาวะความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ในขณะที่เดียวกันกองวิชาการได้คิดค้นเทคโนโลยีสนับสนุนชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาโดยกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเป็นศูนย์เฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม พร้อมทั้งสนับสนุนเครื่องมือ / อุปกรณ์ในการทำงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาเดิมและใหม่ แต่เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขขาดการถ่ายทอดให้อาสาสมัครได้เรียนรู้ในระบบและกลไกที่ชัดเจน หลายพื้นที่ที่ไม่ได้เรียนรู้การจัดการเทคโนโลยีที่ดีพอเพื่อใช้ประโยชน์ได้อย่างยั่งยืน ขณะเดียวกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ได้เรียกร้องให้มีการฝึกอบรมเพิ่มเติมในเนื้อหาบางเรื่องที่สำคัญ คือ ขาดความต่อเนื่องของระบบการนิเทศงานผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังการอบรมมีน้อยมากทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพและผลการดำเนินงานอยู่ในรูปแบบการประสานงานโดยให้อาสาสมัครช่วยเหลือในภารกิจ ของหน่วยงานภาครัฐ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในเรื่องดังกล่าวว่าขาดแคลนงบประมาณสำหรับค่าน้ำมัน และค่าเบี้ยเลี้ยงจึงไม่สามารถออกนิเทศได้

นอกจากนี้การสนับสนุนสื่อการเรียนรู้และปัจจัยต่างๆ ในการสนับสนุนปฏิบัติงานของอาสาสมัครไม่มีประสิทธิภาพ ค่าเช่า ไม่กระจาย และขาดแคลนในหลายพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้ความรู้ของอาสาสมัครไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่องสำหรับการดำเนินงานในหมู่บ้าน /ชุมชน จากผลการวิจัยของกัญญา ปฏิบุษ (2539)พบว่า อาสาสมัคร ร้อยละ 47.4 ไม่ได้รับคู่มือซึ่งเป็นสื่อในการเรียนรู้ต่อเนื่อง และมีการประเมินความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนหนึ่งในเรื่องโรคอุจจาระร่วงและโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จึงมีข้อเสนอให้มีการปรับปรุงแก้ไขในเรื่องการบริหารจัดการสิ่งสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐทุกระดับ

กล่าวได้ว่าในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดการอบรมและฝึกปฏิบัติให้แก่อาสาสมัครให้สอดคล้องกับภารกิจที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งหลายจังหวัดได้ดำเนินการศึกษารูปแบบการจัดการอบรมอาสาสมัครเป็นของตนเอง แต่จังหวัดส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพกำลังคนในระดับพื้นที่น้อย ขณะเดียวกันกรม กอง และศูนย์วิชาการในสังกัดส่วนกลางเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย และกลวิธี หรือกิจกรรมการพัฒนา ขาดการมีส่วนร่วม ขาดความหลากหลาย และขาดความจำเพาะในแต่ละพื้นที่ เช่น การคิดนวัตกรรมที่เป็นลักษณะเบ็ดเสร็จ และส่งมอบพื้นที่ปฏิบัติในลักษณะปูพรม องค์กรชาวบ้านจึงกลายเป็นกลไกของภาครัฐ และรองรับนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยของผู้นำหรือผู้บริหาร ที่ขาดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการกับสิ่งที่พัฒนามาก่อนขาดความต่อเนื่อง ในที่สุดรูปแบบการ

พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่ควรจะนำไปสู่การทบทวนการใช้หลักสูตรที่มีการริเริ่มไว้ในแผนพัฒนาฉบับที่ 6-4 จึงถูกละเลย นโยบายด้านแผนงบประมาณมุ่งเน้นการให้อาสาสมัครปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาเร่งด่วน เป็นเรื่องๆ ตามสภาวะวิกฤติของบ้านเมือง รูปแบบที่ใช้อยู่ทั่วไปในการสร้างเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกภาครัฐกับอาสาสมัครสาธารณสุขในวันนี้คือการจัดเวทีประชุมเพื่อส่งต่อนโยบายและแนวทางการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ถูกกำหนดมาจากนโยบายส่วนกลาง ขาดการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจร่วมกัน โดยอาศัยเงื่อนไขด้านเวลาที่จำกัดมากำหนดการทำงานและการใช้งบประมาณที่เบ็ดเสร็จเป็นรายการกิจกรรมเพียงเพื่อผลักดันให้เกิดผลงานในระยะเวลาดั้น ๆ กิจกรรมด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่ถูกกำหนดจากภาครัฐจึงไม่มีความยั่งยืน และหาเจ้าภาพที่แท้จริงในระดับพื้นที่ไม่ได้

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 2 แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ทิศทางการสาธารณสุขมูลฐานได้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัวโดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขรวมตัวในรูปแบบของชมรมและสมาคมเพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน โดยเน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน ซึ่งในแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้สนับสนุนงบประมาณ 7,500บาท /หมู่บ้าน /ปี ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้กลไกแกนนำหมู่บ้านนำไปจัดทำแผนภารกิจหลัก 3 เรื่อง ได้แก่

- 1) พัฒนาศักยภาพกำลังคนในพื้นที่

- 2) การจัดบริการของ ศสมช.

- 3) จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาตามส่วนขาของ จปฐ.รายหมู่บ้าน ขณะเดียวกันมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขบางประการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการงบประมาณ 7,500บาท /หมู่บ้าน/ปี พบว่างบประมาณส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในแผนกิจกรรมการศึกษาดูงานของอาสาสมัครร่วมกับเจ้าหน้าที่การนำไปจัดกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหาสาธารณสุขเชิงนโยบายและชี้โยธาไว้ใน ศสมช.เกินความจำเป็น ซึ่งงบประมาณดังกล่าวมีบางพื้นที่เป็นส่วนน้อยที่ได้นำมาวางแผนใช้ในการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่ จากการสำรวจพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่ที่ก้าวเข้าสู่การเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สมบูรณ์น้อยมากส่วนใหญ่ตอบว่าผ่านเพียงเวทีการจัดการประชุมของเจ้าหน้าที่เพื่อรับนโยบายไปปฏิบัติในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8งบประมาณด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่ส่วนกลาง

สนับสนุนไปให้จังหวัดมุ่งเน้นการจัดสรรสนับสนุนแผนการจัดอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ครอบคลุมทั่วประเทศและแผนงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านสนองตอบภารกิจหลักใน 3 เรื่องดังกล่าวเท่านั้นซึ่งผลจากการประเมินสองทศวรรษ ของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข มีดังนี้

1) การดำเนินงานของสถานีอนามัยเกือบทั้งหมดจัดให้มีการประชุมประจำเดือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประเด็นการประชุมเป็นเรื่องของการติดตามงานแจ้งข่าวสาร และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนภารกิจหรืองานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการทำตามกรอบหน้าที่เป็นครั้งคราว และส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำงานตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอและมีประมาณร้อยละ 60 ที่สามารถระบุหน้าที่หลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้

2) เจ้าหน้าที่เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่าครึ่งหนึ่งที่ยังไม่เข้าใจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรม

3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ต่างคาดหวังการสนับสนุนและช่วยเหลือในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก เนื่องจากแนวคิดและกระบวนการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานผูกติดอยู่กับระบบราชการและใช้รูปแบบการดำเนินงานแบบเดียวกันทั่วประเทศ

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 3 แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยอัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศโดยอาศัยคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสนับสนุนกลไกเครือข่ายหรือภาคีสุขภาพระดับพื้นที่ ดังนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับการจัดสรรงบประมาณประจำปี สำหรับอุดหนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานในด้านการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน /ชุมชน ซึ่งในระยะเริ่มต้นของการจัดสรรงบประมาณสู่ท้องถิ่น พบว่า ค่าใช้จ่ายระยะเวลาที่มีการริเริ่มแผนปฏิบัติงานของหมู่บ้าน และเมื่อวิเคราะห์แผนงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการใช้ งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามนโยบายซึ่งเป็นกระแสหลักที่ส่งการลงไป ประกอบกับช่วง 3 ปีที่ผ่านมาวิกฤติด้านการเมืองที่มีการแข่งขันในระบบพรรคการเมืองสูง องค์การอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถูกมองด้วยความหวงใยจากองค์กรอิสระเกรงจะตกเป็นเครื่องมือของนักการเมือง ทำให้การทบทวนและพัฒนาศักยภาพตนเองและเรียนรู้ความเป็นไปในพื้นที่ตนเองด้วยการได้รับด้านฝึกอบรม

ขาดความเป็นระบบและองค์กรสนับสนุนรองรับที่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง และหน่วยงานสนับสนุนประจำขาดความตระหนักในประเด็นดังกล่าว

บริบทสำคัญที่ได้กล่าวมาข้างต้นซึ่งได้นำไปสู่เหตุผลที่เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้บริหาร และบุคลากร ในสังกัดกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานในสังคมปัจจุบัน จึงได้พัฒนาหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่มุ่งหวังการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคนหวังเห็นคนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ และมีความมั่นคงในการดำรงชีวิตครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเองที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย และพัฒนาเป็นหลักสูตรหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

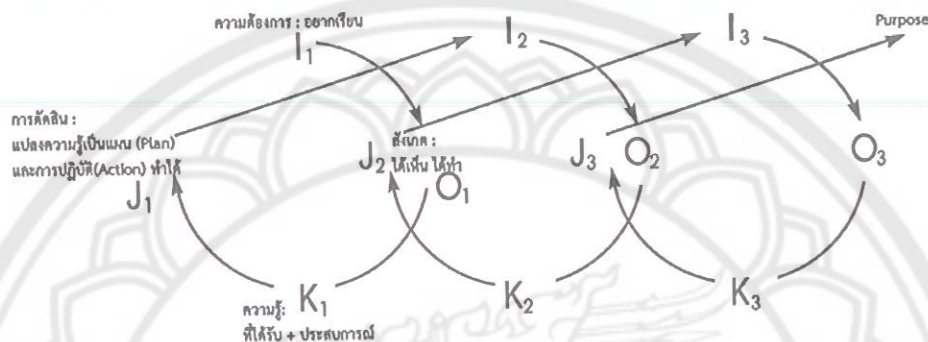
โดยสรุปการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นการจัดการอบรมตามหลักสูตรโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานหรือหน่วยงานที่ดูแล อสม. ในระดับจังหวัด อำเภอ เป็นผู้ดำเนินการ การนิเทศงาน การแจกคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อให้ใช้ศึกษาด้วยตนเอง โดยหลักสูตรที่ใช้ในการอบรมได้ถูกพัฒนามาเป็นระยะตามพัฒนาการและปัญหาท้าทายที่เกิดขึ้นในประเทศไทย นอกจากนี้เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม. ในปี พ.ศ. 2554 รัฐบาลได้มีนโยบายในการส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ทั่วประเทศ ให้ปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน ด้วยการจัดสวัสดิการให้แก่ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริมในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวมีประสิทธิภาพ โดยรัฐบาลได้จัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ในฐานะหน่วยงานที่ดูแลและส่งเสริมการปฏิบัติงานของอสม. ให้ อสม. ได้รับค่าป่วยการเดือนละ 600 บาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

5. วิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน

5.1 การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน

หลักการของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning: CBL)

การเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติงานร่วมกันในระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่เป็นลักษณะเรียนรู้จากปัญหาที่พบในพื้นที่ โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนในลักษณะผสมผสานไปกับการให้บริการในระบบปกติ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2553) เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนในลักษณะของการ “ได้เห็น” “ได้ทำ” และ “ทำได้” ดังรูปที่ 4



รูปที่ 4 วงจรการเรียนรู้ของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน

การเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานนี้ ไม่ใช่กระบวนการเรียนที่นำมาทดแทนการเรียนการสอนอย่างเป็นทางการในสถานศึกษา แต่เป็นกระบวนการเสริมที่ช่วยพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียนให้ตรงและเหมาะสมกับความจำเป็น ทั้งนี้ในการพัฒนาจะต้องเคารพและให้คุณค่ากับสิ่งที่มีอยู่เดิม โดยก่อนจะเริ่มพัฒนาศักยภาพจำเป็นต้องระบุทักษะที่มีอยู่ โครงสร้าง หุ่นส่วนภาคี และทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งจะต้องมีการแลกเปลี่ยนกันของกลุ่มเรียนรู้ นอกจากนี้โปรแกรมการเรียนรู้ที่ออกแบบจะต้องบูรณาการเข้ากับโครงสร้าง กระบวนการที่มีอยู่อย่างเหมาะสม

การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานจะเป็นการเพิ่มความรู้ ทักษะการให้บริการปฐมภูมิในระดับบุคคลและทำให้เกิดระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการในระดับอำเภอ (Integrated district health care system) ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ทั้งระดับบุคคลและองค์กร จึงเรียกว่าเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Nadler L, 1984)

5.2 กิจกรรมของการจัดการเรียนการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน

5.2.1 รูปแบบของกิจกรรม กิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กิจกรรมหลัก และกิจกรรมเสริม

5.2.4 รายละเอียดรูปแบบของกิจกรรม

กิจกรรมหลัก

1) การใช้โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในอำเภอเป็นฐาน

การจัดให้มีการเรียนแต่ควรดำเนินการผสมผสานไปกับการปฏิบัติงานที่สามารถดำเนินการได้ในระยะยาว โดยดำเนินการได้ตลอดปี ไม่กระทบต่องานประจำ จำนวนผู้เรียนในแต่ละครั้งควรมีประมาณ 2-4 คน ระยะเวลาในการเรียนอาจแตกต่างกัน เช่น อาจมีตั้งแต่ 1 จนถึง 8 สัปดาห์ และจำนวนวันของแต่ละสัปดาห์ สามารถจัดได้ตามความเหมาะสมของผู้เรียนแต่ละคน ทั้งนี้ผู้เรียนคนเดิมสามารถมาเรียนซ้ำได้ตามความจำเป็น โดยผู้เรียนแต่ละคนจะต้องผ่านการประเมินตนเองว่ามีความจำเป็นต้องเรียน ด้วยเครื่องมือที่เตรียมไว้เพื่อประเมินสมรรถนะก่อนเรียน ซึ่งสามารถใช้ประเมินการเรียนรู้อีกในขณะเรียน และหลังเรียนได้ด้วย

กระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญเกิดจาก การที่ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการให้บริการในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาล เช่น การร่วมออกตรวจ OPD ทั่วไป การร่วมออกตรวจคลินิกพิเศษโรคเรื้อรัง การร่วมให้บริการที่ห้องฉุกเฉิน การตามดูผู้ป่วยที่ติดผู้ป่วยใน การช่วยและการทำการผ่าตัดเล็กที่ห้องผ่าตัดเล็ก และการร่วมดูแลผู้รับบริการก่อนคลอด เป็นต้น ความรู้และทักษะที่ได้จะนำไปใช้ในการให้บริการในชุมชน ในแต่ละสัปดาห์ ผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวมของการฝึกอบรม จะทำการเชื่อมต่อความรู้ ทักษะระหว่างสัปดาห์ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมินผลแต่ละจุด และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการจัดการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2553)

2) การเรียนโดยใช้สถานบริการที่อยู่ในชุมชนที่มีความพร้อม ที่มีอยู่ในอำเภอเป็นฐาน

ในกรณีที่ใช้สถานบริการที่อยู่ในชุมชนที่พร้อมในการใช้เป็นสถานที่เรียน กระบวนการเรียนจะเป็นลักษณะทดลองปฏิบัติเพื่อเพิ่มความมั่นใจในทุกจุดของการให้บริการ อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ในอำเภอนั้นๆ ยังไม่มีสถานบริการปฐมภูมิที่อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง แต่มีความพร้อมในการจัดการเรียน ควรจัดการให้มีสถานบริการที่อยู่ในชุมชนเป็นที่เรียน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้สถานบริการที่อยู่ในชุมชนแห่งนั้นให้มีพัฒนาให้มีความพร้อมมากขึ้น การดำเนินการสามารถจัดโปรแกรมผสมผสานไปกับการเรียนโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐานไปก่อน (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2553)

3) การนิเทศงาน: การเรียนโดยใช้บริบทของผู้เรียนเป็นฐาน

การนิเทศงานที่นำมาใช้ในกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานนี้ เน้นที่การเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้ที่ได้รับการนิเทศ ผ่านการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้นิเทศและผู้ได้รับการนิเทศ โดยให้ความสำคัญกับปัญหาที่พบ จากประสบการณ์การให้บริการของผู้ที่ได้รับการนิเทศ และเสริมโดยที่พบโดยผู้นิเทศ

การนิเทศงานจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้นิเทศและผู้ได้รับการนิเทศ หากมีความสัมพันธ์ที่ดี มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (Empathic relationships) ระหว่างผู้นิเทศและผู้ได้รับการนิเทศ จะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้การนิเทศงานดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง การนิเทศแต่ละครั้ง จะต้องมีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นิเทศและผู้ได้รับการนิเทศ มีการตีแผ่ปัญหา หาเหตุของปัญหาร่วมกัน และนำไปสู่การทำให้เห็นช่องทางของการแก้ปัญหา (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2553)

2. กิจกรรมเสริม

2.1 การจัดให้มีการอภิปรายกรณีศึกษาอย่างเป็นระบบ

การเลือกกรณีที่น่าสนใจมานำเสนอและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในกรณีของการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานนี้ เริ่มต้นจากการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันที่อยู่ในทีมเดียวกัน ผ่านการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้บริการกับผู้นิเทศ ทั้งนี้กรณีที่น่าสนใจ ไม่จำกัดอยู่เฉพาะกรณีที่ประสบความสำเร็จของการให้บริการหรือการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการที่อยู่ในชุมชนเท่านั้น แต่รวมถึงกรณีที่ล้มเหลวหรือไม่ประสบความสำเร็จ หรือยังคงเป็นปัญหาที่ต้องหาทางออกเพื่อหาวิธีแก้ไข กรณีที่น่าสนใจในที่นี้แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

ก. กรณีที่เป็นการให้บริการ เน้นที่การให้บริการในระดับรายบุคคลและครอบครัว ทั้งการให้บริการด้านการรักษาโรค การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยง การฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกรณีที่เห็นความจำเป็นของการให้บริการของสถานบริการที่อยู่ในชุมชน ทั้งในสถานบริการ ที่บ้านหรือชุมชน รวมถึงการเป็นผู้เอื้อและสนับสนุน (Facilitator) ช่วยให้สมาชิกในชุมชนได้ช่วยกันเอง ตลอดจนกรณีที่น่าสนใจในการตามไปเยี่ยมสมาชิกในชุมชนที่ไปรับบริการอยู่ที่โรงพยาบาล

ข. การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ควรให้ความสำคัญกับประเด็นที่นำไปแลกเปลี่ยนที่ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ ทั้งที่เป็นการประชุมกับ อบต. อสม. กลุ่มย่อยในชุมชน และสมาชิกทั่วไปในชุมชน ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นที่มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับสมาชิกในชุมชน และมีการนำประเด็นที่มีการตัดสินใจร่วมกันนั้น ไปสู่การดำเนินการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ

ค. การออกแบบ และการใช้เครื่องมือ หรือระบบ ที่เพิ่มความสะดวกในการให้บริการ และติดต่อคุณภาพบริการ เช่น ประโยชน์ ปัญหา หรืออุปสรรคของการใช้แฟ้มอนามัยครอบครัว แผนที่เดินดิน ผังครอบครัว แฟ้มปฏิทินวันนัด บัตร หรือทะเบียนต่างๆ การทำงานเป็นทีม องค์ประกอบของทีม การประชุมเชิงบริหารจัดการภายในทีม การประชุมเชิงวิชาการภายในทีม การ

จัดตั้งกองทุนชุมชนต่างๆ การคัดแปลงวิธีการจ่ายเงิน ทั้งนี้รวมไปถึงวิธีการบริหารจัดการอื่นๆ ที่น่าสนใจ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2553)

2.2 การจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษากับผู้ให้บริการปฐมภูมิที่อยู่ในชุมชน

การจัดระบบให้มีการให้คำปรึกษา หมายถึง เมื่อผู้ให้บริการปฐมภูมิที่อยู่ในชุมชน ต้องการความช่วยเหลือในกรณีขาดความมั่นใจในองค์ความรู้เชิงวิชาการในการให้บริการ จะได้รับคำปรึกษา ด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้ให้คำปรึกษา แพทย์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หรือผู้รับผิดชอบ ผ่านอุปกรณ์การสื่อสารในหลายช่องทางประกอบกัน เช่น โทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร E-mail โปรแกรมเฉพาะที่สามารถสื่อสารผ่าน Internet การให้คำปรึกษาในที่นี้แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ การให้คำปรึกษาในทันที และการให้คำปรึกษาโดยทั่วไป ทั้งนี้การจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษา มีส่วนช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ และช่วยทำให้การนิเทศงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2553)

2.3 การจัดระบบให้มีการไปเยี่ยมสมาชิกในชุมชนที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยผู้ให้บริการปฐมภูมิ

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการที่อยู่ในสถานบริการที่อยู่ในชุมชน กับสมาชิกในชุมชน มีความสัมพันธ์ในลักษณะคล้ายญาติ เมื่อไรก็ตามที่สมาชิกในชุมชน ได้รับบริการการดูแลสุขภาพที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และมีผู้ให้บริการที่อยู่ในสถานบริการที่อยู่ในชุมชนมาเยี่ยม จะช่วยเพิ่มความสัมพันธ์และความไว้วางใจต่อกัน (Trust) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในชุมชน

นอกจากนี้การเยี่ยมพูดคุย และแลกเปลี่ยนกับผู้รับบริการโดยตรง รวมถึงการอ่านบันทึกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ จะเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และจะช่วยเพิ่มคุณภาพของการให้บริการที่โรงพยาบาล ด้วยการให้ข้อมูลเพิ่มในฐานะที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2553)

มีการนำแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ไปใช้ในหลายพื้นที่ โดยแต่ละแห่งมีแนวทางการดำเนินงานที่โดดเด่นแตกต่างกันไป ไม่ได้ครอบคลุมทุกกิจกรรมการเรียนรู้ เริ่มจากกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทตนเอง แล้วจึงขยายต่อไปยังกิจกรรมอื่น (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2553; โชคชัย ดีโทชวลิต & เสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ, 2552; สมชาย ภาณุมาศวิวัฒน์, 2552; สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ, 2552; สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, 2552) (ตารางที่ 7)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการนำแนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ จากแพทย์สอนพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยังไม่มีมีการนำแนวคิดการจัด

ตารางที่ 7 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ประสบการณ์เป็นฐาน

สถานบริการ	รูปแบบกิจกรรม
ร.พ. รายีไสล ¹ จังหวัดศรีสะเกษ	▪ การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ▪ การเรียนโดยใช้สถานีอนามัยเป็นฐาน ▪ การอภิปรายกรณีศึกษา
ร.พ. มหาราชนครราชสีมา ² จังหวัดนครราชสีมา	▪ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ ▪ การฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว ▪ การพัฒนาแนวปฏิบัติ ▪ การส่งเสริมการวิจัยบริการปฐมภูมิ ▪ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
ร.พ. ภาชี/ศูนย์แพทย์ชุมชนพระนครศรีอยุธยา ³ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	▪ การพัฒนาการเชื่อมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ
ร.พ. เทพา ⁴ จังหวัดสงขลา	▪ การฝึกอบรมบุคลากรใหม่ ▪ การฝึกอบรมพื้นความรู้ ▪ การนิเทศงานแนวใหม่ ▪ การสร้างระบบการให้คำปรึกษา ▪ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ร.พ. ตากลิ ⁵ จังหวัดนครสวรรค์	▪ การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ▪ การอภิปรายกรณีศึกษา
ร.พ. ท่าตะโก ⁵ จังหวัดนครสวรรค์	▪ การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ▪ การนิเทศงาน ▪ ตามเยี่ยมที่โรงพยาบาล ▪ การอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่/เปลี่ยนตำแหน่ง ▪ การอภิปรายกรณีศึกษา
ร.พ. คลองขลุง ⁵ จังหวัดกำแพงเพชร	▪ การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ▪ การอภิปรายกรณีศึกษา ▪ การสร้างระบบการให้คำปรึกษา ▪ การทำคู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์
ร.พ. ขาณุวรลักษณบุรี ⁵ จังหวัดกำแพงเพชร	▪ การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ▪ การสร้างระบบการให้คำปรึกษา ▪ การจัดทำ Care map การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่าย

ตารางที่ 7 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ประสบการณ์เป็นฐาน (ต่อ)

สถานบริการ	รูปแบบกิจกรรม
ร.พ. ภัทน์ ⁵ จังหวัดอุทัยธานี	▪ การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ▪ การอภิปรายกรณีศึกษา ▪ ตามเยี่ยมที่โรงพยาบาล ▪ การตั้งศูนย์การเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน
ร.พ. สว่างอารมณ์ ⁵	▪ การเรียนโดยใช้สถานีอนามัยเป็นฐาน ▪ การอภิปรายกรณีศึกษา ▪ ตามเยี่ยมที่โรงพยาบาล ▪ การสร้างระบบการให้คำปรึกษา
ร.พ. มโนรมย์ ⁵ จังหวัดชัยนาท	▪ การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ▪ การอภิปรายกรณีศึกษา ▪ การพัฒนา Web blog
ร.พ. ตะพานหิน ⁵ จังหวัดพิจิตร	▪ การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ▪ การอภิปรายกรณีศึกษา ▪ การเยี่ยมบ้านของสหสาขาวิชาชีพ
ร.พ. บางมูลนาก ⁵ จังหวัดพิจิตร	▪ การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ▪ การอภิปรายกรณีศึกษา ▪ การเยี่ยมบ้าน ▪ การพัฒนาภูมิปัญญาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ที่มา:

1. สมชาย ภาณุมาศวิวัฒน์. (2552). กรอบแนวคิด หลักการและแนวทาง การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context based learning) เล่ม 5 กรณีศึกษา อำเภอราษีไศล: การใช้โรงพยาบาลและสถานีอนามัยเป็นฐานการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
2. สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ. (2552). กรอบแนวคิด หลักการและแนวทาง การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context based learning) เล่ม 4 กรณีศึกษา จังหวัดนครราชสีมา: การฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพ เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
3. โชคชัย ลีโทชาลิต และเสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ. (2552). กรอบแนวคิด หลักการและแนวทาง การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context based learning) เล่ม 3 กรณีศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา: การพัฒนางานเยี่ยมบ้านอำเภอและกาพัฒนาบริการปฐมภูมิอำเภอพระนครศรีอยุธยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
4. สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ. (2552). กรอบแนวคิด หลักการและแนวทาง การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context based learning) เล่ม 2 กรณีศึกษา อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา: การฝึกอบรม การนิเทศ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
5. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. รายงานการศึกษา การพัฒนาศักยภาพกำลังคนในบริการปฐมภูมิ โดยใช้แนวคิดการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ที่นำแนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เรียนในพื้นที่จากสถานการณ์จริง โดยใช้ทรัพยากรในพื้นที่ที่มีอยู่ทั้งด้านกำลังคนทั้งผู้สอนและผู้เรียน สถานที่ในการจัดการเรียนการสอน อุปกรณ์การสอน ในพื้นที่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูง ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข การศึกษานี้จึงสนใจในการนำแนวคิดดังกล่าวสู่การปฏิบัติจริงในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในบริการปฐมภูมิ และในชุมชน พบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครด้านสุขภาพในชุมชนที่เป็นประชาชนในประเทศรายได้ต่ำ และปานกลางมีความโดดเด่น โดยเฉพาะโรคติดต่อ ในปีค.ศ. 1990 นอกจากนี้พบว่าในระบบบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจและการสร้างหุ้นส่วนเครือข่ายกับองค์กรชุมชน การให้บริการแก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชน (Witmer 1995) เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในหลากหลายประเด็น อันทำให้เกิดโปรแกรมในกลุ่มอาสาสมัครด้านสุขภาพในชุมชน ที่หลากหลาย

จूरรัตน์ ลิ้มปวิทยากุล (2545) ได้ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอวังสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาส่วนการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ อสม. การสนทนากลุ่ม อสม.และประชาชนและการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ส่วนการของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ร้อยละ 63.44 กิจกรรมที่มีส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 80.00 เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข และสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมที่มีส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขน้อยกว่าร้อยละ 50.00 เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะ ความชำนาญ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ได้แก่ การได้รับการนิเทศงาน จำนวนครั้งของการได้รับการนิเทศงาน การประชุมต่อเนื่อง จำนวนครั้งของการได้รับการประชุมต่อเนื่อง การรับรู้บทบาทหน้าที่ จำนวนสวัสดิการ ขวัญกำลังใจที่ได้รับ การศึกษาดูงาน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ด้านสถานที่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านบริหารจัดการ ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน ด้านชุมชน มีข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข ดังนี้ จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้เป็นเอกเทศในที่ที่เหมาะสม และมีอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่เวร

ประจำโดยให้สวัสดิการพิเศษแก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติประจำพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขและบริการที่มีในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ให้พร้อมโดยใช้งบประมาณสาธารณสุขมูลฐานขอสนับสนุนจากองค์กรเอกชน สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรหรือเงินบริจาค ส่วนกลางพิจารณาให้งบประมาณสาธารณสุขมูลฐานมากขึ้น ปรับปรุงระเบียบการใช้จ่ายเงินงบประมาณให้กระชับขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยเหลือผู้เดือดร้อนการใช้จ่ายเงินงบประมาณ และเตรียมชุมชนให้มีความพร้อมมากขึ้น ส่วนข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบทบาทที่ไม่ควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติได้แก่ การชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์ การนำตรวจร่างกายของชำ การแนะนำประชาชนเจาะเลือดตรวจหาเชื้อมาลาเรีย การตรวจปัสสาวะด้วยแถบตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ เพื่อจัดการสิ่งแวดล้อม ในชุมชน บทบาทที่ควรมีเพิ่มเติม ได้แก่ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด การให้น้ำเกลือ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2549) ได้ศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง: การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่มีความสามารถในการทำงานให้เสร็จสิ้นได้ ในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การสำรวจรวบรวมข้อมูล การรณรงค์ป้องกันโรค แต่มีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกรณีศึกษาต่างๆ ได้ชี้ให้เห็นนวัตกรรมและรูปแบบของอาสาสมัครในการพัฒนาสุขภาพที่หลากหลาย นับแต่การเป็นอาสาสมัครในโรงพยาบาล จนถึงการเป็นอาสาสมัครบรรเทาภัยพิบัติ รูปแบบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับ อสม. ในสังคมไทยได้ก้าวหน้าจนเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น

แสงเทียน อัจฉิมาน (2549) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินศักยภาพของ อสม. ในชุมชน ได้แก่ ความรู้ทักษะ ความสามารถ บทบาทของ อสม. กรอบการทำงานวิธีการทำงาน และขีดความสามารถในงานที่ควรพัฒนา ผลการศึกษาพบว่า ความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนใหญ่ อสม. มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดี ส่วนความรู้ด้านสาเหตุและอาการโรคและการรักษาพยาบาลของ อสม. ส่วนใหญ่ อสม. มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดี เช่นกัน ส่วนผลการศึกษาที่ ทักษะและความสามารถในการทำงานของ อสม. พบว่า อสม. โดยรวมมีทักษะในการทำงานค่อนข้างน้อย และ ทักษะที่มีค่อนข้างมากคือ การให้คำแนะนำชาวบ้านในเรื่องการฉีดวัคซีน และการเฝ้าระวังทางโรคระบาด ทักษะที่มีค่อนข้างน้อยคือ การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การคิดริเริ่มทำงานใหม่ๆ การเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ และการเจรจาต่อรอง

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ (2550) ได้จัดทำโครงการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานด้านการจัดทำแผนสุขภาพในชุมชนตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงรวมทั้งเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสร้างกระแสการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนอย่างทั่วถึง ผลการศึกษา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดำเนินงานตรวจวัด และเฝ้าระวังทางสุขภาพในชุมชนได้ สามารถค้นหาปัญหาสุขภาพในชุมชน และสามารถจัดทำแผนสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน

จากการศึกษาของ Hae-Ra Han, K. B. Kim & M. T. Kim (2006) ศึกษาเรื่อง การประเมินผลการอบรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง ประเทศเกาหลี โดยจัดโปรแกรมการอบรมให้กับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มนี้ จำนวน 48 ชั่วโมง พบว่า ภายหลังจากอบรมระดับความรู้ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ร้อยละ 70 ระดับการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน อยู่ในระดับที่พึงพอใจด้วยการสังเกตของผู้วิจัย 2 คน ที่สามารถแสดงบทบาทการเป็นผู้ริเริ่มทางด้านสุขภาพ (Health initiator) ตัวแทนประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ (Health advertising agent) และแบบอย่างทางด้านสุขภาพ (Health role model)

จากการศึกษาของ Khurshid Alam, Sakiba Tasneem & Elizabeth Oliveras (2012) ศึกษาเรื่อง ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนใน Dhaka urban slums ประเทศบังกลาเทศ พบว่า สิ่งจูงใจทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้การได้รับการยกย่องทางสังคม และการได้รับข้อมูลย้อนกลับเชิงบวกเป็นปัจจัยที่ไม่ใช่ทางการเงิน (Non-financial factors) ที่สำคัญในการปฏิบัติงานของกลุ่มอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน ดังนั้นการพัฒนาผลการปฏิบัติงานควรคำนึงถึงปัจจัยทั้งด้านการเงินและไม่ใช่งานการเงิน

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข และเพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยในบทนี้จะนำเสนอ ระเบียบวิธีวิจัย ขั้นตอนวิธีการในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการดำเนินงาน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมในโครงการ ฯ ร่วมกับทีมมหาวิทยาลัยนเรศวรและทีมผู้ให้บริการ ทีม อสม. ในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม สร้างกระบวนการเรียนรู้ ตามบริบทของพื้นที่ที่มีความจำเพาะต่างกัน โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงาน ระดับ ตำบล อำเภอ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน มีการผสมผสานกิจกรรมการเรียนรู้เข้ากับกิจกรรมการให้บริการตามปกติ และใช้หลักการการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ มาใช้ในการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัย (Stringer, 2007)

3.2 ขั้นตอนวิธีการในการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

1. ระยะการมองสถานการณ์ (Look phase): รวบรวมข้อมูล ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ ฯ โดยทำการประเมินสถานการณ์ก่อนการจัดกิจกรรมให้กับ อสม.
2. ระยะการคิดวิเคราะห์ (Think phase): ค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ ฯ ร่วมกัน เพื่อกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนารูปแบบการดำเนินงานการจัดการเรียนการสอน อสม. ตามบริบทพื้นที่ในรูปแบบของกิจกรรมหลักและกิจกรรมเสริม
3. ระยะปฏิบัติการ (Act phase): ขั้นตอนนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะวางแผน (Planning phase): ขั้นตอนนี้วางแผนการดำเนินกิจกรรมร่วมกับหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ ฯ โดยมีแนวทางในการจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนทั้งกิจกรรมหลักและกิจกรรมเสริม

3.1.1 กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย

- 1) การเรียนโดยใช้สถานีอนามัยที่ตั้งในตำบลเป็นฐาน
- 2) การเรียนโดยใช้บริบทของผู้เรียนเป็นฐาน

3.1.2 กิจกรรมเสริม ประกอบด้วย

- 1) การจัดให้มีการอภิปรายกรณีศึกษาอย่างเป็นระบบ
- 2) การจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษา
- 3) การทำงานในชุมชน

3.2 ระยะดำเนินงาน (Implementation phase): ขั้นตอนนี้ดำเนินกิจกรรมร่วมกับหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ ฯ ตามแผนที่วางไว้ตามบริบทของพื้นที่ที่มีความจำเพาะต่างกัน โดยกิจกรรมการเรียนรู้นั้นได้ถูกกำหนดร่วมกันในระบะการคิด (Think phase)

3.3 ระยะประเมินผล (Evaluation phase): ขั้นตอนนี้ ดำเนินการประเมินผลหลังการจัดกิจกรรม โดยรูปแบบการประเมินผลจะออกแบบให้เหมาะสมกับกิจกรรมนั้น ประเมินตามวัตถุประสงค์ และตัวชี้วัด ของแต่ละกิจกรรม ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ ฯ อย่างชัดเจน และจัดให้มีการอภิปรายกลุ่มร่วมกันกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ ฯ เพื่อสรุปบทเรียนและถอดบทเรียนร่วมกัน (ตารางที่ 8)

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา

3.3.1 ระยะการมองสถานการณ์ (Look phase) เก็บข้อมูลด้วยการจัดประชุม (Meetings) จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในกลุ่มคณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอพรหมพิราม ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนด้านบริการปฐมภูมิจากโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประธานชมรม อสม. เลขาธิการชมรม อสม. อำเภอพรหมพิราม ครั้งที่ 2 ประชุมชมรม อสม. อำเภอพรหมพิราม ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 150 คน ประกอบด้วยประธานชมรม อสม. เลขาธิการชมรม อสม. หัวหน้า อสม. ในแต่ละตำบล หมู่บ้าน รวมประชากร 180 คน

3.3.2. ระยะการคิดวิเคราะห์ (Think phase)

1) การสำรวจประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอพรหมพิราม จำนวน 2,163 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างของ (Cochran W. G., 1977) โดยใช้แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert scale) กำหนดค่ายอมรับขอบเขตของความผิดพลาด) margin of error (เท่ากับ 3% และค่าแอลฟาของ $p = .05$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 171 คน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

ตารางที่ 8 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระยะของการทำวิจัย (Stage)	วิธีการเก็บข้อมูล (Data collection)	เครื่องมือ (Instrument)	วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)	ความน่าเชื่อถือของ ข้อมูล (Trustworthiness)	ผลผลิต (Product)
1.ระยะการมองสถานการณ์ (Look phase)	การทบทวนเอกสาร การประชุมกลุ่ม	เอกสาร แบบบันทึกการประชุม	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา	การตรวจสอบสามเส้า แหล่งข้อมูล (Data source triangulation)	สถานการณ์ บริบทของ การทำงานของ อสม. ในการทำงาน ร่วมกับทีมวิชาชีพ ระดับปฐมภูมิ
2. ระยะการคิดวิเคราะห์ (Think phase)	การประชุมกลุ่ม การสำรวจ	แบบบันทึกการประชุม แบบสอบถาม	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา	การตรวจสอบสามเส้า แหล่งข้อมูล (บุคคล)(Data source triangulation; Person)	ความต้องการและความ จำเป็นในการ เรียนรู้ ของ อสม.
3. ระยะปฏิบัติการ(Act phase)					
3.1 ระยะวางแผน (Planning phase)	การสนทนากลุ่ม	แบบสัมภาษณ์แบบกึ่ง โครงสร้าง	วิเคราะห์แยกประเด็น	การตรวจสอบสามเส้า แหล่งข้อมูล (บุคคล)(Data source triangulation; Person) การยืนยันข้อมูล (Confirmability) การตรวจสอบหลังการ สนทนากลุ่ม (Peer debrief) การยืนยันข้อมูลโดย สมาชิก (Member check)	แผนการจัดการเรียนรู้ โดยใช้บริบทเป็น ฐาน ของ อสม.
3.2 ระยะดำเนินงาน (Implementation phase)	การสังเกต การบันทึกประจำวัน (Diary)	แบบสังเกต แบบบันทึกประจำวัน	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา		กระบวนการเรียนรู้ของ อสม. ตามบริบทพื้นที่
3.3 ระยะประเมินผล (Evaluation phase)	การสำรวจ	แบบสอบถาม	สถิติเชิงพรรณนา		ผลของการดำเนินงาน ของการจัดการ เรียนรู้ โดยใช้ บริบทเป็นฐาน ของ อสม.

จากรายชื่อของ อสม. จำแนกตามรายตำบลมาทำการสุ่มแบบจับฉลากโดยไม่มีการแทนที่ เป็น อสม. ที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนกับสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2) การสนทนากลุ่ม นำข้อมูลจากการสำรวจ มาออกแบบโปรแกรมการจัดการเรียน โดยใช้บริบทเป็นฐาน ในกลุ่มคณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอพรหมพิราม จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 6-8 คน ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนด้านบริการปฐมภูมิจากโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการสนทนากลุ่ม ในกลุ่ม อสม. จำนวน 1 กลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 7 คน ได้แก่ ประธานชมรม อสม. เลขาธิการชมรม อสม. อำเภอพรหมพิราม และประธาน อสม.

3) ระยะปฏิบัติการ (Act phase)

3.1 ระยะวางแผน (Planning phase) การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ อสม. จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

3.2 ระยะดำเนินงาน (Implementation phase) นำโปรแกรมที่ออกแบบใช้ในการอบรม อสม. โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วม จำนวน 5 แห่ง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยของการศึกษาที่ผ่านมาของกรรทอง คมรัตน์ปัญญา ชัยยง ขามรัตน์ และทองหล่อ เดชไทย (2010) มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายในกลุ่มทดลองเป็น 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็น 3 กำหนดค่า $power = 0.90$ และ $alpha = 0.01$ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ Stata version 11 สำหรับกลุ่มเดียว ได้ขนาดตัวอย่าง 34 คน เพื่อป้องกันการออกจากโปรแกรมระหว่างดำเนินการเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง 1) เป็น อสม. ที่ผ่านการอบรมการเป็น อสม. และขึ้นทะเบียนกับสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม 2) ไม่เคยได้รับการอบรมโดยใช้วิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อสาร โดยการพูดได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ

3.3 ระยะประเมินผล (Evaluation phase) ทำการประเมินผลโปรแกรมด้วยการวัดความรู้ การปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน และความพึงพอใจในการอบรมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 38 คน ซึ่งการประเมินตนเองของผู้เรียนว่าหลังเรียนมีความสามารถเพิ่มขึ้นมากน้อย

เพียงไร เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ในการทำงานร่วมกันในบริการปฐมภูมิในบริบทของชุมชน (ขงยุทธ, 2552)

3.4 การเก็บข้อมูล

3.4.1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการมองสถานการณ์ (Look phase) 2) ระยะการคิดวิเคราะห์ (Think phase) และ 3) ระยะปฏิบัติการ (Act phase) จำแนกได้ดังนี้

1) ระยะที่ 1 การมองสถานการณ์ (Look phase) เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้ได้แก่ แบบบันทึกการประชุม รายงานประจำปีของสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม โดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากการประชุม ประชุม รายงานประจำปี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์และสถานการณ์ บริบทของการทำงาน ของ อสม. ในการทำงานร่วมกับทีมวิชาชีพ

2) ระยะที่ 2 การคิดวิเคราะห์ (Think phase) เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้ได้แก่

ก. แบบสอบถาม ประยุกต์มาจากการศึกษาของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการปฏิบัติงานของ อสม. และส่วนที่ 3 ความรู้พื้นฐานของ อสม.

ข. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และรูปแบบการจัดอบรมที่เหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรหมพิราม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย (1) อาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรหมพิราม ควรมีความรู้ในประเด็นใดบ้าง (2) อาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรหมพิราม ควรมีความสามารถในการปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิและในชุมชน ประเด็นใดบ้าง (3) รูปแบบการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอพรหมพิราม เป็นอย่างไร (4) ผู้สอนและวิธีการสอน อาสาสมัครสาธารณสุข ที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอพรหมพิราม เป็นอย่างไร และ (5) ปัญหาและอุปสรรคในการอบรม อาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรหมพิราม มีอะไรบ้าง

3) ระยะที่ 3 ระยะปฏิบัติการ (Act phase) เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้ได้แก่

3.1 โปรแกรมการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการโรคเรื้อรัง
ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ทำการออกแบบผ่านการจัดประชุมร่วมกับทีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอพรหมพิราม ชมรม อสม. และทีมนักวิจัย ผ่านขั้นตอนการเตรียมการด้วยการรวบรวมองค์ความรู้จัดประชุม เรื่อง “การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน” ทบทวนวรรณกรรมการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน ให้กับเจ้าหน้าที่ และ อสม. และวิเคราะห์สถานการณ์

โรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอยะหริ่ง การอบรมที่จัดให้ และการอบรมที่ อสม. เข้าไปมีส่วนร่วม ประกอบด้วย กิจกรรมหลักและกิจกรรมเสริม ดังนี้

3.1.1 กิจกรรมหลัก: การเรียนโดยใช้สถานีอนามัยเป็นฐาน

3.1.2 กิจกรรมหลัก: การเรียนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การออกเยี่ยมบ้าน พร้อมเจ้าหน้าที่)

3.1.3 กิจกรรมเสริม :การอภิปรายกรณีศึกษาอย่างเป็นระบบ

3.1.4 กิจกรรมเสริม: การจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษา โดยมีรายละเอียด

โปรแกรมใน (ภาคผนวก ก)

3.2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ จำนวน 30 ข้อ การปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน จำนวน 14 ข้อ และความพึงพอใจ จำนวน 20 ข้อ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะแบบสอบถามวัดความรู้เป็นแบบถูก ผิด และแบบสอบถามการเยี่ยมบ้านและความพึงพอใจเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดย 3 หมายถึง ปฏิบัติได้มากและพึงพอใจมาก ส่วน 1 หมายถึง ปฏิบัติได้น้อยและพึงพอใจน้อย

3.4.2 วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพรหมพิราม ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา รายละเอียดและขอความร่วมมือในการจัดประชุมบุคลากร และอสม. พร้อมทั้งนัดเวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มทำการจัดประชุม การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และการจัดอบรม ในสถานที่ที่เตรียมไว้

3) การดำเนินการเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่กำหนดไว้ในแต่ละขั้นตอน การเก็บข้อมูลด้วยการจัดประชุมประมาณแล้วบันทึกผลการประชุมสรุปประเด็น การใช้แบบสอบถาม และการบันทึกเสียงในการสนทนากลุ่ม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 90 – 120 นาที

3.4.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การศึกษาเชิงปริมาณ

ระยะที่ 2 การคิดวิเคราะห์ (Think phase) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือดังกล่าวตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหา (Item-content validity index: I-CVI) เท่ากับ 1 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ อสม. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานของ อสม. ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาพรวมเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามรู้ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง 0.78

ระยะที่ 3 ระยะปฏิบัติการ (Act phase) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

3.1 โปรแกรมการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย กิจกรรมหลักและกิจกรรมเสริม นำโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐานที่ออกแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่ปรึกษาด้านบริการปฐมภูมิจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พยาบาลดูแลด้านบริการปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม และ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิจารณาเนื้อหา และรูปแบบการจัดกิจกรรม หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข โปรแกรมฯ

3.2 การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามและโปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามวัดความรู้ ได้ค่าเฉลี่ย I-CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงซึ่งคำนวณจากค่า KR 20 เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านและความพึงพอใจ ได้ค่าเฉลี่ย I-CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงซึ่งคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74 และ 0.83 ตามลำดับ

2) การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพที่ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องโดยมีวิธีการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

2.1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) คือความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของ ผู้ศึกษาเกี่ยวกับความจริงกับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องกันหรือไม่ โดยผู้ศึกษาดำเนินการ ดังนี้

ก. การใช้เวลาที่เหมาะสมในการสนทนากลุ่ม และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Extended engagement in the field) ในการเก็บข้อมูลตามวิธีการที่ใช้ เพื่อให้มั่นใจว่า

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่เป็นการสะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม ประมาณ 90 – 120 นาที

ข. การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้ของข้อมูล การศึกษานี้ใช้วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) แบบบุคคล (Personal Triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบของข้อมูลนั้นเก็บข้อมูลจากบุคคลที่ต่างกัน ซึ่งในการศึกษานี้ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนด้านบริการปฐมภูมิจากโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประธานชมรม อสม. เลขานุการชมรม อสม. อำเภอพรหมพิราม และประธาน อสม. แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบกัน

ค. การตรวจสอบโดยสมาชิก (Member checking) ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ โดยหลังจากที่ผู้วิจัยทำการถอดเทปเสร็จเรียบร้อยแล้วจะส่งบทสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ศึกษาทำการถอดเทปและถ่ายทอดความคิดของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างถูกต้อง

2.2) การยืนยันข้อมูล (Confirmability) หมายถึงข้อมูลสามารถตรวจสอบได้ (Inquiry Audit) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัยซึ่งการตรวจสอบจะสามารถตรวจสอบได้โดยผู้วิจัย รวบรวมเอกสารต่างๆ อย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ เช่น เทปบันทึกเสียง แบบบันทึกที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และบทสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription of interviews) เพื่อสามารถอ้างอิงแหล่งข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องซ้ำได้ตลอดเวลา

2.3) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) หมายถึงการที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับประชากรที่คล้ายคลึงกับที่ผู้วิจัยศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยได้มีการอธิบายเกี่ยวกับสถานที่ศึกษา การเลือกผู้ให้ข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย ไว้อย่างละเอียดชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจขั้นตอนการวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้กับประชากรอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ต่อไป (Lincoln & Guba, 1985)

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.5.1 การศึกษาเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. ใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูง (Maximum) ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. ด้วยการวิเคราะห์ไควสแควร์ และวัดความเข้มของความสัมพันธ์ทางสถิติโดย Cramer's V

3.5.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสารการประชุม และการสนทนากลุ่ม มาทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) (Waltz, et al., 2010) และอธิบายข้อค้นพบของข้อมูล

3.6 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น การให้ข้อมูล ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อ ให้ความยินยอมตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ได้รับโทษใดๆ การตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้ตอบทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ผลของการวิจัยนี้จะปรากฏในวารสารตีพิมพ์หรือถูกนำเสนอในรายงานการประชุม โดยไม่ถูกระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างในรายงาน และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยหรือได้รับการตีพิมพ์แบบสอบถาม เทปเสียงที่เก็บไว้ผู้วิจัยจะทำลายทั้งหมด

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง ด้วยการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์ในบริบทที่ปฏิบัติงาน หากพบว่ามีปัญหา ต้องการพัฒนา บนหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาระดับของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ทำการเก็บข้อมูลทั้งวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการศึกษานำเสนอ 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลบริบทพื้นที่ และข้อมูล อสม. อำเภอพรหมพิราม 2) ระดับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข 3) การนำรูปแบบการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานสู่การปฏิบัติ 4) กิจกรรมหลัก การเรียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ 5) กิจกรรมเสริม การเรียนในชุมชน: การเยี่ยมบ้าน 6) กิจกรรมเสริม: การอภิปรายกรณีศึกษาร่วมกัน และ 7) กิจกรรมเสริม: การให้คำปรึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลบริบทพื้นที่ และข้อมูล อสม. อำเภอพรหมพิราม

1.1 บริบทพื้นที่ อำเภอพรหมพิราม

เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม ดำเนินการภายใต้หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting unit of primary care; CUP) คือ โรงพยาบาลพรหมพิราม ดูแลประชากร 56,248 คน ประกอบด้วย 123 หมู่บ้าน จำนวน 15,102 หลังคาเรือน มี อสม. จำนวน 2,163 คน คิดเป็นอัตราส่วนของ อสม. ประมาณ 18 คน ต่อหมู่บ้าน ปัญหาสุขภาพที่พบ ได้แก่ 1) การพบผู้ป่วยรายใหม่ของเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 3) การขาดการออกกำลังกาย 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และ 5) ปริมาณสารเคมีตกค้างในกระแสดูดของเกษตรกร มีการพัฒนา อสม. มาอย่างต่อเนื่องด้วยการจัดอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล อำเภอ และจังหวัด เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม, 2555)

1.2 สถานการณ์โรคเรื้อรังอำเภอพรหมพิราม

ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอพรหมพิราม พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2551-2555 เป็น 2.35 2.57 2.64 3.07 และ 3.49 ตามลำดับ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2551-2555 เป็น 4.83 5.21 5.31 5.48 และ 5.79 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอพรหมพิราม ปี 2551 – 2555

ปี พ.ศ.	ประชากรกลางปี	DM		HT	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2551	88,443	2,082	2.35	4,274	4.83
2552	87,841	2,256	2.57	4,573	5.21
2553	87,865	2,318	2.64	4,664	5.31
2554	87,505	2,689	3.07	4,793	5.48
2555	86,309	3,009	3.49	4,975	5.79

ที่มา: รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม (2555)

ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอพรหมพิราม พบว่า อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2551-2555 เป็น 187.69 194.67 111.53 108.57 และ 183.06 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2551-2555 เป็น 433.05 286.88 135.44 155.42 และ 336 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 อุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอพรหมพิราม ปี พ.ศ. 2551 – 2555

ปี พ.ศ.	ประชากรกลางปี	DM		HT	
		จำนวน	อัตราต่อแสน	จำนวน	อัตราต่อแสน
2551	88,443	166	187.69	383	433.05
2552	87,841	171	194.67	252	286.88
2553	87,865	98	111.53	119	135.44
2554	87,505	95	108.57	156	155.42
2555	86,309	158	183.06	290	336.00

ที่มา: รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม (2555)

ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอพรหมพิราม พบว่า อัตราตายของโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2551-2555 เป็น 29.4 44.4 40.97 26.28 และ 24.33 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราตายของโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2551-2555 เป็น 24.87 23.91 27.85 34.28 และ 69.52 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอพรหมพิราม ปี พ.ศ. 2551 – 2555

ปี พ.ศ.	ประชากรกลางปี	DM		HT	
		จำนวน	อัตราต่อแสน	จำนวน	อัตราต่อแสน
2551	88,443	26	29.40	22	24.87
2552	87,841	39	44.40	21	23.91
2553	87,865	36	40.97	28	27.85
2554	87,505	23	26.28	30	34.28
2555	86,309	21	24.333	60	69.52

ที่มา: รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม (2555)

1.3 การดำเนินงานป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

การดำเนินงานคัดกรองเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง ในปี พ.ศ. 2554 และ 2555 มีความครอบคลุม ร้อยละ 93.70 และ 97.42 พบการคัดกรองพบว่า ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.3 มีระดับน้ำตาลน้อยกว่า 100 มก./ดล. แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 4.87 มีระดับน้ำตาลตั้งแต่ 126 มก./ดล. ขึ้นไป ถือว่ามีระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ ทำการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาต่อ อย่างเหมาะสม ต่อไป

ตารางที่ 12 ผลการคัดกรองเบาหวาน ในประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป

กิจกรรม	ค่า เป้า หมาย	ปี 2554		ปี 2555	
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
กลุ่มเป้าหมาย (ประชากรที่มี อายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด)	คน	35,832	35,832	33,006	
จำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	คน	33,574	93.70	32,156	97.42
- Verbal ปกติ	คน	24,244	67.66	16,024	49.83
- Verbal screening ผิดปกติที่ต้องส่งตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	คน	9,130	25.48	16,132	50.17

ตารางที่ 12 ผลการคัดกรองเบาหวาน ในประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป (ต่อ)

กิจกรรม	ค่า เป้า หมาย	ปี 2554		ปี 2555	
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
1.ระดับน้ำตาลน้อยกว่า 100 มก./ดล.	คน	7,467	82.79	13,600	84.30
2.ระดับน้ำตาล 100-125 มก./ดล.	คน	1,304	14.24	1,746	10.83
3.ระดับน้ำตาลตั้งแต่ 126 มก./ดล. ขึ้นไป	คน	359	3.93	786	4.87
ผู้ที่สงสัย (ระดับน้ำตาลตั้งแต่ 126 มก./ดล. ขึ้นไป) ส่งต่อพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย					
- ผู้สงสัย ส่งต่อและมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย	คน	359	100	786	100
- ผู้พบแพทย์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วย	คน	95	26.46	158	20.10

ที่มา: รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม (2555)

การดำเนินงานคัดกรองความดันโลหิตสูง ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ในปี พ.ศ. 2554 และ 2555 มีความครอบคลุม ร้อยละ 93.81 และ 92.10 ตามลำดับ พบการคัดกรอง พบว่า ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.8 มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 120/80 mmHg แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 7.14 มีระดับความดันโลหิตตัวบน อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่าง อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะต้องได้รับการป้องกันโรคในระยะที่ 1 (Primary prevention) และพบประชาชน ร้อยละ 4.19 ทำ เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 โดยมีระดับความดันโลหิต ตัวบน อยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิต ตัวล่าง อยู่ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท โดยประชาชน กลุ่มนี้จะต้องได้รับการรักษาต่อที่เหมาะสม (ตาราง 13)

ตารางที่ 13 ผลการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป

กิจกรรม	ค่า เป้าหมาย	ปี 2554		ปี 2555	
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
กลุ่มเป้าหมาย(ประชากรที่มี อายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ รับผิดชอบทั้งหมด)	คน	35,832		33,006	
จำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	คน	33,614	93.81	30,395	92.10
ผลการคัดกรอง					
1. ปกติ (BP<120/80 mmHg)	คน	26,973	75.28	27,624	90.88
2. Pre-HT (BP>=120-139/80-89 mmHg)	คน	5,028	14.02	2,170	7.14
3. HT Stage 1 (BP>=140-159/90-99 mmHg)	คน	1,233	3.44	1,275	4.19
4. HT Stage2 (BP>=160/100 mmHg)	คน	380	1.06	326	1.07
ผู้ที่ได้รับการคัดกรองสงสัยเป็นความดันโลหิตสูงส่งต่อพบ แพทย์เพื่อวินิจฉัย					
ผู้สงสัย ส่งต่อและมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย	คน	380	100	326	100
ผู้พบแพทย์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วย	คน	136	35.80	186	57.05

ที่มา: รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม (2555)

1.4 ปัญหา/อุปสรรค การดำเนินงาน การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอพรหมพิราม

1.4.1 ระบบข้อมูลข่าวสาร

- โปรแกรมฐานข้อมูลเรื่องโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังไม่รองรับการปฏิบัติงาน ไม่สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่มาประมวลผล และใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

- ระบบรายงานที่มีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอด ทำให้ยากต่อการรวบรวมรายงาน

1.4.2 เจ้าหน้าที่

- เจ้าหน้าที่ระดับตำบลมีภาระงานมาก

- เจ้าหน้าที่มีการปรับเปลี่ยน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

1.4.3 สิ่งสนับสนุน

• งบประมาณค่อนข้างล่าช้า ทำให้การดำเนินงานบางอย่างที่ต้องรองบประมาณนั้น
ต้องล่าช้าไปด้วย

1.5 จำนวน อสม ในพื้นที่ทั้งหมด ที่ดูแลประชากร

ตำบล	จำนวน หมู่บ้าน	จำนวน อสม. (คน)	จำนวน ประชากร (คน)	อัตราส่วน อสม.: ประชากร	รพ. สต. ที่ดูแล	สังกัด อบต.
1. พรหมพิราม	15	360			PCU.พรหมพิราม	- เทศบาลตำบลพรหมพิราม เฉพาะ บางส่วนของหมู่ที่ 1, 2 และ 12 - องค์การบริหารส่วนตำบลพรหมพิราม ครอบคลุมพื้นที่ตำบลพรหมพิราม (นอกเขตเทศบาลตำบลพรหมพิราม)
2. ท่าช้าง	13	116			รพ.สต.ท่าช้าง	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง
3. วังจ้อง	11	142			รพ.สต.นาชุม รพ.สต.วังจ้อง รพ.สต.บ้านวังมะ ค่าน	- เทศบาลตำบลวังจ้อง ครอบคลุมพื้นที่ ของตำบลวังจ้อง (เฉพาะหมู่ที่ 1 และ บางส่วนของหมู่ที่ 6 และตำบลมะค้อ เฉพาะบางส่วนของหมู่ที่ 6) - องค์การบริหารส่วนตำบลวังจ้อง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลวังจ้อง (นอกเขตเทศบาลตำบลวังจ้อง)
4. มะตูม	6	92			รพ.สต.มะตูม	องค์การบริหารส่วนตำบลมะตูม
5. หอกลอง	7	86			รพ.สต.หอกลอง รพ.สต.บ้านกระบัง	องค์การบริหารส่วนตำบลหอกลอง
6. ศรีภิรมย์	12	111			รพ.สต.ศรีภิรมย์	องค์การบริหารส่วนตำบลศรีภิรมย์
7. ตลุกเทียม	8	71			รพ.สต.ตลุกเทียม รพ.สต.บ้านหนอง สะแก	องค์การบริหารส่วนตำบลตลุกเทียม
8. วังวน	10	116			รพ.สต.วังวน	องค์การบริหารส่วนตำบลวังวน
9. หนองแวง	10	108			รพ.สต.หนองแวง รพ.สต.บ้านคลอง ตาล	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง
10. มะค้อ	11	90			รพ.สต.มะค้อ รพ.สต.บ้านหางไหล	องค์การบริหารส่วนตำบลมะค้อ
		120				

ตำบล	จำนวน หมู่บ้าน	จำนวน อสม. (คน)	จำนวน ประชากร (คน)	อัตราส่วน อสม.: ประชากร	รพ. สต. ที่ดูแล	สังกัด อบต.
11. ทับยายเชียง	6	70 88			รพ.สต.ศรีเจริญ รพ.สต.โนนนิคมทุ่ง สาน	องค์การบริหารส่วนตำบลทับยายเชียง
12. ดงประคำ	11	125 64			รพ.สต.ดงประคำ รพ.สต.บ้านท้อง โหลง	องค์การบริหารส่วนตำบลดงประคำ
รวม	123	2,163				

1.6 การพัฒนา อสม. ของพื้นที่

การพัฒนา อสม. เป็นงานสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งสนับสนุนตัวชี้วัดที่ 4 และ 9 ตามยุทธศาสตร์พัฒนาสาธารณสุข และนโยบายของสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

1.6.1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีการประชุม ชมรม อสม. ระดับอำเภอ อย่างต่อเนื่อง

1.6.2 ส่งเสริมแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขให้ได้รับการศึกษา พัฒนาต่อยอดความรู้ให้เพิ่มพูนขึ้น

1) การส่งเสริมการศึกษาต่อ กศน.ของ อสม. มีการเปิดศูนย์เรียนต่อ กศน.ของ อสม. จำนวน 17 ศูนย์ สถานที่รพ.สต.และ อบต.

2)จำนวน อสม.ที่กำลังศึกษาต่อ กศน.

- จำนวน อสม.ที่กำลังศึกษาต่อ กศน.ระดับประถมศึกษา 168 คน
- จำนวน อสม.ที่กำลังศึกษาต่อ กศน.ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 207 คน
- จำนวน อสม.ที่กำลังศึกษาต่อ กศน.ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 173 คน

3) จำนวน อสม.ที่กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาตรี จำนวน 10 คน โดยศึกษาที่มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลกสาขารัฐประศาสนศาสตร์

1.6.1 การพัฒนาศักยภาพ อสม.

1) การอบรม อสม.ใหม่ ตามหลักสูตรมาตรฐาน อสม. พ.ศ.2550 .

- จำนวน อสม.ใหม่ในปี 2555ทั้งหมด 64คน
- อสม.ใหม่ได้รับการอบรม จำนวน 64คน

•วันเดือนปีที่จัดอบรม 21- 25 พฤษภาคม 2555สถานที่ ศูนย์ประสาน
แผนพัฒนาอำเภอพรหมพิราม

2) การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.) .หลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข และ
หลักสูตรด้านสาธารณสุขอื่นๆ

- จำนวน อสม.ทั้งหมดในปี 2555ทั้งหมด 2,167คน
- ได้รับการอบรมอย่างน้อย คนละ 2วัน/ปี จำนวน 2,167คน คิดเป็น

ร้อยละ

1.6.2 หลักสูตรและเนื้อหาที่ อสม. ได้รับการอบรม (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 หลักสูตรการอบรม ระยะเวลา และจำนวน อสม. ที่เข้ารับการอบรมในปี พ.ศ. 2555

หลักสูตร/วิธีการที่พัฒนา อสม.	ระยะเวลา/สถานที่	จำนวน อสม.ที่ได้รับ การพัฒนา
การพัฒนาศักยภาพ อสม.ต่อเนื่อง	ทุก รพ.สต.ดำเนินการ	2,167 คน
การพัฒนาศักยภาพ อสม.หลักสูตร การจัดการในภาวะวิกฤต จัดการภัย พิบัติ	26- 27เมษายน 2555 ศูนย์ประสานแผนพัฒนาอำเภอพรหมพิราม	246คน
การพัฒนาศักยภาพ อสม. หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญ 10 สาขา	30- 31พฤษภาคม 2555 ศูนย์ประสานแผนพัฒนาอำเภอพรหมพิราม	400คน

1.6.5 การใช้แผนสุขภาพเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนในทุกพื้นที่
รพ.สต.มีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและมีกิจกรรมของชุมชนที่เกิดจากแผนสุขภาพ
ชุมชน อย่างน้อย 3 กิจกรรม/ตำบล กิจกรรมที่ดำเนินการในกลุ่ม ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การป้องกัน
โรคไข้เลือดออก จิตอาสา การออกกำลังกาย และกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค

1.6.6 การดำเนินงานโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน/โรงเรียน อสม.

มีการประชุมประจำเดือนของ อสม. และการแลกเปลี่ยนรู้หมู่บ้านต้นแบบ

1.6.7 การได้รับรางวัลของ อสม.

- จำนวน อสม.ดีเด่นตำบล 200 คน
- จำนวน อสม.ดีเด่นอำเภอ 10 คน

• อสม.อำเภอพรหมพิราม ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับจังหวัดพิษณุโลก ประจำปี 2555 จำนวน 3 ราย โดยมีรายชื่อ ดังนี้

1. นางมาลีนิษฐ์ สิงห์ศรี อสม.รพ.สต.มะด่าง ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น สาขา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

2. นางสุรีพรรณ เทพพิทักษ์ อสม.รพ.สต.บ้านกระบัง ได้รับการ คัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น สาขา ศสมช.และหลักประกันสุขภาพ

3. นายมาลีนิษฐ์ หวังเจริญ อสม.รพ.สต.หนองแขม ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น สาขา การจัดการสุขภาพ

ผลการศึกษา ในข้างต้น เป็นข้อมูลบริบทของพื้นที่อำเภอพรหมพิราม อยู่ในระยะการมองสถานการณ์ เป็นการศึกษาเอกสาร โดยพบว่า อำเภอพรหมพิราม มีทุน (Community asset) แฝงอยู่ การจะพัฒนา อสม. ในพื้นที่ไม่ต้องเริ่มใหม่ ใช้แนวคิดให้ชุมชนเป็นหุ้นส่วน โดยเปลี่ยนจากการที่เจ้าหน้าที่จัดให้ มาเป็นการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน โดยในขั้นตอนการมองสถานการณ์ (Look phase) จะต้องมีการศึกษาเอกสาร การหาข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ และอสม. เพื่อนำมาวางแผน อย่างรอบด้านในขั้นตอนการคิด (Think phase)

2. ระดับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

อัตราการได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 165 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.5 ความครบถ้วนของแบบสอบถามภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 92 กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 165 คน มีอายุเฉลี่ย 45.56 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.23) อายุต่ำสุด และอายุสูงสุด อยู่ในช่วง 22-71 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.8 สัดส่วนอสม. เพศชาย : เพศหญิง เป็น 1 : 4.5 อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.2 เป็นครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวของ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.3 เห็นด้วยกับการที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น อสม. นอกจากนี้ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อสม.ส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อสม. ส่วนใหญ่ รายได้มีค่ามัธยฐาน 5,000 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 20,000 บาท ระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 12.88 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.17) และอสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.9 มีตำแหน่งอื่นในชุมชนร่วมด้วย (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ลักษณะโครงสร้างประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 165)

ลักษณะโครงสร้างประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (45.56 ปี) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (8.23)		
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด (22-71 ปี)		
เพศ		
ชาย	30	18.2
หญิง	135	81.8
สถานภาพสมรส		
โสด	8	10.9
คู่	132	80.0
หม้าย/หย่า/แยก	15	9.1
ขนาดของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	139	84.2
ครอบครัวขยาย	26	15.8
ความเห็นของครอบครัวต่อการเป็น อสม.		
เห็นด้วย	154	93.3
ไม่เห็นด้วย	11	6.7
อาชีพ		
เกษตรกร	112	67.9
ค้าขาย	10	6.1
แม่บ้าน	11	6.7
ลูกจ้าง	30	18.2
เกษียณ	2	1.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	53	32.1
มัธยมศึกษา	98	59.4
อาชีวศึกษา	8	4.8
ปริญญาตรี	6	3.6

ตารางที่ 16 ลักษณะ โครงสร้างประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 165) ต่อ

ลักษณะโครงสร้างประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท)		
< 5,000	111	67.3
5,001-10,000	40	24.2
10,001-15,000	9	5.5
15,001-20,000	5	3.0
มัธยฐาน (5000 บาท) ต่ำสุด, สูงสุด (600,20000)		
ระยะเวลาในการเป็น อสม. (ปี)		
< 5	50	30.3
5-9	26	15.8
≥10	89	53.9
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็น อสม. (12.88 ปี) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (9.17)		
การดำรงตำแหน่งอื่น		
มีตำแหน่งอื่นในชุมชนนอกเหนือจากการเป็น อสม.	122	73.9
ไม่มีตำแหน่งใด นอกจากการเป็น อสม.	43	26.1

การศึกษาครั้งนี้ อสม. ประเมินตนเองโดยพบว่า ผลการปฏิบัติงานของ อสม. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.5 ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 28.4 อยู่ในระดับดี (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 คะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับผลการปฏิบัติงานของ อสม. (n = 165)

ระดับผล การปฏิบัติงานของ อสม.	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี	29-38	32.47	2.87	47	28.4
ปานกลาง	15-28	22.34	4.21	108	65.5
ปรับปรุง	10-14	12.50	1.96	10	6.1
รวม	-	-	-	165	100.0

อสม. ที่ปฏิบัติงาน ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ประเมินตนเองโดยพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.1 มีความรู้อยู่ในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 27.9 อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 คะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ของ อสม. (n = 165)

ระดับความรู้ของ อสม.	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน)คน(	ร้อยละ
มาก	15-19	16.48	1.03	114	69.2
ปานกลาง	10-14	12.65	1.43	41	24.7
น้อย	6-9	8.1	1.23	10	6.1
รวม	-	-	-	165	100.0

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชนและระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังจากนั้นนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. มาทดสอบระดับความเข้มข้นความสัมพันธ์ โดยหาค่าความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์ Cramer's V พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน มีค่าความเข้มข้นความสัมพันธ์เท่ากับ 0.161 ถือว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และระดับความรู้ มีค่าความเข้มข้นความสัมพันธ์เท่ากับ 0.323 ซึ่งถือว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรพพรพิราม จังหวัดพิษณุโลก (n = 165)

ตัวแปร	ผลการปฏิบัติงานของ อสม.		χ^2	df	P-value
	ปานกลางและปรับปรุง	ดี			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
เพศ					
หญิง	75 (55.6)	60 (44.4)	.781	1	.248
ชาย	14 (46.7)	16 (53.3)			
อายุ					
40 ปี ขึ้นไป	69 (56.1)	54 (43.9)	.906	1	.220
ต่ำกว่า 40 ปี	20 (47.6)	22 (52.4)			
สถานภาพสมรส					
โสด/แยก/หม้าย/หย่า	21 (63.6)	12 (36.4)	1.561	1	.146
คู่	68 (51.5)	64 (48.5)			

ตัวแปร	ผลการปฏิบัติงานของ อสม.		χ^2	df	P-value
	ปานกลางและปรับปรุง	ดี			
	จำนวน (%)	จำนวน(%)			
ขนาดครอบครัว					
ขยาย (> 5 คน)	13 (50.0)	13 (50.0)	.193	1	.410
เดี่ยว (4-5 คน)	76 (54.7)	63 (45.3)			
ความเห็นของครอบครัวต่อการเป็น					
อสม.	83 (53.9)	71 (46.1)	.002	1	.609
เห็นด้วย	6 (54.5)	5 (45.5)			
ไม่เห็นด้วย/เฉยๆ					
อาชีพ					
ประกอบอาชีพ	82 (53.2)	72 (46.8)	.446	1	.365
ไม่ประกอบอาชีพ	7 (63.6)	4 (36.4)			
การศึกษา					
มัธยมศึกษาขึ้นไป	59 (52.7)	53 (47.3)	.223	1	.381
ประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	30 (56.6)	23 (43.4)			
การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน					
ไม่มีตำแหน่งอื่น	29 (67.4)	14 (32.6)	4.268	1	.029*
มีตำแหน่งอื่น	60 (49.2)	62 (50.8)			
Cramer's V = .161 p-value = .039					
ระยะเวลาการเป็น อสม.					
> 5 ปีขึ้นไป	60 (52.2)	55 (47.8)	.476	1	.302
≤ 5 ปี	29 (58.0)	21 (42.0)			
ระดับความรู้					
ปานกลางและน้อย (8-14 คะแนน)	24 (52.2)	22 (47.8)	3.184	1	.035*
มาก (15-20 คะแนน)	65 (54.6)	54 (45.4)			
Cramer's V = .323 p-value = .031					

* กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < .05$

3) การนำรูปแบบการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานสู่การปฏิบัติ

จากการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในพื้นที่ จำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการในพื้นที่ จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 6-8 คน ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือผู้แทน สาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนด้านบริการปฐมภูมิจากโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการสนทนากลุ่ม ในกลุ่ม อสม. จำนวน 1 กลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 7 คน ได้แก่ ประธานชมรม อสม. เลขานุการชมรม อสม. อำเภอพรหมพิราม และประธาน อสม. โดยผู้วิจัยนำผลการศึกษาเชิงปริมาณนำเสนอ และวางแผน ในระยะคิดร่วมกัน เพื่อค้นหาวิธีการนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐานสู่การปฏิบัติ ผลการศึกษานำเสนอในประเด็น ดังนี้ ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรหมพิราม ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรหมพิราม รูปแบบและประเด็นการจัดอบรม อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สอนและวิธีการสอน อาสาสมัครสาธารณสุข ปัญหาและอุปสรรคในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

3.1 ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรหมพิราม

จากการที่รูปแบบโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป อำเภอพรหมพิรามมีประชากรผู้สูงอายุ มากขึ้น อัตราป่วยพบการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคจากพฤติกรรม และโรคจากการประกอบอาชีพ อสม. คือผู้ที่มิจิตอาสาสมัคร ต้องการช่วยเหลือประชาชนในชุมชน ในการเข้าถึงบริการและเป็น ผู้สื่อสารระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในระดับปฐมภูมิ ความรู้จึงต้องมีการพัฒนาให้ สอดคล้องกับการเกิดโรคในพื้นที่

อำเภอพรหมพิรามถือว่าเป็นชุมชนกึ่งชนบท เดินทางโดยรถยนต์เข้าเมืองพิษณุโลก ประมาณ 50 นาที แต่ว่าถนนหนทางดี เดินทางด้วยนี้สะดวก อสม. เรา ก็มีจัดอบรมทุกปี ส่วนใหญ่ชั่งน้ำหนักเด็ก วัดความดัน เจาะเลือดปลายนิ้ว เจ้าหน้าที่เราสอนให้ ช่วยกันได้ (P THPH 3)

โรคในพื้นที่ที่พบส่วนใหญ่จะคล้ายกับที่อื่น จะมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุก็ เริ่มมากขึ้น หนึ่งคนก็มีสองโรคเบาหวานกับความดันอยู่กัน เดียวนี้พบไขมันในเลือดสูง อัมพาต และมะเร็งมากขึ้น ในเด็กจะเป็นเด็กอ้วนและฟันผุ ส่วนในวัยทำงานจะเป็นสารเคมี ตกค้างในกระแสเลือด เพราะอาชีพหลักของคนที่นี่คือเกษตร เห็นได้ว่าความเจ็บป่วย เปลี่ยนไป ความรู้ของ อสม. ก็ต้องปรับให้ทัน (N CH 1)

เดี๋ยวนี้เวลาไปเยี่ยมบ้าน ไปกับหมอก็อุ่นใจ บ้านเราเดี๋ยวนี้แบบหมอว่า มีความคัน เบาหวาน เยอะ บางทีไปก็เจออัมพาต มีทั้งคนที่นอนอยู่ บางคนเค้ามีินหัวก็ให้ชั้นช่วยวัดความดัน กลัวเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เบาหวานนี่รู้ละ มีอาการ ความดันนี้เจ็บ บางทีไม่มีอาการ รู้อีกที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ชั้นว่าต้องบอกคนที่ เป็นความดันให้รู้ สังเกตตัวเองก่อนเลย (VHV P 4)

3.2 ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรหมพิราม

อสม. ในพื้นที่ มีตำแหน่งอื่นในสังคมที่หลากหลาย ส่งผลให้ อสม. ของอำเภอพรหมพิราม มีความสามารถในการประสานงานกับประชาชน รวมถึงความสามารถในการประเมินร่างกายเบื้องต้น ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รวมถึงการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และวัดความดันโลหิต

อสม. ในพื้นที่ของเรา มีบทบาทในการประสานงานกับประชาชนได้เป็นอย่างดี ส่วนใหญ่ อสม. จะมีตำแหน่งอื่นด้วย เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อย่างประธาน อสม. ของ พรหมพิราม เป็น เลขฯ สส. พื้นที่เลย หากขอความร่วมมือ ประชาชนก็จะง่าย (PH DHO 2)

อสม. จะผลัดเวรกันมาช่วยที่ รพ. สต. และลงพื้นที่ไปในชุมชนด้วยกันกับเจ้าหน้าที่ มาที่ รพ. สต. จะช่วยคัดกรองวัดสัญญาณชีพ และลงข้อมูล ค้นไข้ประจำครอบครัว หากลงไป เยี่ยมบ้าน ก็สามารถชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก สมาชิกในบ้าน วัดความดัน หรือหากเป็น เบาหวาน ก็เจาะเลือดปลายนิ้วได้ (N THPH 4)

หมอเค้าจะจัดให้พวกเราไปอบรมทุกปี หากทำบ่อย และเคยทำ ได้ฝึก ก็ทำได้ (VHV 2)

3.3 รูปแบบและประเด็นการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

รูปแบบการอบรมควรเป็นที่ รพ. สต. และในชุมชน โดยเนื้อหาการอบรมควรเป็นโรคเรื้อรังในพื้นที่: โรคหลอดเลือดสมอง โดยจำนวนครั้งและระยะเวลาในการอบรมต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการประกอบอาชีพ ของ อสม. เนื่องจาก อสม. เป็นกลุ่มคนที่มีจิตอาสาสมัครในพื้นที่ ต้องมีการดำเนินชีวิตและกิจกรรมของครอบครัว

เนื้อหาการอบรมควรจะเป็นเรื่องในพื้นที่ โดยดำเนินการเจาะจงโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง ก่อนเพื่อเป็นต้นแบบ จะทำให้มีความเฉพาะเจาะจงและสามารถประเมินผลความสำเร็จได้ง่ายและชัดเจน โดยมองว่าหากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง อาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยาก เปลี่ยนแปลงได้ช้า เมื่อมีการประเมินผลในระยะเวลาสั้น ผู้ที่ดูแล) อสม. (อาจขาดกำลังใจ เห็นว่า ควรเลือกผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ผู้ที่เป็น CVA เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วย CVA ในพื้นที่มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว (P DHO 3)

จำนวน case CVA มีให้เรียนรู้ทุก รพ.สต. โดยมาเรียนรู้ร่วมกันที่ รพ. สต. (N THPH 5)

คนเป็นอัมพาต ก็ดี บ้านเรา มีคนเป็นเยอะขึ้น ถ้าหมอสอน พวกเราเวลาไปเยี่ยมบ้าน จะได้ช่วยญาติดูแล (VHV 5)

ควรจัดอบรมและสอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ อสม. เกิดการเรียนรู้ และต้องเป็นเวลาที่ อสม. สะดวก ต้องดูฤดูกาลการทำนาของเค้าด้วย (PH THPH 5)

ถ้าจัดแล้ว เว้นระยะห่างนาน อสม. อาจจะลืม ดังนั้นกิจกรรมที่จัดต้อง กำหนดระยะเวลา และรูปแบบให้ชัดเจน ทั้งการให้ความรู้ การได้ทำจริงในพื้นที่ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับ อสม. (N THPH 6)

3.4 ผู้สอนและวิธีการสอน อาสาสมัครสาธารณสุข

ผู้สอนจะต้องสอนในภาษาที่ อสม. เข้าใจ เป็นการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน มีการยกตัวอย่าง และจัดกิจกรรม โดยใช้กรณีศึกษาในพื้นที่

ผู้สอนจะต้องไม่สอนภาษาวิชาการ ต้องมีการปรับการพูด มีกิจกรรมให้ อสม. ทำระหว่างการเรียน และเอาตัวอย่างในพื้นที่ มาร่วมในการให้ความรู้ เพื่อให้ อสม. เห็นภาพจริงในพื้นที่ (PH DHO 1)

กิจกรรมที่สอนต้องหลากหลาย ไม่ใช่เรียนแบบบรรยาย แต่ในห้องเรียน (N CH5)

การเรียนการสอน ต้องกระตุ้นให้ผู้เรียน ได้พูดถึงประสบการณ์ของตนเอง เพื่อเสริมหรือ
เพิ่มเติมประเด็นที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียน (N THPH 3)

3.5 ปัญหาและอุปสรรคในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการจัดอบรมที่ผ่านมา ได้แก่ ข้อจำกัดเรื่องเวลา การไม่ได้ใช้
สถานการณ์ในพื้นที่มาช่วยตัวอย่างในการสอน การใช้ภาษาทางวิชาการ และการประเมินการสอน

การอบรมที่ผ่านมา อสม. มาไม่ครบ เนื่องจากติดภารกิจ ครั้งนี้หากเราจะจัด อาจจะต้อง
วางแผน แจ้งล่วงหน้าและเตือนก่อนจัด อย่างต่อเนื่อง (PH THPH 7)

บางครั้งเรื่องที่อบรม ไม่มีกรณีศึกษาในพื้นที่ อสม. ไม่ได้ใช้ก็จะลืม (N THPH 4)

วิทยากรที่มีความเป็นนักวิชาการ และใช้คำศัพท์ที่เป็นภาษาวิชาการ อสม. จะเกรงใจ
เจ้าหน้าที่ ไม่กล้าถาม ดังนั้น วิทยากรจะต้องเปิดโอกาสให้มีการซักถาม คือประเมินการ
สอนของตนเองเป็นระยะ (VHV 1)

ผลจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องนำไปสู่การออกแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้
บริบทเป็นฐานในกลุ่ม อสม. แสดงในตารางที่ 20

ตามแนวคิดของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน กิจกรรมหลัก คือการเรียนรู้ที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการเรียนรู้ในชุมชน)การเยี่ยมบ้าน (ได้ดำเนินการแล้ว การเรียนรู้ที่
เป็นกิจกรรมเสริม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีอยู่แล้ว โดยไม่จำเป็นต้องผ่าน
กระบวนการเรียนรู้ในลักษณะ ได้เห็น ได้ทำ และทำได้ แต่มีส่วนช่วยทำให้กระบวนการเรียนมีความ
สมบูรณ์ยิ่งขึ้นประกอบด้วย ประกอบด้วย การอภิปรายกรณีศึกษา และการให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขแก่ อสม. ได้ดำเนินการออกแบบ

โปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการ
เรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐานที่ครบถ้วนทั้งกิจกรรมหลักและกิจกรรมเสริม ใช้ระยะเวลา 10
สัปดาห์ ทำการออกแบบผ่านการจัดประชุมร่วมกับทีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ
อำเภอ (คปสอ.) อำเภอพรหมพิราม ชมรม อสม. และทีมนักวิจัย ผ่านขั้นตอนการเตรียมการด้วยการ
รวบรวมองค์ความรู้จัดประชุม เรื่อง “การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน” ทบทวนวรรณกรรมการ

จัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน ให้กับเจ้าหน้าที่ และ อสม. และวิเคราะห์สถานการณ์โรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม การอบรมที่จัดให้ และการอบรมที่ อสม. เข้าไปมีส่วนร่วม ได้รูปแบบกิจกรรมการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน คือ 1) กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย 1.1) การเรียนโดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นฐาน จำนวน 24 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 วัน วันละ 3 ชั่วโมง คือ วันพุธ พฤหัสบดี และ 1.2) การเรียนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน)การเยี่ยมบ้าน (และ 2) กิจกรรมเสริม ประกอบด้วย 2.1) การอภิปรายกรณีศึกษา และ 2.2) การให้คำปรึกษาแก่ อสม. โดยเจ้าหน้าที่ (ตาราง 20)

ตาราง 20 หัวข้อการอบรม อสม. โรคระบบหลอดเลือดและลิ้นหัวใจ (อัมพาต) หลักสูตร 24 ชั่วโมง (กิจกรรมหลัก การจัดการเรียนการสอนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

การเรียน	หัวข้อการเรียน	วิธีการสอน	วิทยากร
สัปดาห์ที่ 1	■ อาสาสมัครสาธารณสุข คือใคร มีหน้าที่อะไร ■ การสร้างเครือข่ายและโอกาสในการพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ ■ การเรียนแบบใช้บริบทเป็นฐาน คืออะไร ทำไมต้องเรียนแบบนี้ ■ บทนำสู่โรคเรื้อรัง และความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)	บรรยาย ตอบคำถาม แลกเปลี่ยน ประสบการณ์	พื้นที่: คุณประเชิญ ทองจันทร์ พญ.ณัฏฐิณี พึ่งวรวัฒน์ ทีม มน.: ทุกท่าน (เสริม)
สัปดาห์ที่ 2	แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ■ การคัดกรอง การประเมินอาการเบื้องต้น ■ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ 2 ส ■ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแล ■ การเยี่ยมบ้านของ อสม. และการบันทึก ■ แนวทางการประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานแต่ละระดับ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์	พื้นที่: พรรณนา นาคทองคำ (รพ.พรหมพิราม) : ภายภาพบำบัด รพ. ทีม มน.: ทุกท่าน
สัปดาห์ที่ 3	■ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดย อสม. ■ การฟื้นฟูสุขภาพ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์	พื้นที่ : พยาบาลจิตเวช : ภายภาพบำบัด รพ. ทีม มน.: ทุกท่าน

ตาราง 21 โปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน

กิจกรรม	ครั้งที่	เนื้อหา
กิจกรรมหลัก การเรียนรู้โดยใช้ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเป็นฐาน	1	■ อาสาสมัครสาธารณสุข คือใคร มีหน้าที่อะไร ■ การสร้างเครือข่ายและโอกาสในการพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ ■ การเรียนแบบใช้บริบทเป็นฐาน คืออะไร ทำไมต้องเรียนแบบนี้ ■ บทนำสู่โรคเรื้อรัง และความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)
	2	■ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) ■ การคัดกรอง การประเมินอาการ โรคหลอดเลือดสมอง)อัมพาต (เบื้องต้น ■ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) ■ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ■ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ 2 ส ■ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแล
กิจกรรมหลัก การเรียนรู้โดยใช้ชุมชน เป็นฐาน (การเยี่ยมบ้าน)	3	■ การเยี่ยมบ้านของ อสม. และการบันทึก ■ แนวทางการประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานแต่ละระดับ
	4	■ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดย อสม. ■ การฟื้นฟูสุขภาพ
		■ คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจในการเยี่ยมบ้าน เช่น ผู้ที่ควบคุมโรคฯ ไม่ได้ ผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น ■ ศึกษารายละเอียดของผู้ป่วย หรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยม ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
	5	■ สาธิตการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) โดยเจ้าหน้าที่ ทีมผู้วิจัย และ อสม.
	6	■ อสม. และเจ้าหน้าที่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)
	7	■ อสม. และเจ้าหน้าที่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)
	8	■ อสม. และเจ้าหน้าที่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)และเจ้าหน้าที่นิเทศ
	9-10	■ การเลือกกรณีศึกษา เลือกผู้ป่วยที่ได้ร่วมออกฝึกปฏิบัติเยี่ยมบ้านพร้อมกับเจ้าหน้าที่ โดยพิจารณาเลือกผู้ป่วยที่มีประเด็นน่าสนใจเกี่ยวกับการให้บริการ

ตาราง 21 โปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (ต่อ)

กิจกรรม	ครั้งที่	เนื้อหา
กิจกรรมเสริม การนำเสนอกรณีศึกษา กิจกรรมเสริม การให้คำปรึกษา	9 -10	■ เจ้าหน้าที่กระตุ้นให้ อสม. ร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (อัมพาต) การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการคิดวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจวางแผนการให้บริการ อยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ที่เลี้ยง)
	ครอบคลุม ระยะเวลาการเข้า โปรแกรม จำนวน 10 สัปดาห์	■ เจ้าหน้าที่บันทึกเรื่องที่ อสม. ปรึกษา อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และวางแผนการพัฒนาในประเด็นที่เป็นส่วนที่ต้องเพิ่มเติมให้กับ อสม. .

4. กิจกรรมหลัก การเรียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ

กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 38 คน มีอายุเฉลี่ย 45.56 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.23) อายุต่ำสุด และอายุสูงสุด อยู่ในช่วง 20-55 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.11 เป็นเพศหญิง สัดส่วนอสม. เพศชาย : เพศหญิง เป็น 1 : 12 อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.58 มีสถานภาพสมรสคู่ อสม. และยังพบว่าส่วนใหญ่อ้อยละ 57.89 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.16 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ในส่วนของระยะเวลาในการเป็น อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.53 อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี เฉลี่ย 5.74 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.92)นอกจากนี้ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.74 เป็นสมาชิกของ อสม. และ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.68 มีตำแหน่งอื่นในชุมชนร่วมกับการเป็น อสม.(ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 ลักษณะโครงสร้างประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 38)

ลักษณะโครงสร้างประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (45.56 ปี) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (8.23)		
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด (20-25 ปี)		
เพศ		
ชาย	3	7.89
หญิง	35	92.11
สถานภาพสมรส		
โสด	4	10.53
คู่	31	81.58
หม้าย/หย่า/แยก	3	7.89
อาชีพ		
เกษตรกร	22	57.89
ค้าขาย	7	18.42
แม่บ้าน	3	7.89
ลูกจ้าง	4	10.53
เกษียณ	2	5.26
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	24	63.16
มัธยมศึกษา	5	13.16
อาชีวศึกษา	6	15.79
ปริญญาตรี	3	7.89
ตำแหน่งในการเป็น อสม.		
หัวหน้า	2	5.26
สมาชิก	36	94.74
การดำรงตำแหน่งอื่น		
มีตำแหน่งอื่นในชุมชนนอกเหนือจากการเป็น อสม.	28	73.68
ไม่มีตำแหน่งใด นอกจากการเป็น อสม.	10	26.32
ตำแหน่งในการเป็น อสม.		
หัวหน้า	2	5.26
สมาชิก	36	94.74

ตารางที่ 22 ลักษณะ โครงสร้างประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 38) (ต่อ)

ลักษณะโครงสร้างประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การดำรงตำแหน่งอื่น		
มีตำแหน่งอื่นในชุมชนนอกเหนือจากการเป็น อสม.	28	73.68
ไม่มีตำแหน่งใด นอกจากการเป็น อสม.	10	26.32

อสม. มีระดับความรู้ ภาพรวมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน อยู่ใน ระดับต่ำ สูงที่สุดร้อยละ 57.89 (Mean = 12.32, SD. = 4.26) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า ส่วน ใหญ่ มีระดับความรู้ อยู่ในระดับสูง สูงที่สุดร้อยละ 52.63 (Mean = 18.64, SD. = 3.92) ในส่วนของการ ปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านของ อสม. พบว่า อสม. มีระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน ภาพรวมก่อนการเข้า ร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน อยู่ในระดับต่ำ สูงที่สุดร้อยละ 36.84 (Mean = 6.72, SD. = 3.22) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน อยู่ใน ระดับสูง สูงที่สุดร้อยละ 50 (Mean = 11.41, SD. = 3.08) นอกจากนี้ในส่วนของระดับความพึงพอใจ ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.37 มีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94)(ตารางที่ 23)

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน และระดับความพึง พพอใจของอสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ บริบทเป็นฐาน ก่อนและหลังอบรม (n=38)

การแบ่งระดับ	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้				
ระดับสูง (คะแนนมากกว่า 21)	4	10.53	20	52.63
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 11-20)	12	31.58	12	31.58
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 10)	22	57.89	6	15.79
ระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน				
ระดับสูง (คะแนนมากกว่า 9.33)	9	23.68	19	50.00
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 4.66-9.33)	14	36.84	12	31.58
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 4.66)	15	39.48	7	18.42

การแบ่งระดับ	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม	การแบ่งระดับ	ก่อนการอบรม
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน
ระดับความพึงพอใจ				
ระดับสูง (คะแนนมากกว่า 13.33)	-	-	18	47.37
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 6.66-13.33)	-	-	14	36.48
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 6.66)	-	-	6	15.79

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน อสม. มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.26 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 18.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.92 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเพิ่มขึ้น 6.32 คะแนน (95% CI = 4.45 ถึง 8.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ในส่วนของการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน อสม. มีคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน เฉลี่ย 6.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.22 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน เฉลี่ย 11.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.08 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านก่อนและหลังเพิ่มขึ้น 4.69 คะแนน (95% CI = 3.25 ถึง 6.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 ผลการประเมินก่อนและหลังการอบรม (n=38)

ประเด็นการประเมิน	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ของข้อคำถาม	ก่อนอบรม	หลังอบรม	ค่าเฉลี่ยของ ผลต่าง Mean difference	t	p-value	95% CI ของ ผลต่าง
		Mean (SD.)	Mean (SD.)				
ความรู้	0-30	12.32 (4.26)	18.64 (3.92)	6.32	6.73	< 0.001*	4.45 ถึง 8.19
การปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน	1-14	6.72 (3.22)	11.41 (3.08)	4.69	6.49	< 0.001*	3.25 ถึง 6.13

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. กิจกรรมเสริม การเรียนในชุมชน: การเยี่ยมบ้าน

5.1 หลักการ

การเยี่ยมบ้านในการศึกษา ครั้งนี้ หมายถึง การดูแลสุขภาพโดยทีม อสม. และทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้คำแนะนำเรื่อง

การดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนหมู่บ้าน โดยมุ่งให้ อสม. สามารถทำงานเป็นทีม ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ หลังจากที่มีการบรรยายที่ รพ. สต. และได้จัดให้มีการปฏิบัติจริงในชุมชน

5.2 วิธีการ

5.2.1 คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจในการเยี่ยมบ้าน เช่น ผู้ที่ควบคุมโรคเรื้อรังไม่ได้ ผู้ด้อยโอกาสที่เป็นโรคเรื้อรัง

5.2.2 ศึกษารายละเอียดของผู้ป่วย หรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยม ให้ครอบคลุมทั้งหมด แบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

5.2.3 ติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. และ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่ โดยมีวิธีการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพและแนะนำทีมเยี่ยมบ้าน
- 2) ตรวจวัดสัญญาณชีพ คือ ชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิ และอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น น้ำหนักตัว ส่วนสูง เป็นต้น
- 3) ประเมินสภาพความเจ็บป่วยและ สภาพแวดล้อมอื่นๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งค้นหาปัญหา โดยใช้หลักการ INHOMESSS
- 4) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การปฏิบัติตน การดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลใกล้ชิด
- 5) ในกรณีที่ต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพจะมีการวางแผน ติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป พร้อมทั้งนัดหมายผู้ป่วยหรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยม ให้ทราบถึงแผนการเยี่ยมในครั้งต่อไป
- 6) หากพบว่าผู้ป่วยหรือกลุ่มที่ได้รับการติดตามเยี่ยม มีปัญหาที่ซับซ้อน หรือ จำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพก็จะนัดให้ผู้ป่วยมารับการปรึกษาจากแพทย์ต่อไป
- 7) ลงบันทึกรายละเอียดการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง และวางแผนรายละเอียดการเยี่ยมในครั้งต่อไป
- 8) ทำการประเมินรายเยี่ยม ด้วยแบบตรวจสอบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคอัมพาต (Post-Stroke Checklist; PSC) พัฒนาโดย Philip I. และคณะ ในปี ค.ศ. 2012 ทำการเผยแพร่โดยองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) แบบตรวจสอบ ฉบับนี้สร้างขึ้น เพื่อช่วยผู้ให้บริการสุขภาพระบุปัญหาและทำการช่วยผู้ป่วยโรคอัมพาต ในการฟื้นฟูสภาพ หรือส่งต่อเพื่อการรักษาได้ทันเวลา

9) ยุติการเยี่ยมในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายออกนอกเขตพื้นที่ ที่ทีมสุขภาพรับผิดชอบ หรือเมื่อผู้ป่วย และครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้แล้ว

กิจกรรมเสริมการเยี่ยมบ้านเป็นการนำจุดเด่น ของ อสม. คือ ความคุ้นเคยชาวบ้าน การพูดคุย ภาษาเดียวกับชาวบ้าน รู้ข้อมูลจริง ประเมินปัญหาได้เร็วกว่า เจ้าหน้าที่ เพราะรู้จักกัน แต่อาจไม่มั่นใจ ในความรู้ เช่น การประเมินอาการและทักษะการให้คำปรึกษา และการถ่ายทอดความรู้ให้กับญาติหรือ ผู้ดูแล ซึ่งการทำงานเป็นทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ. สต. จะมีการแลกเปลี่ยนจากเรื่องเล่าและ ทำการบันทึก

5.3 กำหนดการเยี่ยมบ้าน

5.3.1 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 1 พฤษภาคม 2556

แบ่งฐานการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 3 ฐาน)3 รพ.สต. (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สาธิต การเยี่ยมบ้านในชุมชนให้ อสม. ที่ได้รับการอบรมอย่างน้อย 1-2 ราย โดยมีทีมนักวิจัย ร่วมสังเกตการณ์

5.3.2 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 8 พฤษภาคม 2556

อสม. ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. อาจออกไปเยี่ยมบ้านโดยไม่มี เจ้าหน้าที่ได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งหากพบปัญหาปรึกษาเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

5.3.3 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 15 พฤษภาคม 2556

อสม. ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. อาจออกไปเยี่ยมบ้านโดยไม่มี เจ้าหน้าที่ได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งหากพบปัญหาปรึกษาเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

5.3.4 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 22 พฤษภาคม 2556

ติดตามนิเทศการเยี่ยมบ้านของ อสม. โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีมนักวิจัย หลังจากนั้น ประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และทีมนักวิจัย ร่วมคัดเลือกผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษา เพื่อนำเสนอเพื่อการเรียนรู้ในที่ประชุม

5.4 ผลการสังเกตการณ์เยี่ยมบ้าน

5.4.1 รพ.สต. หนองสะแก: บิริบท รพ.สต. หนองสะแก

ที่ตั้งอยู่ห่างจาก อำเภอพรหมพิรามประมาณ 30 กิโลเมตร อยู่ห่างจาก รพ.สต.วังมะด่าน 18 กิโลเมตร มีพื้นที่ติดกับอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย การรับบริการในระดับทุติยภูมิส่วนหนึ่งไปรับ บริการที่โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย ทั้งนี้เนื่องจากอยู่ใกล้กว่าโรงพยาบาลพรหมพิราม สะดวกในการ เดินทางมากกว่า

สถานีอนามัยตั้งอยู่ที่หมู่บ้านหนองสะแก ที่ตั้ง รพ.สต. อยู่กลางทุ่งนา ลักษณะบ้านเรือน ที่ตั้งค่อนข้างกระจัดกระจายในแต่ละหมู่ เนื่องจากประชาชนตั้งบ้านในที่ดินของตัวเองมากกว่าจะอาศัย

อยู่ร่วมกันในหมู่บ้าน การตั้งบ้านเรือน มักตั้งใกล้เคียงในกลุ่มญาติ เมื่อถามถึงเรื่องการเดินทางไปปฏิบัติงานในพื้นที่ อสม. บอกว่าต้องใช้พาหนะเดินทางช่วย

1) การสังเกตเยี่ยมบ้าน

มีการสาธิตการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หนองสะแก ผู้สาธิตเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยมี อสม. ร่วมสังเกตการณ์ 10 คน และมี ผอ.รพ.สต. ร่วมเยี่ยม โดยใช้พาหนะรถกระบะ 1 คัน และรถเก๋ง 1 คัน จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม 3 ราย เริ่มเยี่ยมตั้งแต่ เวลา 9.00 น. จนถึง 12.20 น. แล้วจึงมาประชุมร่วมกันที่ รพ.สต. รับประทานอาหารกลางวัน หลังจากนั้นร่วมกันสรุปผลการเยี่ยม และวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป

2) ผลการเยี่ยมบ้านและการวางแผนเยี่ยมบ้าน จากการสังเกตโดยทีมนักวิจัย

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชาย อายุ 75 ปี ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาประมาณ 3 ปี ภรรยาอายุ 73 ปีเป็นผู้ดูแล โดยมีบ้านของลูกตั้งอยู่บริเวณเดียวกัน 2 หลัง ทราบจากคำบอกเล่าของ อสม. ว่าลูกๆ และสะใภ้มีความสัมพันธ์อันดี แต่ไม่มีเวลามาดูแลเนื่องจากต้องประกอบอาชีพทำนา ต้องไปแต่เช้าและกลับในตอนเย็น

เมื่อแรกเริ่มผู้ป่วยดูแลตนเองดีมากหลังจากกลับจากโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดโดยการดึงรอกด้วยตนเองประมาณ 1 ปี หลังจากนั้นไม่ยอมทำ และรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในการรักษา ขณะพบผู้ป่วยนอน ไม่สามารถลุกนั่งได้ พูดไม่เป็นคำแต่สัมผัสถึงความรู้สึกดีใจทางสายตา และการพยายามส่งเสียงที่ทุกคนไม่อาจแปลความหมายได้ ปีบจับมือของพยาบาลวิชาชีพ ผู้สังเกตการณ์ และ อสม. ที่อยู่ใกล้ๆ ภรรยาและ อสม. เล่าให้ฟังว่า เมื่อผู้ป่วยมียังไม่มีการป่วยมีบุคลิกเข้าสังคม ด้วยการไปทำบุญที่วัดและช่วยส่วนรวมของชุมชนสม่ำเสมอ

อาการปัจจุบัน ผู้ป่วยแขนขาขวาอ่อนแรงทั้งสองข้าง ไม่ยอมให้ใครสัมผัส แต่ชอบให้หลานๆ บิบนวดมาเล่นอยู่ใกล้ๆ พยาบาลวิชาชีพได้ทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยจะร้องเสียงดัง สีหน้าบอกว่าปวดนอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามหลักการ INHOMESS อสม. ร่วมสังเกตการณ์และบันทึก

บทสรุปการเยี่ยมบ้าน: ความจำเป็นของผู้ป่วยรายนี้คือ การทำกายภาพบำบัด การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กำลังใจจากเพื่อนบ้านและครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้เยี่ยม โดยใช้แบบตรวจสอบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคอัมพาต (Post-Stroke Checklist; PSC) (ตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 1

ประเด็นการประเมิน	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน		วิธีการแก้ไขปัญหา
	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	
1. การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ		✓		✓	
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	✓		✓		แนะนำผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวัน
3. การเคลื่อนไหว	✓		✓		กระตุ้นให้ผู้ดูแลและญาติให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง
4. กล้ามเนื้อหดเกร็ง	✓		✓		- กระตุ้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด - ให้ผู้ป่วยดื่มรอก
5. ความเจ็บปวด	✓			✓	ปวดเวลาสัมผัส หรือทำกายภาพบำบัด ให้กำลังใจผู้ป่วยและทำต่อไป ภายหลังไม่ร้องปวดแล้ว
6. ความแปรปรวนในการควบคุมการขับถ่าย	✓			✓	มีปัญหาท้องผูก ผู้ดูแลใช้ยาระบายช่วยให้ดีขึ้น
7. การสื่อสาร	✓		✓		ให้กำลังใจ
8. อารมณ์	✓			✓	ให้กำลังใจ พาสีผู้ป่วยโรคเดียวกันมาที่อาคารดีขึ้นมากแล้วมาเยี่ยม
9. การรับรู้		✓		✓	
10. การดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต	✓		✓		ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ
11. ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว		✓		✓	

ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุประมาณ 80 ปี ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 4 ปี รูปร่างเล็ก สีหน้าแจ่มใส พูดคุยรู้เรื่อง รับประทานอาหารได้เอง ขณะไปเยี่ยมผู้ป่วยนั่งม้านั่ง การเดินใช้ walker ช่วยในการพยุงเดิน เนื่องจาก มีอาการแขนขาซ้ายยังอ่อนแรง ผู้ป่วยไปผ่าตัดตาต้อกระจกมาประมาณ 2 เดือน รู้สึกพอใจมากที่มองเห็นได้ชัดเจน ดีใจที่ทีม อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ. สต. มาเยี่ยมบ้าน ผู้ดูแล คือ ลูกสาว ลักษณะบ้านเป็นบ้านเดี่ยวกลางทุ่งนา ดิฉันคนที่สัจจรไปมาในหมู่บ้าน

จากการพูดคุยระหว่างพยาบาลวิชาชีพและอสม.พบว่า ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเอง
ปีบนิ้วและทำกายภาพบำบัดตนเอง จนกระทั่งลูกนั่งได้ รับประทานอาหารได้เอง ปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันได้ด้วยตนเอง

บทสรุปการเยี่ยมบ้าน: ความจำเป็นของผู้ป่วยรายนี้คือ การทำกายภาพบำบัดเพื่อ
ฟื้นฟูสุขภาพ (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 การตรวจสอบการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 2

ประเด็นการประเมิน	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน		วิธีการแก้ไขปัญหา
	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	
1. การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ		✓		✓	
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		✓		✓	
3. การเคลื่อนไหว	✓		✓		- แนะนำวิธีที่ถูกต้องในการ กายภาพบำบัดตนเอง - ให้อุปกรณ์ ได้แก่ ลูกบอล four point
4. กล้ามเนื้อหดเกร็ง	✓		✓		- แนะนำวิธีที่ถูกต้องในการ กายภาพบำบัดตนเอง - ให้อุปกรณ์ ได้แก่ ลูกบอล four point
5. ความเจ็บปวด		✓		✓	
6. ความแปรปรวนในการควบคุมการ ขับถ่าย		✓		✓	
7. การสื่อสาร		✓		✓	
8. อารมณ์		✓		✓	
9. การรับรู้		✓		✓	
10. การดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วย โรคอัมพาต	✓		✓		ให้กำลังใจ ผู้ป่วยช่วยเหลือ ตนเองได้ดี อยากเดินได้มีความ มุ่งมั่น
11. ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว		✓		✓	

ผู้ป่วยรายที่ 3 เพศหญิง อายุประมาณ 72 ปี เมื่อทีมเยี่ยมบ้านไปถึงสิ่งแรกที่สัมผัสคือกลิ่นปัสสาวะ ผู้ป่วยนอนบนที่นอนกับพื้นราบหน้าบ้านซึ่งมีอากาศร้อนอบอ้าว บริเวณด้านข้างของผู้ป่วย มีอาหารและน้ำวางใกล้ ๆ สีหน้าผู้ป่วยไม่แจ่มใส ทีมเยี่ยมบ้านรู้สึกอึดอัด อสม .เดินไปตามลูกสาวที่เป็นผู้ดูแลที่อยู่หลังบ้าน จากการสังเกตผู้ป่วยค่อนข้างถูกละเลยจากผู้ดูแล ทีมเยี่ยมบ้านทำการเก็บข้อมูล เพื่อนำมาวางแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมในครั้งต่อไป

บทสรุปการเยี่ยมบ้าน: ความจำเป็นของผู้ป่วยรายนี้คือ การปรับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ การสร้างความเข้าใจกับญาติ และการให้กำลังใจผู้ป่วย (ตารางที่ 27)

ตารางที่ 27 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 3

ประเด็นการประเมิน	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน		วิธีการแก้ไขปัญหา
	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	
1. การป้องกันการติดเชื้อ		✓		✓	
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	✓		✓		แนะนำผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวัน
3. การเคลื่อนไหว	✓		✓		กระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามเคลื่อนไหว โดยเฉพาะเวลาผู้ดูแลทำความสะอาดที่นอน
4. กล้ามเนื้อหดเกร็ง	✓		✓		กระตุ้น ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด
5. ความเจ็บปวด		✓		✓	
6. ความแปรปรวนในการควบคุมการขับถ่าย		✓		✓	
7. การสื่อสาร		✓		✓	
8. อารมณ์		✓		✓	
9. การรับรู้		✓		✓	
10. การดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต	✓			✓	ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ
11. ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว	✓		✓		สร้างความเข้าใจกับผู้ดูแลและญาติ วางแผนติดตามเยี่ยม

5.4.2 รพ. สต. ตลukkanกระเทียม: บริบท รพ. สต. ตลukkanกระเทียม

ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลตลukkanกระเทียม อยู่ห่างจาก รพ.สต.วังมะด่าน ประมาณ 4 เมตร อยู่เส้นทางถนนอำเภอพรหมพิราม -อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ห่างจากโรงพยาบาลพรหมพิราม 24 กิโลเมตร ลักษณะบ้านเรือนคล้ายๆ กับพื้นที่ รพ.สต.วังมะด่าน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงาน ประจำจำนวน 3 คน การรับบริการของผู้ป่วยตลอดเดือนคสมอง ให้มีความสำคัญกับบริการแบบตั้งรับมากกว่าเชิงรุก

การสังเกตเยี่ยมบ้าน

เจ้าหน้าที่ประชุมร่วมกับ อสม. เพื่อกำหนดแผนการเยี่ยมบ้าน แนวทางการเยี่ยมบ้าน โดยดำเนินการดังนี้

1.1) เจ้าหน้าที่กล่าวเพื่อเสริมกำลังใจในการเข้าร่วมเป็นจิตอาสา ในการดูแลประชาชนในพื้นที่

1.2) กำหนดแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกัน โดยเจ้าหน้าที่นำ Family Folder ของแต่ละครอบครัวที่ต้องเข้าเยี่ยม นำมาจัดกลุ่ม อสม. แบ่งหน้าที่เข้าเยี่ยม

1.3) ทบทวนความรู้เบื้องต้นจากการบรรยายใน รพ. สต. เกี่ยวกับขั้นตอนการเยี่ยม ประกอบด้วย

- เวลาที่เหมาะสมในการเยี่ยม การนัดหมายเข้าเยี่ยม
- การประเมินปัญหาของผู้ป่วยเบื้องต้น และการบันทึกการเข้าเยี่ยม
- สิ่งที่ต้องปรึกษาเจ้าหน้าที่ หรือปัญหาขณะเข้าเยี่ยม เพื่อการส่งต่อให้

เจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญ เช่น ผู้ป่วยข้อติด ควรปรึกษาพยาบาลบำบัดในการแก้ปัญหา

2) ผลการเยี่ยมบ้านและการวางแผนเยี่ยมบ้าน จากการสังเกตโดยทีมนักวิจัย

ผู้ร่วมทีมเยี่ยม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน

ผู้ป่วยรายที่ 1

ชายไทย วัย 78 ปี เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาประมาณ 3 ปี แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย ปฏิบัติเหลือกิจวัตรประจำวันได้เอง มีภรรยา คอยดูแลด้านอาหาร ความเป็นอยู่ คอยช่วยเหลือกิจกรรมบางส่วน ไม่ได้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีหมอบ้านมาฉีดยาเข้าเส้นบางครั้ง สุขภาพวันละ 15 มวน

ดำเนินการเยี่ยม โดยทีมเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่แนะนำตัวเอง ส่วน อสม.คุ้นเคยกับรายเยี่ยมอยู่แล้ว เจ้าหน้าที่ประเมินร่างกายเบื้องต้น และให้ อสม. ปฏิบัติเกี่ยวกับ การประเมินร่างกายเบื้องต้น เช่น การวัดสัญญาณชีพ และมีการสอนในขณะปฏิบัติงาน เนื่องจาก อสม. บางคนที่ยกมาเยี่ยมปฏิบัติไม่ถูกต้อง หลังจากนั้นทำการการประเมินปัญหาจากการซักประวัติ ร่วมกัน ส่วนที่ อสม. ไม่ได้ประเมิน เจ้าหน้าที่ ร่วมประเมิน เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน

บทสรุปการเยี่ยมบ้าน: ความจำเป็นของผู้ป่วยรายนี้คือ การฟื้นฟู ด้วยการทำ
กายภาพบำบัด และการดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต แนะนำการระมัดระวังอุบัติเหตุ
รวมถึงการปฏิบัติตัวในการงดยาเส้น โดยประสานกับทีมรพ.พรหมพิราม (ตารางที่ 28)

ตารางที่ 28 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 4

ประเด็นการประเมิน	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน		วิธีการแก้ไขปัญหา
	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	
1. การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ		✓		✓	
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		✓		✓	
3. การเคลื่อนไหว	✓		✓		แนะนำให้ครอบครัวจัด สถานที่เพื่อฟื้นฟูการทำงาน ของแขนขาข้างขวา แต่ ครอบครัวไม่ได้ปฏิบัติตาม คำแนะนำ
4. กล้ามเนื้อหดเกร็ง	✓		✓		แนะนำให้แก้ปัญหาข้อติดโดยการ บริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อ มือขวา ข้อไหล่ขวา รายเยี่ยม ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ
5. ความเจ็บปวด		✓		✓	
6. ความแปรปรวนในการควบคุมการ ขับถ่าย		✓		✓	
7. การสื่อสาร		✓		✓	
8. อารมณ์		✓		✓	
9. การรับรู้		✓		✓	
10. การดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วย โรคอัมพาต	✓		✓		-แนะนำการระมัดระวัง อุบัติเหตุเพราะหกล้มบ่อย แต่ รายเขี่ยยังคงหกล้มบางครั้ง -แนะนำการงดยาเส้น โดย ประสานกับทีมรพ.พรหม พิราม ยังคงงดยาเส้น เหมือนเดิม
11. ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว		✓		✓	

ผู้ป่วยรายที่ 2

หญิงไทย วัย 88 ปี เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาประมาณ 8 เดือน ไม่สื่อสาร แขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง มีบุตรสาว คอยดูแลอย่างใกล้ชิด รับการรักษาที่โรงพยาบาลพรหมพิราม

ดำเนินการเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่แนะนำตัวเอง ส่วน อสม.คุ้นเคยกับรายเยี่ยมอยู่แล้ว เจ้าหน้าที่ทบทวน การประเมินร่างกายเบื้องต้น การวัดสัญญาณชีพ และให้ อสม. ปฏิบัติ และเพิ่มเติม เรื่องการเจาะน้ำตาล เพื่อสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยให้ อสม. เจาะประเมินระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ซึ่ง อสม. ปฏิบัติได้ถูกต้อง นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่เพิ่มประเด็น การดูแลญาติ การให้กำลังใจเนื่องจาก ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ

บทสรุปการเยี่ยมบ้าน: ความจำเป็นของผู้ป่วยรายนี้คือ การสอนผู้ดูแล เรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้วยการพลิกตะแคงตัว และการดูแลแผลกดทับเดิม ไม่ให้เกิด การติดเชื้อ การทำกายภาพบำบัด การขับถ่าย การสื่อสาร อารมณ์การรับรู้ การดำเนินชีวิตภายหลัง การป่วยด้วยโรคอัมพาต และความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว (ตารางที่ 29)

ตารางที่ 29 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 5

ประเด็นการประเมิน	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน		วิธีการแก้ไขปัญหา
	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	
1. การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ	✓			✓	มีแผลกดทับที่ก้นกบ ได้มีการ ให้คำแนะนำเรื่องการดูแล บาดแผล ทำให้แผลดีขึ้น
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	✓		✓		แนะนำบุตรสาวในการดูแล กิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำได้ดี
3. การเคลื่อนไหว	✓		✓		แนะนำบุตรสาวในการดูแลพลิก ตะแคงตัวทุก 2-1 ชม.ปฏิบัติได้ดี
4. กล้ามเนื้อหดเกร็ง	✓		✓		แนะนำแก้ปัญหาข้อติดโดยการ บริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ดูแลได้แต่อาการไม่ดีขึ้น
5. ความเจ็บปวด		✓		✓	
6. ความแปรปรวนในการควบคุมการ ขับถ่าย	✓		✓		แนะนำบุตรสาวด้านการทำ ความสะอาดหลังขับถ่าย ดูแลได้ดี

ตารางที่ 29 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน		วิธีการแก้ไขปัญหา
	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	
7. การสื่อสาร	✓		✓		ส่งเสริมศักยภาพและให้กำลังใจ บุตรสาวของรายเยี่ยม เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาการอาจคงที่หรือทรุดลงเท่านั้น
8. อารมณ์	✓		✓		
9. การรับรู้	✓		✓		
10. การดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต	✓		✓		
11. ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว	✓		✓		

5.4.3 รพ. สต. วังมะดำน: บริบท รพ. สต. วังมะดำน

ที่ตั้งอยู่เขตตำบลม่วง อำเภอพรมพิราม มีบุคลากรวิชาชีพจำนวน 4 คนและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน รพ.สต.ตั้งอยู่ในเขตชุมชนหมู่บ้าน ด้านหลังติดโรงเรียนบ้านวังมะดำน ลักษณะบ้านเรือนที่ตั้งส่วนใหญ่อยู่รวมเป็นกลุ่มชุมชน มีไม่มากที่ตั้งบ้านเรือนกระจัดกระจายในที่ดินของตนเอง รับบริการด้านสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพ รพ.สต. วังมะดำน คลินิกแพทย์ในตัวอำเภอมือง และโรงพยาบาลพรมพิรามโดย รพ.สต. มีระยะทางห่างจาก รพ. พรมพิรามประมาณ 20 กิโลเมตร จากคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. บอกว่าหากผู้ป่วยมีอาการหลอดเลือดสมอง แห้งแรกที่ผู้ป่วยไปรับบริการเป็นคลินิกแพทย์ชื่อดังในเมือง และรักษาต่อเนื่องจนกว่าจะไม่มีเงินรักษาก็หยุดทำการรักษา ซึ่งเจ้าหน้าที่เล่าว่า รพ.สต. ใช้วิธีการเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านและค้นหาผู้ป่วยโดย อสม. ทำให้สามารถนำผู้ป่วยกลับมารักษาที่ รพ.สต. และบางรายส่งต่อไปที่ รพ.พรมพิราม หากไม่ทำเช่นนี้จะไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ

1) การสังเกตเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านของพื้นที่ รพ. สต. วังมะดำน นำเยี่ยมโดยพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ชี้แจงรายละเอียดของการเยี่ยมบ้าน โดยมอบหมายให้ อสม. ของแต่ละหมู่บ้าน (3 คน) รวมออกเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน 1 ราย แต่แยกกันเขียนรายงานลงแบบฟอร์มเพื่อประเมินความเข้าใจของ อสม. แต่ละบุคคล โดยเจ้าหน้าที่ชี้แจงการเยี่ยมบ้านในวันนี้ที่ รพ. สต. ก่อนการลงพื้นที่ ให้ทีม อสม. ดูเป็นตัวอย่างด้วยการสังเกตกระบวนการ การเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ราย (2 หมู่บ้าน) และแจ้งให้ทีม อสม. อีก 2 หมู่บ้านที่ไม่ได้เยี่ยมให้ดูเป็นตัวอย่างในวันนี้ให้ไปเยี่ยมผู้ป่วยภายในอาทิตย์นี้เช่นกัน แล้วให้ทีม อสม. อีก 2 หมู่บ้านเสนอชื่อผู้ป่วยที่จะเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่ร่วมพิจารณาความเหมาะสม

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ชี้แจงการติดตามเยี่ยมว่าหลังจากที่เยี่ยมผู้ป่วยในวันนี้แล้วให้อสม. ไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยคนเดิมอีก 3 ครั้ง โดยให้อสม. ร่วมกันติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอาทิตย์ละครั้ง ซึ่งอาทิตย์ที่ 1 และ 2 ให้ทีม อสม. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเอง ส่วนอาทิตย์ที่ 3 จะมีการประเมินการเยี่ยมของอสม. จากทีมเจ้าหน้าที่และทีมนักวิจัย ก่อนการลงพื้นที่ เจ้าหน้าที่ชี้แจงแบบประเมินที่ต้องบันทึกในการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง

2) ผลการเยี่ยมบ้านและการวางแผนเยี่ยมบ้าน จากการสังเกตโดยทีมนักวิจัย

ผู้ร่วมทีมเยี่ยม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3คน

ผู้ป่วยรายที่ 1

เพศหญิง อายุ 70 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มาเป็นระยะเวลา 11 ปี รับยารพ.สต.บ้านทางไหล ทั้งนี้ 9 เดือนที่ผ่านมา ป่วยเป็นโรคเส้นเลือดสมองแตก มีอาการอ่อนแรงซีกขวา เข้ารับการรักษาที่ รพ. พุทธชินราช และส่งต่อมารับการรักษาที่ รพ.พรหมพิราม ปัจจุบันรับยาต่อเนื่อง รพ.สต. บ้านวังมะค่าน

เจ้าหน้าที่กล่าวสวัสดิ์ผู้ป่วยแล้วชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าจะมาติดตามเยี่ยมอาการของผู้ป่วย และขออนุญาตผู้ป่วยว่าการเยี่ยมในครั้งนี้จะมีทีม อสม. ร่วมเยี่ยมด้วย ซึ่งครั้งต่อไป ทีม อสม. จะเป็นผู้ที่มาติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และประสานรายงานผลการเยี่ยมต่อเจ้าหน้าที่เพื่อวางแผนการดูแล ผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป

ในระหว่างการเยี่ยมเจ้าหน้าที่ให้ ทีม อสม. ที่เป็นเจ้าของพื้นที่ที่ร่วมวัดอุณหภูมิ ความดันโลหิต และเจาะน้ำตาล โดยเจ้าหน้าที่ซักถามอาการ พร้อมทั้งประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย ครอบคลุมสิ่งที่ต้องประเมินตามแบบประเมิน การประเมินผลกดทับที่ต้องขออนุญาตผู้ป่วยดู การประเมินการปวดต้องให้ผู้ป่วยออกเสียงตาม การสอบถามเรื่องยาต้องขอดูยาจากผู้ป่วยด้วย การให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติดูห้องน้ำและสถานที่รอบๆ บ้านเพื่อประเมินความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย และแนะนำการทำอุปกรณ์เสริมช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ราวจับเกาะในห้องน้ำ เจ้าหน้าที่ให้ทีม อสม. ซักถามข้อสงสัย แล้วกล่าวขอบคุณและกล่าวลาผู้ป่วย

การสังเกตทีม อสม. พบว่ามีความวิตกกังวลกับการเขียนบันทึก ทำให้ขาดความสนใจในเทคนิคและวิธีการในแต่ละขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย และการบันทึกค่าความดันโลหิตบางคน ยังมีการบันทึกผิดพลาดก็นำค่าความดันโลหิตช่วงล่างไปใส่ไว้ในช่องของชีพจร และเมื่อต้องวัดความดันโลหิตซ้ำไม่ทราบว่าต้องบันทึกแบบใด ในขั้นตอนการสรุปเจ้าหน้าที่ให้ทีม อสม. ร่วมให้คะแนน

และสรุปคะแนนแบบประเมินการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคอัมพาต เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการติดตามเยี่ยมว่า
ต้องเน้นการติดตามเยี่ยมในประเด็นอะไรที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

บทสรุปการเยี่ยมบ้าน: ความจำเป็นของผู้ป่วยรายนี้คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
การเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อหดเกร็ง ความเจ็บปวด ความแปรปรวนในการควบคุมการขับถ่าย อารมณ์
การดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต และความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว (ตารางที่ 30)

ตารางที่ 30 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 6

ประเด็นการประเมิน	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน		วิธีการแก้ไขปัญหา
	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	
1. การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ		✓		✓	
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	✓		✓		การบริหารกล้ามเนื้อ+อุปกรณ์
3. การเคลื่อนไหว	✓		✓		การบริหารกล้ามเนื้อ+อุปกรณ์
4. กล้ามเนื้อหดเกร็ง	✓		✓		การบริหารกล้ามเนื้อ+อุปกรณ์
5. ความเจ็บปวด	✓		✓		การบริหารกล้ามเนื้อ+อุปกรณ์
6. ความแปรปรวนในการควบคุมการขับถ่าย	✓		✓		การดูแลความสะอาด
7. การสื่อสาร		✓		✓	
8. อารมณ์	✓		✓		การให้กำลังใจ
9. การรับรู้		✓		✓	
10. การดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต	✓		✓		การบริหารกล้ามเนื้อ+อุปกรณ์
11. ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว	✓		✓		การให้กำลังใจ

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเพศหญิง อายุ 72 ปี มีอาการอัมพาตซีกซ้าย เจ้าหน้าที่เริ่มกระบวนการเยี่ยมบ้าน เช่นเดียวกับรายเยี่ยมที่ 1 กล่าวสวัสดิ์ผู้ป่วยแล้วชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าจะมาติดตามเยี่ยมอาการของผู้ป่วย พร้อมด้วยทีม อสม. ซึ่งครั้งต่อไป ทีม อสม. จะเป็นผู้ที่มาติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และประสานรายงานผลการเยี่ยมต่อเจ้าหน้าที่เพื่อวางแผนการดูแล ผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป

ในระหว่างการเยี่ยมเจ้าหน้าที่ให้ ทีม อสม. ที่เป็นเจ้าของพื้นที่ที่ร่วมวัดอุณหภูมิ ความดันโลหิต และเจาะน้ำตาล เจ้าหน้าที่ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย ประเมินการพูด สอบถามเรื่องยาต้องขอยาจากผู้ป่วยด้วย การให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการทำกายภาพบำบัด และประเมินสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เจ้าหน้าที่ให้ทีม อสม. ชักถามข้อสงสัย แล้วกล่าวขอบคุณและกล่าวลาผู้ป่วย

การสังเกตทีม อสม. มีทักษะในการวัดความดันโลหิต และสามารถเจาะน้ำตาลปลายนิ้วได้ หลังจากได้ทดลองปฏิบัติในรายเยี่ยมที่ 1 แต่อย่างไรก็ตามทักษะในการบันทึกต้องฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

บทสรุปการเยี่ยมบ้าน: ความจำเป็นของผู้ป่วยรายนี้คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อหดรัดเกร็ง ความเจ็บปวด ความแปรปรวนในการควบคุมการขับถ่าย อารมณ์ การดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต และความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว (ตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 การตรวจสอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 7

ประเด็นการประเมิน	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน		วิธีการแก้ไขปัญหา
	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	
1. การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ		✓		✓	
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	✓		✓		การบริหารกล้ามเนื้อ+อุปกรณ์
3. การเคลื่อนไหว	✓		✓		การบริหารกล้ามเนื้อ+อุปกรณ์
4. กล้ามเนื้อหดรัดเกร็ง	✓		✓		การบริหารกล้ามเนื้อ+อุปกรณ์
5. ความเจ็บปวด	✓		✓		การบริหารกล้ามเนื้อ+อุปกรณ์
6. ความแปรปรวนในการควบคุมการขับถ่าย	✓		✓		การดูแลความสะอาด
7. การสื่อสาร	✓		✓		การทบทวนวัน เวลา สถานที่
8. อารมณ์	✓		✓		การให้กำลังใจ
9. การรับรู้	✓		✓		การทบทวนวัน เวลา สถานที่
10. การดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต	✓		✓		การบริหารกล้ามเนื้อ+อุปกรณ์
11. ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว		✓		✓	

6) กิจกรรมเสริม: การอภิปรายกรณีศึกษาร่วมกัน

การดำเนินงานอภิปรายกรณีศึกษา ดำเนินงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในพื้นที่ เพื่อเพิ่มสมรรถนะของ อสม. ให้สามารถแลกเปลี่ยนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ในพื้นที่ ด้วยการสอดแทรกความรู้การเยี่ยมบ้าน และทบทวนความรู้ที่ได้รับการอบรม ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของ อสม. ผ่านเวทีการแลกเปลี่ยน โดยมีทีมเจ้าหน้าที่ เป็นหลักในการทำให้เกิดเวที และเป็นผู้ดำเนินการในการทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน ส่วนนักวิจัย เป็นผู้สังเกตการณ์ และเสริมประเด็นการเรียนรู้ร่วมกัน

การเลือกกรณีที่น่าสนใจมานำเสนอและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ครอบคลุมไม่จำกัดเฉพาะกรณี
ที่ประสบความสำเร็จ แต่รวมถึง ประสบการณ์ของการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การออกแบบและการใช้
เครื่องมือหรือระบบต่างๆ ในชุมชน และกรณีที่น่าสนใจที่นำมาใช้ในการแลกเปลี่ยน และกรณีที่ไม่
ประสบความสำเร็จ หรือยังคงเป็นปัญหาที่ต้องหาทางออกเพื่อหาวิธีแก้ไข

6.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสะแก

ประวัติกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 74 ปี ป่วยด้วยโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองมา 3
ปี รักษาที่ รพ. ศรีสังวร คลินิกเอกชน และรพ.สต.บ้านหนองสะแก การเยี่ยมบ้านครั้งแรกพบผู้ป่วย
นอนอยู่ที่ใต้ถุนบ้านร่างกายสะอาด มีโรค 2 ตัว ที่โรคใต้ถุนบ้าน ม้วนเก็บไว้ รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือ
ตนเองไม่ได้ แขนขาซีกขวาขยับไม่ได้ สภาพแวดล้อมสะอาด ญาติที่น้องรักใคร่กันดี เชื่อว่าการ
เจ็บป่วยเกิดจากเวรกรรม ก่อนการเจ็บป่วยไม่เคยตรวจรักษาที่ใด ผู้ป่วยไม่ยอมทำกายภาพ แขนขวา
เริ่มติด จากการพูดคุย ผู้ป่วยท้อแท้

อสม. มีความไม่มั่นใจในการเยี่ยมบ้านเกรงว่าญาติจะไม่ให้การยอมรับ และผู้ป่วย ไม่เชื่อฟัง
จากการติดตามเยี่ยม ทั้งหมด จำนวน 4 ครั้ง พบการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. ผู้ป่วย ยอมรับการเจ็บป่วย เข้าใจอาการของโรค และยอมทำกายภาพบำบัด
2. ญาติ หรือผู้ดูแล ให้ความสนใจ ผู้ป่วย
3. อสม. มีความมั่นใจ และรู้สึกภูมิใจ ในการปฏิบัติงานของตน ที่เห็นอาการ

เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป็นไปในทางดีขึ้น

แนวคิดและหลักการที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต
ภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต ได้อย่างดี ยอมทำกายภาพบำบัด และหลักการเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใน
การเยี่ยมบ้านกรณีศึกษา นี้ได้มีการพาผู้ป่วยรายนี้ ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคอัมพาตด้วยกัน และให้พูดคุย
กันในการปฏิบัติตัว พบว่า ผู้ป่วยยอมรับ และเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามที่เจ้าหน้าที่ และ อสม. แนะนำ
ได้ รายละเอียดการนำเสนอ กรณีศึกษาแสดงในภาคผนวก ก

6.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลูกเทียม

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 69 ปี การวินิจฉัยโรค โรคหลอดเลือดสมอง ป่วยมาเป็นเวลา 19 ปี
การประเมินสภาพโดยทั่วไป พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตนเองได้
บางส่วน ในส่วนของภาวะโภชนาการ มีรูปร่าง ท้วม อาหารที่รับประทานเป็นอาหาร รสจืด การ
รับประทานอาหาร ญาติเป็นผู้ดูแล สภาพบ้านและเศรษฐกิจ บ้านสะอาดเรียบร้อยดี อากาศถ่ายเท
สะดวก แสงสว่างเพียงพอ มั่นคงปลอดภัยดี มีต้นไม้รอบบ้านมีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น

โทรทัศน์ ผู้เขียน เครื่องซักผ้า หม้อหุงข้าว ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว รักใคร่กันดี มีผู้ดูแลคือ ภรรยา คอยช่วยเหลือในทุกๆ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน รักใคร่ช่วยเหลือกันดี

สิ่งที่พบในการเยี่ยมบ้าน คือ ผู้ป่วยมักไม่ออกกำลังกาย ต้องการแรงสนับสนุน และกำลังใจจากคนรอบข้าง แนวคิดและหลักการที่นำมาใช้ในการณศึกษานี้ คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต ได้อย่างดี ยอมรับกายภาพบำบัด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิต และมีคุณภาพชีวิตเหมาะสม กรณีศึกษาแสดงในภาคผนวก ค

6.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังมะด่าน

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มาเป็นระยะเวลา 11 ปี รับยา รพ.สต.บ้านทางไหล และ 9 เดือนก่อน เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลพุทธชินราช ด้วยโรคเส้นเลือดสมองแตก (อ่อนแรงซีกขวา) หลังจากนั้นส่งต่อมายัง โรงพยาบาลพรหมพิราม ปัจจุบันรับยาต่อเนื่อง รพ.สต.บ้านวังมะด่าน

ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนบนพื้น สื่อสารไม่ได้ ให้อาหารทางสายยาง บาร์เทล อินเด็กซ์ เท่ากับ 5 (ไม่สามารถทำกิจวัตรได้เลย) คนดูแลใกล้ชิด ไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้เพราะอายุมาก และมีโรคประจำตัว การดูแลทุกอย่างต้องได้รับการช่วยเหลือจากลูกสาว หรือลูกสะใภ้ สิ่งแวดล้อมในบ้านไม่สะอาด เลี้ยงสุนัขในบ้านญาติอดอุปกรณ์การแพทย์ออกเอง (ท่อที่คอ) มีน้ำหนองไหลออกจากหูญาติให้ยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง เนื่องจากตรวจวัดความดันลดลงมาก จึงหยุดยาเอง สามีซึ่งเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ให้การดูแลไม่ได้ เนื่องจากป่วยเป็นโรคไส้เลื่อน หลังผ่าตัด ครอบครัวมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ต้องทำมาหากิน และประสบกับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่านม ค่าผ้าอ้อม เป็นต้น

สิ่งที่พบในการเยี่ยมบ้าน คือ ผู้ป่วยมักไม่ออกกำลังกาย และการดูแลของผู้ดูแล การประสานงานการช่วยเหลือจาก อสม. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ จากการที่เคลื่อนไหวได้น้อย และการประสานงานทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ของ รพ. สต. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตภายหลังการป่วยด้วยโรคอัมพาต ได้อย่างดี กรณีศึกษาแสดงในภาคผนวก ค

บทที่ 5

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข และเพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีการอภิปรายผลการศึกษามาตามข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้

การอภิปรายผลการศึกษามาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ในการศึกษาระดับของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น เป็นการศึกษาในระยะคิด (Think phase) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน ข้อมูลโครงสร้างประชากรพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 และมีอายุเฉลี่ย 45.56 ปี ถือว่าอยู่ในวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร ชูศักดิ์ และคณะ (2555) ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) พบว่า หลังปี พ.ศ. 2541 สัดส่วนของ อสม. เพศชายต่อเพศหญิง เป็น 1 : 2.33 และจากการศึกษาของ Alam K., Tasneem S., & Oliveras E. (2012) เรื่อง ประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (Community health workers) เพศหญิงในเขตสลัมเมืองดากา พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 34.38 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน ดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก งานด้านวัณโรคในชุมชน ซึ่ง Prasad B.M. และ Muraleedharan V. R. (2007) กล่าวว่าแนวคิดของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น เนปาล บังกลาเทศ อินโดนีเซีย อาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก ส่วนอาสาสมัครเพศชาย จะดูแลงานด้านการควบคุมโรคในพื้นที่ เนื่องจากงานในชุมชนบางประเด็นละเอียดอ่อน ต้องการเพศหญิงในการดูแล ซึ่งโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) กล่าวว่า การมีสัดส่วนของ อสม. เพศหญิง มากขึ้น ทำให้สามารถพัฒนาศักยภาพพิเศษบางด้านใน อสม. เช่น การเฝ้าระวังความรุนแรงในผู้หญิงและเด็ก การดูแลผู้สูงอายุ และงานที่ต้องการความละเอียดอ่อน เป็นต้น นอกจากนี้การศึกษารุ่นนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รายได้มีค่ามัธยฐาน 5,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร ชูศักดิ์ และคณะ (2555) ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.2 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.0 มีอาชีพเกษตรกร และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อาสาสมัครทางด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ จะสำเร็จการศึกษาในระดับต้น โดยได้รับการศึกษาขั้นต้นอย่างน้อย 8-10 ปี (Mistry N. & Antia N., 2003)

ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของ อสม. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรพพรหมพิราม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.5 มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 28.4 อยู่ในระดับดี เนื่องจากเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรพพรหมพิรามมีการจัดสนับสนุน อสม. ในเครือข่ายให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอบรม เป็นประจำทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอรพพรหมพิราม, 2555) นอกจากนี้ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า อสม. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรพพรหมพิราม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.1 มีความรู้ในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 27.9 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Kalyango J. N. et al., 2012) ศึกษาเรื่องผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ในการจัดการความเจ็บป่วยของเด็กแบบบูรณาการในเขตตะวันออก ของประเทศอุกันดา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนสามารถจัดการการเจ็บป่วยของเด็กในโรคมalaria และปอดบวม ได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การอบรมที่ได้รับอย่างเหมาะสม การนิเทศสอนงาน และ ความเพียงพอของยา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชนและความรู้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีระดับความเข้มข้นความสัมพันธ์เท่ากับ 0.161 (ระดับต่ำ) และ 0.323 (ระดับปานกลาง) ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นเพราะ การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ทำให้ อสม. มีความกระตือรือร้นสามารถสร้างเครือข่ายกับหน่วยงาน ชุมชนในพื้นที่ มีทักษะในการประสานงาน การเข้าถึงประชาชน เกิดความเชื่อถือไว้วางใจ ของประชาชนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปรณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) ที่พบว่า อสม. ไม่ได้มีบทบาทจำกัดแค่การเป็นอาสาสมัครด้านสาธารณสุขของชุมชนเท่านั้น แต่ยังเป็นอาสาสมัครอื่น ๆ เช่น อาสาสมัคร และมีบทบาททางสังคมด้านอื่นที่หลากหลายด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้า ที่พบว่า อสม. ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรพพรหมพิราม มีตำแหน่งอื่นในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หัวหน้าชมรมผู้สูงอายุ หัวหน้ากลุ่มแม่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ความรู้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในระดับปานกลาง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเทศเกาหลี จัดอบรมการจัดการโรคเรื้อรังให้กับ อสม. ที่ปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 2 วัน พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 การอบรมเป็นไปตามความคาดหวังด้วยคะแนน 9.3 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ถือได้ว่าการอบรมมีความสำเร็จในการสร้างพลังอำนาจให้อาสาสมัครด้านสุขภาพในชุมชนเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ (Han H. R., et al., 2007) และจากการศึกษาของ Alam K., et al. (2010) เรื่อง ประสิทธิภาพการทำงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (Community health workers) เพศหญิงในเขตสลัมเมืองดากา ซึ่งได้รับการอบรม 3 สัปดาห์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนรู้สึกมีศักดิ์ศรี ได้รับการยอมรับและ

สามารถปฏิบัติงาน ด้านแม่และเด็กได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ (Global Health Trust., 2003) กล่าวว่า การฝึกอบรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน โดยเนื้อหาและระยะเวลาของการฝึกอบรม จะต้องสอดคล้องกับลักษณะของบริการที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะไป ปฏิบัติและระดับการศึกษาของ อสม.

การอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาไปใช้ในการ ออกแบบโปรแกรมการจัดการอบรมเพื่อเพิ่มระดับความรู้ให้กับ อสม. ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม โดยนำแนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดย ใช้บริบทเป็นฐาน มาใช้ในการออกแบบซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา คือ เพื่อพัฒนารูปแบบ การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นการศึกษาในระยะคิด (Think phase) โดยนำข้อมูลจากการศึกษาเอกสารรายงานประจำปี และการประชุม ในระยะมอสังเกตการณ์ (Look phase) มาใช้เป็นข้อมูลนำเข้า ในการออกแบบโปรแกรมฯ โดยการพัฒนารูปแบบนั้นใช้ข้อมูล บริบทของพื้นที่

การออกแบบโปรแกรมฯ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน ที่ระบุว่า การเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติงานร่วมกันการปฏิบัติงานในระบบบริการ สาธารณสุขระดับอำเภอ ที่เป็นการเรียนรู้จากปัญหาที่พบในพื้นที่ โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียน ในลักษณะผสมผสานไปกับการให้บริการในระบบปกติ ซึ่งการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานนี้ ไม่ใช่ กระบวนการเรียนที่นำมาทดแทนการเรียนการสอนอย่างเป็นทางการในสถาบันการศึกษา แต่เป็น กระบวนการเสริมที่ช่วยพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียนให้ตรงและเหมาะสมกับความจำเป็น ทั้งนี้ในการ พัฒนาจะต้องเคารพและให้คุณค่ากับสิ่งที่มีอยู่เดิม โดยก่อนจะเริ่มพัฒนาศักยภาพจำเป็นต้องระบุทักษะ ที่มีอยู่ โครงสร้าง ทุนส่วนภาคี และทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งจะต้องมีการแลกเปลี่ยนกันของกลุ่มเรียนรู้ นอกจากนี้โปรแกรมการเรียนรู้ที่ออกแบบจะต้องบูรณาการเข้ากับ โครงสร้าง กระบวนการที่มีอยู่อย่าง เหมาะสม (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2553)

นอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ W El Ansari, CJ Phillips and AB Zwi (2002) ในเรื่องการลดช่องว่างระหว่างวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน โดยการสร้าง การมีส่วนร่วม ที่ระบุว่า การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน จะต้องใช้ความเชี่ยวชาญ 5 ด้าน ได้แก่ การศึกษา การมีส่วนร่วม ความเกี่ยวข้องของชุมชน การเป็นผู้นำ และการจัดการกลยุทธ์ ซึ่งคนในชุมชน มีแนวคิดเชิงบวกต่อผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ ดังนั้น หากต้องการการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ ต้องสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยออกแบบการทำงานให้มีการพัฒนาศักยภาพ ของคนในชุมชน การถ่ายทอดทักษะ และการสร้างพลังอำนาจให้กับคนในชุมชน

บริบทของพื้นที่ พบว่าเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรพพรหมพิราม ดำเนินการภายใต้หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting unit of primary care; CUP) คือโรงพยาบาลพรหมพิราม ดูแลประชากร 56,248 คน ประกอบด้วย 123 หมู่บ้าน จำนวน 15,102 หลังคาเรือน มี อสม. จำนวน 2,163 คน คิดเป็นอัตราส่วนของ อสม. ประมาณ 18 คน ต่อหมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2554-2556 (ข้อมูลถึงเดือนสิงหาคม 2556) พบผู้ป่วยโรคความโลหิตสูง จำนวน 4,973 4,975 และ 5,394 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2,689 3,009 และ 3,063 คน และ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 190 240 และ 351 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอรพพรหมพิราม พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2551-2555 เป็น 2.35 2.57 2.64 3.07 และ 3.49 ตามลำดับ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2551-2555 เป็น 4.83 5.21 5.31 5.48 และ 5.79 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า โรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอรพพรหมพิรามมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอรพพรหมพิราม, 2556) การจัดอบรม อสม. ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการบรรยาย ไม่มีการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านและอภิปรายสถานการณ์ในบริบทของพื้นที่ ร่วมกันเป็นทีมระหว่าง อสม. และเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลการจัดอบรมโรคหลอดเลือดสมองมีจำกัด เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทีมเจ้าหน้าที่ อสม. และนักวิจัย จึงออกแบบโปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน

การอภิปรายผลการศึกษาดำเนินการตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในระยะปฏิบัติการ (Act pahse) โดยมีการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในกลุ่ม อสม. จำนวน 38 คน และทำการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมจากผลการวิจัยพบว่า อสม. มีระดับความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ดีวก่อนเข้าโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมหลัก โดยใช้รพ. สต. เป็นฐาน และการใช้ชุมชนเป็นฐาน (การเยี่ยมบ้าน) โดยจัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการและสาธิตการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ที่ อสม. ดูแลประชาชน ซึ่งเป็นความรู้ที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการปฏิบัติงานด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว สอดคล้องกับหลักการพื้นฐานของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน คือการจัดการเรียนแบบผู้ใหญ่ (Adult learning) ซึ่ง Malcome S. Knowles (1973) กล่าวถึงลักษณะการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ใน 4 ข้อคือ 1) เมื่อคนเราเติบโตขึ้น ผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะชอบการชี้นำด้วยตัวเอง (Self-direction) 2) ประสบการณ์ของผู้ใหญ่นั้นเป็นทรัพยากรการเรียนรู้ที่ทรงคุณค่า ดังนั้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Active Participation) จากประสบการณ์ของผู้ใหญ่ควรจะนำมาใช้เป็นวิธีการจัดการฝึกอบรม 3) ผู้ใหญ่มักจะ

ให้การตระหนักรู้ถึงเรื่องราวเฉพาะที่มาจากชีวิตจริง ดังนั้นการจัดฝึกอบรมควรจะใช้เรื่องในสถานการณ์จริงมาเป็นแนวทางการจัดการฝึกอบรม และ4) ผู้ใหญ่ต้องการที่จะเรียนรู้ทักษะและใฝ่หาความรู้ที่จำเป็นในการเพิ่มขีดความสามารถของตนในการทำงานและนำทักษะที่ได้เรียนรู้มาใช้งานได้ทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ Han และคณะ (2007) จัดโปรแกรมการอบรมให้กับ อสม. เรื่องการจัดการโรคเรื้อรัง ประเทศเกาหลี จำนวน 48 ชั่วโมง ผลการประเมินผลการอบรม พบว่า ภายหลังการอบรมระดับความรู้ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ร้อยละ 70 ระดับการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน อยู่ในระดับที่พึงพอใจ สามารถแสดงบทบาทการเป็นผู้ริเริ่มทางด้านสุขภาพ (Health initiator) ตัวแทนประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ (Health advertising agent) และแบบอย่างทางด้านสุขภาพ (Health role model)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ดีวก่อนเข้าโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับรูปแบบของการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential based learning; EBL) ในลักษณะของการ “ได้เห็น” “ได้ทำ” และ “ทำได้” (ยงยุทธ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาลี ขะวรและช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ (2010) ในการประเมินผลการพัฒนา อสม. เชื้อขยาญ สาขาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าภายหลังการอบรม การปฏิบัติงานคัดกรองและการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง ครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดำเนินการครอบคลุม ร้อยละ 97 สูงกว่าปีที่ไม่มีการพัฒนาและสูงกว่าเป้าหมาย แสดงให้เห็นว่า อสม. เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับทีมสุขภาพ และมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความเสมอภาคในเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ระดับความพึงพอใจ ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.37 มีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94) อธิบายได้ว่าการอบรมเป็นการเสริมแรงบวก (Rue LW, Byar LL, 2000) ทำให้ อสม. มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน ประชาชนยอมรับ สอดคล้องกับ Gibson (1991) ที่กล่าวว่า การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ อสม. มีศักยภาพในงานเพิ่มขึ้น มีความเชื่อมั่นในการทำงาน (Rappaport, 1987) และเกิดความพึงพอใจในงาน (Laschinger, et al., 2004) โดยในโปรแกรมฯ มีการจัดกิจกรรมเสริมที่ช่วยให้กระบวนการเรียนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ประกอบด้วย การอภิปรายกรณีศึกษา และการให้

คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ อสม. ทำให้ อสม. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในทีม จากการที่เจ้าหน้าที่รับฟังและให้คำปรึกษาการทำงานแก่ อสม.

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การอบรมโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน เป็นการเสริมศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้และสามารถเยี่ยมบ้าน พื้นสภาพ ประเมินภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประธานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีการส่งต่อการดูแลที่เหมาะสม อันจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ เกิดการเรียนรู้ในชุมชนระหว่าง อสม. ครอบครัวผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่อบรม อสม. ตามบริบทของพื้นที่ เป็นการบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนเป็นเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและภาคประชาชน

ผลการศึกษาสามารถนำโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ตามบริบทของพื้นที่ การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม การให้คำปรึกษา ที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ของ อสม. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ได้อย่างเหมาะสม และการศึกษาติดตามผลระดับความรู้และการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้ทราบระยะเวลาในการคงอยู่ของความรู้และการปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นแนวทางจัดเสริมฟื้นฟูความรู้ ผสมผสานกับประสบการณ์ของ อสม. อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ.(2542). การสาธารณสุขมูลฐาน .ราชบุรี :ธรรมรักษ์การพิมพ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์. (2550). อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาท
ในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 1(3), 268-279.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2549) ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การ
เปลี่ยนแปลง :การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนาใน โครงการประเมินศักยภาพ
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา .นนทบุรี :สำนักวิจัยสังคมและ
สุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาติ ปะทา.(2551) สุขภาพปฐมภูมิบริการปฐมภูมิ :จากปรัชญาสู่
ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี :สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์ .(2550).อาสาสมัครสาธารณสุข :ศักยภาพและบทบาท
ในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป .วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 1 ฉบับที่ 3-4 ตุลาคม-
ธันวาคม 2550. หน้า 268-279.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ .(2552). สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ กับสุขภาพชุมชน :บทเรียนความ
ท้าทายและบริบทใหม่ของงานสุขภาพภาคประชาชน .เอกสารวิชาการงานมหกรรมสุขภาพ
สุขภาพชุมชน 2551. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2555, จาก
<http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2837>.
- กรรณิกา เรืองเดช และคณะ .(2554). การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่สามจังหวัดชายแดน
ภาคใต้ .วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา และสำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้าน
สุขภาพ .สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย .2555, จาก http://www.hrdothai.com/show_doc.php?r_id=38.
- กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และบาร์บารา สตาร์ฟิลด์ .(2552). บริการปฐมภูมิกับระบบสุขภาพ :Benefits of
primary care. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว .ปีที่ 1 ฉบับที่ 1
พฤศจิกายน 51 - กุมภาพันธ์ 52.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550).
หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการ
ปฐมภูมิ. (2550). แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2550-2554.

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน.
มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ. (2552). แผนยุทธศาสตร์
ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2550-2559.สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2555). รายงานประจำปี 2555. พิษณุโลก: คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ฉลอง อัครชิโนเรศ และคณะ.(2551). การพัฒนาระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่
จังหวัดพะเยา .สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ .สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย .2555, จาก
http://www.hrdothai.com/show_doc.php?r_id=38.

ทินกร โนรี และคณะ .(ศ.ค. 2550). วิฤตกำลังคนด้านสุขภาพทางออกหรือทางตัน .สำนักงานวิจัยและ
พัฒนากำลังคนทางด้านสุขภาพ .นนทบุรี :กราฟิโก ชิสเต็มส์ .

ทินกร โนรี.(2550)การวางแผนความต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานบริการ
ภาครัฐ ในทศวรรษหน้า. (ปี พ.ศ.2551-2560). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง
ประเทศ .สืบค้นเมื่อ 8 เม.ย .2555, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/1172>.

ทินกร โนรี .(ก.พ .2552). การจัดการกำลังคนของระบบสุขภาพชุมชน .เอกสารวิชาการ งานมหกรรม
สุขภาพชุมชน 2552. สืบค้นเมื่อ 13 เม.ย .2555, จาก
<http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2327>.

ดวงใจ เล็กสมบูรณ์. (ก.ย .2550). รายงานการทบทวนวรรณกรรม การบริหารจัดการและสนับสนุน
บุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ .คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล .

ทศพร ชูศักดิ์, บุญยง เกี่ยวการค้า, สุพัฒนา คำสอน และ นิรัตน์ อิมามิ. (2555). รูปแบบความสัมพันธ์เชิง
สาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร สาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน พื้นที่สาธารณสุขเขต 18. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 10(1): 63-77.

นงลักษณ์ พะไอยะ และคณะ. (2550). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ .สำนัก
งานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ .สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย .2555, จาก
http://www.hrdothai.com/show_doc.php?r_id=40.

นงลักษณ์ พะไอยะ และคณะ. (ก.ย .2554). กำลังคนด้านสุขภาพ :ที่เป็นมา เป็นอยู่และจะเป็นไป .
สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ .นนทบุรี :พรินท์เอทมิ. (ประเทศไทย).

- นงลักษณ์ พะโกยะ และปาริฉัตร ตรีการไทย.(2551). การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัดขอนแก่น .สำนักวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ .สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย .2555, จาก http://www.hrdothai.com/show_doc.php?r_id=38.
- นงลักษณ์ พะโกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ.(2552). รายงานการศึกษาการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด .สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ .สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย . 2555, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/3330>.
- นงลักษณ์ พะโกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ.(2554). ผลกระทบของระบบหลักประกันสุขภาพต่อกำลังคนด้านสุขภาพ .สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย .สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย .2555, จาก http://www.hrdothai.com/show_doc.php?r_id=40.
- นัยนา หนูนิล และคณะ. (2552). การพัฒนาระบบการจัดการกำลังคนจังหวัดนครศรีธรรมราช . สำนักวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ .สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย .2555, จาก http://www.hrdothai.com/show_doc.php?r_id=38.
- นิพนธ์ พวงวารินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์. 1-29, 39-52, 635-638, 649.
- ปาริฉัตร สุขสุทธิ และกมลธารณ์ คงสุขวิวัฒน์.(2549). สังคมที่เปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์งานสุขภาพชุมชนที่เปลี่ยนไป บทความวิชาการ ใน โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา .นนทบุรี :สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ภูติท เตชาติวัฒน์ นิทรา กิจธิระวุฒิวงษ์ ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2553). โครงการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะที่ 1. รายงานการวิจัย ได้รับการสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2552). ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ :ทิศทางประเทศไทย .กรุงเทพฯ :มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย .
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2552). กรอบแนวคิด หลักการ และแนวทาง การจัดการเรียน โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context-Based Learning: CBL) เล่ม 1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพปฐมนิเทศ ในบริบทของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ. โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. วิจิต เปานิล; รุจยา ชัชวาลยางกูร; ชาติชาย สุวรรณนิตย์ และปาริฉัตร สุขสุทธิ.(2549). กลไกสนับสนุนกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข บทความวิชาการ ใน โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัคร

- สาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา .นนทบุรี :สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข .
- ศรีสุตา รัศมีพงศ์ และคณะ. (2552). การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่จังหวัดนครนายก .สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ .สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย .2555, จาก http://www.hrdothai.com/show_doc.php?id=38.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และพุดตาน พันธุเธร .(2554). ความต้องการกำลังคนทางด้านสุขภาพของระบบการให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในประเทศไทย :ระยะที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง .ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร .
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์.(2549). ระบบสุขภาพในท้องถิ่น :อนาคตระบบสุขภาพไทย .นนทบุรี :สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ.(ก.พ .2552). ข้อเสนอแนะข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข .นนทบุรี :สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). ทิศทางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2553 ของ สศช. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.(ม.ค .2555) วิจัยและขับเคลื่อนเพื่อกำลังคนด้านสุขภาพ : 6 ปี สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ .นนทบุรี :สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.(พ.ค .2554). สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ .2553. นครปฐม :สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม. (2555). รายงานประจำปี 2555. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(ต.ค .2553). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554. นนทบุรี :คัลเลอร์บุ๊กซ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2550). แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ .2550-2554. นนทบุรี :สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(พ.ย .2552). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคน
ด้านสุขภาพแห่งชาติ 2550-2559. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี :เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ .

สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.(2553). รายงานการศึกษาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
ของระบบบริการระดับปฐมภูมิ .สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ .สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย .
2555, จาก http://www.hrdothai.com/show_doc.php?r_id=38.

สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ .(ม.ป.ป.-a). ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย : การวางแผน
กำลังคนด้านสุขภาพของระบบบริการระดับปฐมภูมิ .สืบค้นเมื่อ 8 มี.ค .2555, จาก
http://hrdothai.com/show_portfolio_hr.php?p_id=28.

สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.(ม.ป.ป.-b).ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย :ความต้องการและการ
ผลิตกำลังคนสนับสนุนระบบสุขภาพ .สืบค้นเมื่อ 8 มี.ค .2555, จาก
http://hrdothai.com/show_portfolio_hr.php?p_id=28.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานสถานการณ์สุขภาพคนไทย เนื่องในวันสาธารณสุขแห่งชาติ.
รายงานที่ประชุมคณะรัฐมนตรี นายชวนรัตน์ ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี ปฏิบัติหน้าที่แทน
นายกรัฐมนตรี วันที่ 9 ธันวาคม 2551. Retrieved 5 March, 2010, from
<http://www.ryt9.com/s/cabt/486169>

สุพัตรา สรวณิชชากร; ณรงค์ เพชรประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2550). ตกผลึกอุดมการณ์
"จุดคานงัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ."กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์พิมพ์ดี.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร.(2551).รายงานการทบทวนข้อมูลเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การจัดบริการหน่วย
บริการปฐมภูมิภายใต้โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข .นครปฐม :สถาบันวิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพชุมชน.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร .(2552). สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว :
นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง .วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว .
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤศจิกายน 51 - กุมภาพันธ์ 52.

อรุณ จิระวัฒน์กุล. (2551). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพขอนแก่น. ภาควิชาชีวสถิติ
และประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อัครเดช เกตุจำ และคณะ.(2554). การกระจายและความเหลื่อมล้ำของอัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพใน
ประเทศไทย .สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ .สืบค้นเมื่อ 23 เม.ย .2555, จาก
http://www.hrdothai.com/show_doc.php?r_id=35.

- Alam K., Tasneem S., & Oliveras E. (2012). Performance of female volunteer community health workers in Dhaka urban slums. *Social Science Medicine*. 75(3):511-515.
- Alam, K., Tasneem, S., Oliveras, E., Performance of female volunteer community health workers in Dhaka urban slums, *Social Science & Medicine* (2012), doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.039
- Atun, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen, WHO Regional office for Europe's Health Evidence Network (HEN) report. Retrieved 15/12/2006, from <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>
- Best, John W. (1981). *Research in Education*. 3rd.ed. Englewood cliffs, New Jersey : Prentice. Hall Inc.
- Brown SA, Garcia AA, Kouzekanani K et al. Culturally competent diabetes self-management education for Mexican Americans: the Starr county border health initiative. *Diabetes Care* 2002; 25: 259-68.
- Casti, J. L. (1997). *Would-be worlds-How simulation is changing the frontiers of science*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Cochran W. G. (1977). *Sampling techniques (3rd ed.)*. New York: John Wiley & Sons.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Social Sciences*. New York, NY: Academic Press; 1977
- Deborah E. Bender and Kathryn Pitkin. (1987). Bridging the gap: The village health worker as the cornerstone of the primary health care model. *Social Science & Medicine*. 24(6): 515-528.
- Earp J. A., EngE O'Malley M. S. & et al. (2002). Increasing use of mammography among older, rural African American women: results from a community trial. *Am J Public Health*. 92: 646-654.
- Earp JA, EngE, O'Malley MS et al. Increasing use of mammography among older, rural African American women: results from a community trial. *Am J Public Health*. 2002; 92: 646-54.
- Global Health Trust. (2003). *Specific Programs and Human Resources: Addressing a key implementation constraint Human resources constraints in health services delivery*: Global Health Trust.
- Graciani A, Banegas JR, Lopez-Garcia E et al. Assessment of a blood pressure measurement training programme for lay observers. *Blood Press Monit* 2002; 7: 251-7.

- Hae-Ra Han, K. B. Kim & M. T. Kim. (2007). Evaluation of the training of Korean community health workers for chronic disease management. *Health Education research*. 22(4): 513-521.
- Han H. R., Kim K. B., & Kim M. T. (2007). Evaluation of the training of Korean community health workers for chronic disease management. *Health Education Research*. 22(4): 513-521.
- Han H. R., Kim K. B., & Kim M. T. (2007). Evaluation of the training of Korean community health workers for chronic disease management. *Health Education Research*. 22(4): 513-521.
- Kalyango J. N., Rutebemberwa E., Alfven 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: 282-295.
- Khurshid Alam, Sakiba Tasneem & Elizabeth Oliveras. (2012). Performance of female volunteer community health workers in Dhaka. *Social Science & Medicine*. As DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.03.039
- Kisjanto J., Bonneux L., Prihartono J R., Ranakusuma T. & Grobbee D. (2005). Risk factors for stroke among urbanized Indonesian women of reproductive age a hospital based case-control study. *Cerebrovasculat Disease*. 19: 18-22.
- Knowles, M. S. (1973). *The adult learner: A neglected species*. Houston: Gulf Publishing Company. Revised Edition 1990.
- Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999; 37: 5-14.
- Mistry N. & Antia N. (2003). *Community Based Health Workers- A review from India*. Mumbai.
- Navarro A. M., Senn K. L., McNicholas L. J. & et al. (1998). Model intervention enhances use of cancer screening tests among Latinas. *Am J Prev Med*. 15: 32-41.
- Perez F., Ba H., Dastagire S. G. & Altmann M. (2009). The role of community health workers in improving child health programmes in Mali. *BMC International Health and Human Rights*. 9:28-40.
- Perez F., Ba H., Dastagire S. G. & Altmann M. (2009). The role of community health workers in improving child health programmes in Mali. *BMC International Health and Human Rights*. 9:28-40.

- Prasad B.M. & Muraleedharan V.R. (2007). *Community Health Workers: a review of concepts, practice and policy concerns. Research report of International Consortium for Research on Equitable Health Systems (CREHS)*: Funded by UK Government Department for International Development (DFID).
- Rue LW, Byar LL, Management: skill and application. 9th ed. North America: McGraw-Hill Inc; 2000.
- Sein U. T. (2006). Health Volunteers: Third Workforce for Health-for-All Movement. *Regional Health Forum*. 10(1): 38-48.
- Starfield, B. (1998). Primary care : balancing health needs, services, and technology (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health System and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- Stringer, E. T. (2007). Action Research. (3rd eds.). California: Thousand Oaks, Sage Publication Inc.
- Tengs TO, Yu M, Luistro E: Health-related quality of life after stroke a comprehensive review. *Stroke* 2001, 32:964-972.
- The Institute of Medicine. (2002). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington DC: National Academy Press.
- Thorndike R. (1978). Correlation procedures for research. New York: Gardner Press.
- W El Ansari, CJ Phillips and AB Zwi. (2002). Narrowing the gap between academic professional wisdom and community lay knowledge: perceptions from partnerships. *Public Health* (2002) 116, 151–159. doi:10.1038=sj.ph.1900839
- WHO SEARO. (2008). Human Resources for Health Country Profile Thailand
http://www.searo.who.int/entity/human_resources/data/tha_profile.pdf
- WHO SEARO. (2010). *Primary Health Care: The Basis for Health Systems Strengthening*. New Delhi: World Health Organization.
- WHO. (1978). Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata USSR, 6-12 September, 1978. Geneva, Switzerland World Health Organization. 79 p.
- . (1981). Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization.

- . (2000). The world health report 2000 - Health systems : improving performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization
- . (2004). Comprehensive community-and home-based health care model. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.
- . (2007). Everybody's business : Strengthen health systems to improve health outcome, WHO' framework for action. Geneva, Switzerland : World Health Organization.
- . (2008). Primary health care: Now more than ever. The world health report 2008. Geneva, Switzerland World Health Organization.
- WHO. (2013). The top 10 causes of death. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- Winangnon S., Sriamporn S., Senarak W., Saranrittichai K., Vatanasapt P. & Moore M. A. (2007). Use of Lay Health Workers in a Community-Based Chronic Disease Control Program. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 8: 457-461.
- WONCA. (1995). *Training for Rural General Practice*. World Organization of Family Doctors. WONCA World Council Meeting on 9 June 1995.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2005). *Moving Beyond the Tsunami: the WHO Story*. Delhi: WHO SEARO.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2007). *Role of Village Health Volunteers in Avian Influenza Surveillance in Thailand*. Delhi: WHO SEARO.
- World Health Organization. (1978). *Primary Health Care*. Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *Primary Health Care: Now More Than Ever*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). Health Transition. Retrieved 8 July 2010: <http://www.who.int/trade/glossary/story050/en/index.html>
- World Health Organization. WHO STEPS Stroke Manual: The WHO stepwise approach to stroke surveillance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
- WSO. (2012). Facts and Figures about Stroke. <http://www.world-stroke.org/for-patients/facts-and-figures-about-stroke>





ภาคผนวก ก

โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการโรคเรื้อรัง

บทนำ

โรคเรื้อรังมีลักษณะไม่ชัดเจนเหมือนกับสาเหตุของกลุ่มโรคติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุมีหลายอย่าง โดยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม กฎหมาย วัฒนธรรม และวิถีชีวิตและคุณค่าในสังคม ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดทางสังคมและสุขภาพ (Social determinant of health) (WHO, 2011) โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง ระบบหายใจ ทั้งนี้โรคเรื้อรังมักจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพิการในระยะยาว เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก พบอัตราป่วยถึงร้อยละ 60 ของโรคที่พบทั้งหมด (Alberta Health Service, 2010) จากเดิมมีความชุกสูงในประเทศพัฒนาแล้ว และพบมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา สาเหตุการตายทั่วโลก ในปี 2007 ร้อยละ 60 เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง (WHO, 2010) โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ถึงแม้จะมีแนวโน้มเกิดอุบัติการณ์น้อยกว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด มีหลักฐานวิจัยบ่งบอกถึงโรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (วิโรจน์ เข้มจรัสรังสี, 2551) คนที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เป็นเวลานาน พบผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานนานเกิน 5 ปี มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี (กรมการแพทย์, 2549) นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต เป็นสาเหตุการตายลำดับแรกและลำดับที่สามของประเทศสหรัฐอเมริกา คิดเป็นร้อยละ 39 ของอัตราการตายทั้งหมดในปี ค.ศ. 2000 นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะพิการและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงในประเทศอังกฤษ พบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 29.1 พันล้านปอนด์ ในปี ค.ศ. 2004 และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 8.5 พันล้านปอนด์ และโรคหลอดเลือดสมองอัมพาต จำนวน 8.0 พันล้านปอนด์ (R Luengo-Fernández, J Leal, A Gray, S Petersen, M Rayner, 2006)

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่จัดบริการในระดับอำเภอ มีขอบเขตประชากรที่รับผิดชอบชัดเจนเหมาะสมต่อโรคเรื้อรัง ดังนี้ 1) ระดับความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถตอบสนองผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับความรุนแรงน้อย ไม่ต้องการเทคโนโลยีที่ซับซ้อนราคาแพง 2) คุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ ในเรื่องการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่อง การบริการที่ครบถ้วนรอบด้าน และการประสานงานเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมักมีหลายโรค หลายปัญหาด้วย (Strafield, 1998) และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างทีมผู้ดูแลสุขภาพและผู้รับบริการที่รู้จักและเข้าใจปัญหาอย่างลึกซึ้ง (Sanfran, 1998) เนื่องจากโรคเรื้อรังมักเกี่ยวกับปัญหาอื่น เช่น พฤติกรรม ความเครียด เป็นต้น

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบที่นำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ดำเนินการตามกลยุทธ์หลักในการพัฒนา ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม 3) การปรับระบบบริการสุขภาพ และ 4) ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนอื่น (WHO, 2010) สอดคล้องกับแนวคิดของ ประเวศ วะสี (2541) ที่แนะนำให้ใช้ทฤษฎีสถิตนิยมเขี่ยอนภูเขา โดยใช้ทั้งอำนาจรัฐ อำนาจสังคม และอำนาจความรู้ เพื่อให้เข้ามาจัดการระบบสุขภาพ โดยเกี่ยวข้องกับ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การเมือง และราชการคือส่วนของอำนาจรัฐ ในอดีตเป็นส่วนชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพ จากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าทำได้แค่เพียงพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ และบางส่วนของระบบสาธารณสุข แต่ยังไม่สามารถขับเคลื่อนระบบสุขภาพทั้งระบบได้ 2) ภาควิชาการและวิชาชีพ มีบทบาทในเรื่องความรู้ เพราะการพัฒนาต้องใช้ความรู้เพื่อตอบโจทย์ว่า แนวทางดังกล่าวถูกต้องและเหมาะสมหรือไม่ และ 3) ภาคประชาชนต้องหนุนช่วย และมีส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพ

ประเทศไทยดำเนินการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นต้นมาโดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีตัวจักรสำคัญในการดำเนินงาน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการยกระดับ อสม. ให้มีเพียงระดับเดียวคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่เสียสละแรงกายแรงใจ เวลาและทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีได้รับค่าตอบแทนใด ๆ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีการให้ค่าตอบแทนกับอาสาสมัครสาธารณสุข เดือนละ 600 บาท โดยมีการกำหนดภาระหน้าที่และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นรูปแบบมากขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยมีอสม.จำนวน 1,005, 633 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดย อสม.ผ่านการอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจ ด้านการทำงาน เพื่อดูแล

สุขภาพอนามัย ให้การบริการด้านสาธารณสุขครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ มีการทำงานทั้งโดยอิสระและร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่เพื่อนบ้านร่วมค้นหาปัญหา จัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนของตนเอง (พีระพล ศิริไพบูลย์, 2553)

ในปี ค.ศ. 2002 จากรายงานของสถาบันการแพทย์แห่งอเมริกา (Institute of Medicine; IOM) รายงานว่าหากต้องการลดความไม่เท่าเทียมกันของเชื้อชาติในบริการสุขภาพ แนะนำให้มีการสร้างและส่งเสริมให้มีผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน (Community health worker) ในการดำเนินโปรแกรมป้องกันโรคด้วยการทำงานแบบร่วมมือกับภาครัฐ ซึ่งจะเชื่อมบริการและการสื่อสารระหว่างชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ (Hill MN, Bone LR, Hilton SC et al., 1999; Zuvekas A, Nolan L, Tumaylle C et al., 1999) การดำเนินโปรแกรมทางด้านสุขภาพโดยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนจะทำให้เกิดการพัฒนาการเข้าถึงบริการ บริการฝากครรภ์ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ และการคัดกรองมะเร็ง ซึ่งจะช่วยให้ลดต้นทุนบริการสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มเชื้อชาติต่าง ๆ (Eng E, Smith J.; Earp JA, EngE, O'Malley MS et al. , 2002) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานให้กับประชาชนในชุมชนที่เข้าไม่ถึงบริการ (Brown SA, Garcia AA, Kouzekanani K et al., 2006)

พื้นที่อำเภอพรหมพิราม พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2551-2555 เป็น 4.83 5.21 5.31 5.48 และ 5.79 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 190 240 และ 351 คน จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอพรหมพิรามมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม, 2556) อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นตัวเชื่อมระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาความรู้และทักษะที่เหมาะสมสอดคล้องกับพื้นที่ เป็นสิ่งจำเป็น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลโรคเรื้อรังให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อสร้างความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ ในการรับบริการดูแลโรคเรื้อรังจากอาสาสมัคร

สาธารณสุข

3. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุข

กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน

กระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) การเตรียมการ ในขั้นตอนนี้ ดำเนินกิจกรรม การรวบรวมองค์ความรู้จากการประชุม ทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ สถานการณ์ในพื้นที่ ประชุมทีมคณะทำงาน การประเมินศักยภาพผู้เรียน การกำหนดวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ และการวางแผน เพื่อเข้าสู่การดำเนินงานในระยะที่ 2 ต่อไป 2) การดำเนินการ และ 3) การประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การเตรียมการ

1. รวบรวมองค์ความรู้

- จัดประชุม เรื่อง “การจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน” ทบทวน วรรณกรรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ให้กับเจ้าหน้าที่และ อสม.
- ดำรวจข้อมูลความรู้ ทักษะ และประเด็นความต้องการพัฒนา ร่วมกับ ข้อมูลอุปสรรค ความชุก โรคเรื้อรังในพื้นที่
- วิเคราะห์สถานการณ์โรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม การอบรมที่จัด ให้และการอบรมที่ อสม. เข้าไปมีส่วนร่วม หลังจากนั้นจัดประชุมทีมงาน โรงพยาบาล โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีม อสม. ในพื้นที่ นำผลจากข้อ 1.1-1.2 มาออกแบบการจัดกิจกรรม

2. ชี้แจงในการประชุม คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) และการประชุม อสม. ประจำเดือน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- เพื่อทำความเข้าใจกับคณะกรรมการ คปสอ. และ อสม. ให้เข้าใจ กระบวนการ CBL /ความหมาย ให้ตรงกัน
- เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในที่ประชุมเกี่ยวกับ กระบวนการ CBL ใน รูปแบบต่างๆ ที่ดำเนินการ
- เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อดี ข้อเสีย ทางเลือกและนำไปสู่การ ตัดสินใจร่วมกัน

3. วางแผนการดำเนินงานการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ร่วมกับทีม มหาวิทยาลัยนเรศวร และทีม คปสอ. เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน เปิดโอกาสให้ทีม นักวิชาการ ผู้ดำเนินงานพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกัน สร้างข้อตกลงร่วมกันในการทำงานเป็นทีม มี รายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 กิจกรรมหลัก

3.1.1 การเรียนรู้โดยใช้สถานีนามัยเป็นฐาน

3.1.2 การเรียนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การออกเยี่ยมบ้านพร้อมเจ้าหน้าที่)

3.2 กิจกรรมเสริม

3.2.1 การอภิปรายกรณีศึกษาอย่างเป็นระบบ

3.2.2 การจัดระบบการให้คำปรึกษาระหว่างเจ้าหน้าที่และ อสม.

4. ประชุมทีมคณะทำงานย่อย ประกอบด้วยประชุมหัวหน้า รพ. สต. และ แกนนำ อสม. ในพื้นที่ เกี่ยวกับ แนวทางในการประเมินตนเองก่อนเริ่มกระบวนการเรียนรู้ และการจัดทำรายการเรียนรู้ วางแผนให้ อสม. มาเรียนที่ รพ. สต.

กิจกรรมหลัก: การเรียนโดยใช้สถานีอนามัยเป็นฐาน

1. การจัดทีมผู้เรียน การเข้ามาเรียนที่ รพ. สต. ของ อสม. มีการเวียนมาให้ครบทุกคนก่อนตามตารางที่กำหนด

2. การจัดเตรียมตารางเรียน ตารางเรียนหนึ่งหลักสูตรใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 วัน วันละ 3 ชั่วโมงคือ วัน พุธ พฤหัสบดี การเรียนเป็นการบรรยายและอภิปรายปัญหาที่พบในพื้นที่ของผู้เรียน ร่วมกันการออกแบบหลักสูตร เป็นดังนี้

กิจกรรม	ครั้งที่	เนื้อหา
กิจกรรมหลัก การ เรียน โดย ใช้ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเป็นฐาน	1	■ อาสาสมัครสาธารณสุข คือใคร มีหน้าที่อะไร ■ การสร้างเครือข่ายและโอกาสในการพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ ■ การเรียนแบบใช้บริบทเป็นฐาน คืออะไร ทำไมต้องเรียนแบบนี้ ■ บทนำสู่โรคเรื้อรัง และความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)
	2	■ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) ■ การคัดกรอง การประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) เบื้องต้น ■ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) ■ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ■ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ 2 ส ■ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแล
	3	■ การเยี่ยมบ้านของ อสม. และการบันทึก ■ แนวทางการประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานแต่ละระดับ
	4	■ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดย อสม. ■ การฟื้นฟูสุขภาพ

กิจกรรม	ครั้งที่	เนื้อหา
กิจกรรมหลัก การเรียนรู้โดยใช้ชุมชน เป็นฐาน (การเยี่ยมบ้าน)		- คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจในการเยี่ยมบ้าน เช่น ผู้ที่ควบคุมโรคฯ ไม่ได้ ผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น - ศึกษารายละเอียดของผู้ป่วย หรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยม ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
	5	■ สาธิตการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) โดยเจ้าหน้าที่ ทีมผู้วิจัย และ อสม.
	6	■ อสม. และเจ้าหน้าที่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)
	7	■ อสม. และเจ้าหน้าที่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)
	8	■ อสม. และเจ้าหน้าที่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) และเจ้าหน้าที่นิเทศ
กิจกรรมเสริม การนำเสนอกรณีศึกษา	9 -10	- การเลือกกรณีศึกษา เลือกผู้ป่วยที่ได้ร่วมออกฝึกปฏิบัติเยี่ยมบ้านพร้อมกับเจ้าหน้าที่ โดยพิจารณาเลือกผู้ป่วยที่มีประเด็นน่าสนใจเกี่ยวกับการให้บริการ - เจ้าหน้าที่กระตุ้นให้ อสม. ร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (อัมพาต) การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการคิดวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจวางแผนการให้บริการ อยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ที่เลี้ยง)
กิจกรรมเสริม การให้คำปรึกษา	ครอบคลุม ระยะเวลาการเข้า โปรแกรม จำนวน 10 สัปดาห์	■ เจ้าหน้าที่บันทึกเรื่องที่ อสม. ปรีกษา อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และวางแผนการพัฒนาในประเด็นที่เป็นส่วนที่ต้องเพิ่มเติมให้กับ อสม.

3. การจัดเตรียมทีมแพทย์ พยาบาล และทีมงานในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ มีการมอบหมายการบรรยายให้ตรงกับความเชี่ยวชาญ จัดประชุมชี้แจง ทีมโรงพยาบาล และทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้างความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน ร่วมกับการสร้างแนวความคิดการทำงานเป็นทีมการประสานงานกันของทีมโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการใช้ทรัพยากร กำลังคน ในพื้นที่ เพื่อมาให้ความรู้แก่ อสม. ภายใต้กรอบแนวคิด การทำงานเป็นทีมสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

4. เตรียมประสานงานเรื่องสถานที่ กำหนดผู้ประสานงานพื้นที่ ในการติดต่อ อสม. มาเรียนตามตารางกำหนด โดยผู้ประสานงานเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการประสานกับทุกฝ่ายทั้งในโรงพยาบาล สสอ. และ รพ.สต. และมีการเตรียมสถานที่สำหรับผู้เรียนใช้เป็นที่พักผ่อนกลุ่ม เรียนรู้ทางวิชาการ และการแลกเปลี่ยน โดยมีการเตรียมด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนี้ Projector แบบ mobile คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์ และเอกสารตำราวิชาการ เป็นต้น

5. การชี้แจงก่อนเริ่มเรียน

5.1 มีการชี้แจงผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน เพื่อให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ CBL รวมทั้งกระบวนการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เป้าหมายในระยะยาว คือ การทำงานเป็นทีมสุขภาพเดียวกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รพ.สต. และ อสม.

5.2 วันแรกของการเรียน จะมีการชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียดของตารางเรียน เพื่อทำความเข้าใจ ผู้เรียน พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย และสอบถามความต้องการ สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ที่ต้องการเพิ่มจากที่จัดให้ เพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกันเอง และลดความเครียดวิตกกังวลของผู้เรียนด้วย

กิจกรรมหลัก: การเรียนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การออกเยี่ยมบ้านพร้อมเจ้าหน้าที่)

การเยี่ยมบ้านพร้อมเจ้าหน้าที่ รพ. สต.

หลักการ

การเยี่ยมบ้านในที่นี้ หมายถึงการดูแลสุขภาพโดยทีม อสม. และทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนหมู่บ้าน โดยมุ่งให้ อสม. สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่

วิธีการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจในการเยี่ยมบ้าน เช่น ผู้ที่ควบคุมโรคเรื้อรังไม่ได้ ผู้ด้อยโอกาส ที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น

2. ศึกษารายละเอียดของผู้ป่วย หรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยม ให้ครอบคลุมทั้งหมด แบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3. ติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. และ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่ โดยมีวิธีการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพและแนะนำทีมเยี่ยมบ้าน

- ตรวจวัดสัญญาณชีพ คือ ชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิ และอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น น้ำหนักตัว ส่วนสูง เป็นต้น

- ประเมินสภาพความเจ็บป่วยและ สภาพแวดล้อมอื่นๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งค้นหาปัญหา

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การปฏิบัติตน การดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ หรือบุคคลใกล้ชิด

- ในกรณีต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพจะมีการวางแผน ติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป พร้อมทั้งนัดหมายผู้ป่วยหรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยม ให้ทราบถึงแผนการเยี่ยมในครั้งต่อไป

- หากพบว่าผู้ป่วยหรือกลุ่มที่ได้รับการติดตามเยี่ยม มีปัญหาที่ซับซ้อน หรือจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพก็จะนัดให้ผู้ป่วยมารับการปรึกษาจากแพทย์ต่อไป

- ลงบันทึกรายละเอียดการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง และวางแผนรายละเอียดการเยี่ยมในครั้งต่อไป

- ยุติการเยี่ยมในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายออกนอกเขตพื้นที่ ทีมสุขภาพรับผิดชอบ หรือเมื่อผู้ป่วย และครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้แล้ว

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง

ผู้บันทึก.อสม.....

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ที่ได้รับการเยี่ยม ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....

1.2 อาชีพ.....

1.3 โรคประจำตัว.....

2. การประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (INHOMESS)

ภาวะสุขภาพ	เยี่ยมครั้งที่ วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ วันที่.....
1. การเคลื่อนไหว ร่างกาย (Immobility)			
2. การรับประทานอาหาร/ภาวะโภชนาการ (Nutrition)			
3. สิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอกบ้าน (Home environment)			
4. ผู้ดูแล,ผู้ป่วยอื่นใน บ้านและความสัมพันธ์ กับบ้านใกล้ (Others people)			

ภาวะสุขภาพ	เยี่ยมครั้งที่ วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ วันที่.....
5. การใช้ยาของผู้ป่วย (Medication)			
6. ความปลอดภัย ความ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (Safety)			
7. สภาพจิตใจ ความเชื่อ (Psychosocial/spiriture)			
8. การตรวจร่างกาย (Examination)	ความดันโลหิต.....mmHg การเต้นของหัวใจ.....ครั้ง/นาที น้ำหนัก.....กิโลกรัม ค่า BMI..... DTX.....mg%	ความดันโลหิต.....mmHg การเต้นของหัวใจ.....ครั้ง/นาที น้ำหนัก.....กิโลกรัม ค่า BMI..... DTX.....mg%	ความดันโลหิต.....mmHg การเต้นของหัวใจ.....ครั้ง/นาที น้ำหนัก.....กิโลกรัม ค่า BMI..... DTX.....mg%

แบบตรวจสอบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Checklist; PSC)

แบบตรวจสอบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Checklist; PSC) พัฒนาโดย Philp I. และคณะ ในปี ค.ศ. 2012 ทำการเผยแพร่โดยองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) แบบตรวจสอบ ฉบับนี้สร้างขึ้น เพื่อช่วยผู้ให้บริการสุขภาพ ระบุปัญหาและทำการช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการฟื้นฟูสภาพ หรือส่งต่อเพื่อการรักษาได้ทันเวลา เครื่องมือ PSC กระชับ ตื้นและง่ายต่อการใช้งาน สามารถประเมินโดยผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ได้ นอกจากนี้ สามารถใช้ PSC ในการระบุของปัญหา ระยะยาว ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาที่เหมาะสม

คำแนะนำสำหรับการใช้งาน:

กรุณาสอบถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในแต่ละข้อคำถาม และตอบคำถามในช่องด้านขวามือ และปฏิบัติตามกิจกรรมที่เขียนไว้ในช่องขวามือ

1. การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ			
ตั้งแต่ได้รับการประเมินว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ท่านได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หรือคำแนะนำเกี่ยวกับยา สำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่	☐ ไม่ได้รับ	หากไม่ได้รับ ส่งข้อมูลต่อไปยังทีมงานบริการปฐมภูมิสำหรับการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการรักษาตามความเหมาะสม	
	☐ ได้รับ	สังเกตอาการ	
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
ตั้งแต่ได้รับการประเมินว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ท่านพบความยากลำบากในการดูแลตัวเอง	☐ ไม่มีความยากลำบาก	สังเกตอาการ	
	☐ มีความยากลำบาก	• คุณมีความยากลำบากในการแต่งกาย ซักผ้า และ/หรือการอาบน้ำ • คุณมีความยากลำบากในการจัดเตรียมอาหารหรือเครื่องดื่ม? • คุณมีความยากลำบากในการออกนอกบ้าน	ถ้ามีความยากลำบาก ส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชน หรือนักกายภาพบำบัด สำหรับการดูแลต่อไป

3. การเคลื่อนไหว			
ตั้งแต่ได้รับการประเมินว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ท่านพบความยากลำบากในเดินอย่างปลอดภัยจากเตียงไปที่เก้าอี้	☐ ไม่มีความ ยากลำบาก	สังเกตอาการ	
	☐ มี ค ว า ม ยากลำบาก	ท่านได้รับการฟื้นฟูสภาพ อย่างต่อเนื่อง	หากไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีมดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน หรือนักกายภาพบำบัด สำหรับ การดูแลต่อไป หากได้รับการฟื้นฟูสภาพ บันทึก กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพใน รายงานประวัติผู้ป่วย ทบทวน และทำการประเมินการดูแลต่อไป
4. กล้ามเนื้อหดเกร็ง			
ตั้งแต่ได้รับการประเมินว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีอาการแข็งเกร็งของ แขน มือ และ/หรือ ขาเพิ่มขึ้น	☐ ไม่มีอาการ แข็งเกร็ง	สังเกตอาการ	
	☐ มี อ า ก า ร แข็งเกร็ง	อาการแข็งเกร็ง รบกวนการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	หากพบอาการแข็งเกร็ง ส่งต่อ ผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อประเมิน ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง
5. ความเจ็บปวด			
ตั้งแต่ได้รับการประเมินว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีความเจ็บปวดใหม่เพิ่มขึ้น	☐ ไม่มีอาการ ปวดใหม่เพิ่มขึ้น	สังเกตอาการ	
	☐ มี อ า ก า ร ปวดใหม่เพิ่มขึ้น	หากมีอาการปวดใหม่เพิ่มขึ้น ส่งต่อไปยังแพทย์ เพื่อประเมิน อาการ รับการรักษาที่เหมาะสม	
6. ความแปรปรวนในการควบคุมการขับถ่าย			
ตั้งแต่ได้รับการประเมินว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ท่านพบปัญหาในกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ	☐ ไม่มีปัญหา ในกลั้นปัสสาวะ และอุจจาระ	สังเกตอาการ	
	☐ มีปัญหาใน กลั้นปัสสาวะ และอุจจาระ ปวดใหม่เพิ่มขึ้น	หากมีอาการปวดใหม่เพิ่มขึ้น ส่งต่อไปยังแพทย์ เพื่อ ประเมินอาการ รับการรักษาที่เหมาะสม	

7. การสื่อสาร			
ตั้งแต่ได้รับการประเมินว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ท่านพบปัญหาในการสื่อสารหรือพูดคุย กับผู้อื่นมากขึ้น	☐ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร	สังเกตอาการ	
	☐ มีปัญหาในการสื่อสารมากขึ้น	หากมีปัญหาในการสื่อสารมากขึ้น ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา (ฝึกพูด) ที่เหมาะสม	
8. อารมณ์			
ตั้งแต่ได้รับการประเมินว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ท่านรู้สึกกังวลมากขึ้น	☐ ไม่รู้สึกกังวล	สังเกตอาการ	
	☐ มีความรู้สึกกังวลมากขึ้น	หากมีปัญหา ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์	
9. การรับรู้			
ตั้งแต่ได้รับการประเมินว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีสมาธิและความสนใจ ลดลง	☐ ไม่มี	สังเกตอาการ	
	☐ มี	อาการรบกวนการทำกิจกรรมและกิจกรรมประจำวัน	หากไม่รบกวนการทำกิจกรรมและกิจกรรมประจำวัน บันทึกในประวัติผู้ป่วยและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หากรบกวนการทำกิจกรรมและกิจกรรมประจำวันส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์

กิจกรรมเสริม : การอภิปรายกรณีศึกษาอย่างเป็นระบบ

หลักการ

การจัดให้มีการอภิปรายกรณีศึกษา เป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาการเรียนรู้ตามสภาพจริงที่มีผู้ป่วย (กรณีศึกษา) เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ โดยมุ่งเน้นให้เห็นข้อเท็จจริงจากสิ่งที่พบเห็น ส่งผลช่วยให้เข้าใจสาเหตุหรือที่มาของปัญหาได้อย่างชัดเจนจากการสังเกต การพิจารณาไตร่ตรอง วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์อย่างรอบคอบ ทำให้เกิดการเรียนรู้ในเชิงการคิด (cognitive learning) ที่เป็นการคิดเชิงวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลหรือการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) มีการเชื่อมโยงกับเนื้อหาทฤษฎี นำไปสู่การตัดสินใจอย่างเหมาะสมทำให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ/วิธีการแก้ปัญหาได้ถูกต้องและเหมาะสมตามบริบท/สถานการณ์จริง นอกจากนี้ การเรียนรู้ที่ได้จากกรณีศึกษาจะเป็นประสบการณ์ฝึกปฏิบัติคิดวิเคราะห์ด้วยตนเองซึ่งถือได้ว่าเป็นทรัพยากรการเรียนรู้ที่สำคัญที่สามารถเชื่อมโยงนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติและพัฒนางานรวมทั้งยังช่วยให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

วิธีการ

1. มอบหมายให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของแต่ละโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เลือกผู้ป่วย 1 ราย เป็นกรณีศึกษา เพื่อร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การเลือกกรณีศึกษา ให้เลือกผู้ป่วยที่ได้ร่วมออกฝึกปฏิบัติเยี่ยมบ้านพร้อมกับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ผู้ป่วยได้ดีจากประสบการณ์ที่ไปเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจสาเหตุ/ที่มาของปัญหาได้ โดยพิจารณาเลือกผู้ป่วยที่มีประเด็นน่าสนใจเกี่ยวกับการให้บริการ เพื่อให้มีการคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงทฤษฎีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. ให้ อสม. ร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษา เกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการคิดวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจวางแผนการให้บริการ อยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พี่เลี้ยง) และกำหนดกระบวนการเรียนรู้ดังนี้

- ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รู้ว่าปัญหาเกิดจากอะไร รู้อาการและสาเหตุของโรค

- เสนอทางเลือกเชิงทฤษฎีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- วิเคราะห์ทางเลือกเชิงทฤษฎี แล้วพิจารณาความเป็นไปได้ ข้อดี ข้อเสีย และปัญหาที่อาจจะตามมา เพื่อตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับกรณีศึกษา

- ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับกรณีศึกษา และวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้

ครอบคลุม

4. นำเสนอการให้บริการแก่ผู้ป่วย (กรณีศึกษา) ที่ รพช / สสอ. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่พบเพื่อร่วมกันหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขร่วมกับทีมพี่เลี้ยง / ทีมนิเทศ

กิจกรรมเสริม: การจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษา

ระบบการให้คำปรึกษา ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นที่เลี้ยงที่สามารถให้การปรึกษาและคำแนะนำแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เมื่อขาดความมั่นใจในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถขอคำปรึกษาได้โดยผ่านทางโทรศัพท์แล้วเจ้าหน้าที่มีการจดบันทึกการให้คำปรึกษาเป็นหลักฐานในบันทึกการเยี่ยมบ้าน

ภาคผนวก ข

เอกสารประกอบการบรรยาย

F:\เอ.นิทรา\ภาคผนวก ข เอกสารสอนอัมพาท\อุปกรณ์ช่วยในการจัดทำ.ppt

F:\เอ.นิทรา\ภาคผนวก ข เอกสารสอนอัมพาท\แผ่นพับ CVA (2).doc

F:\เอ.นิทรา\ภาคผนวก ข เอกสารสอนอัมพาท\อุปกรณ์ช่วยในการจัดทำ.ppt



อุปกรณ์ช่วยในการจัดทำ



ท่านอนตะแคงทับข้างดี



การเคลื่อนย้ายตัวเอง



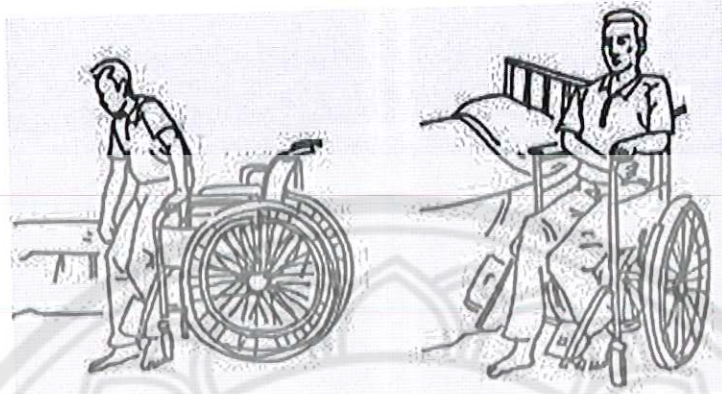
ต้องเคลื่อนย้ายไปข้างที่ดีเสมอ จักรรถเข็นหรือเก้าอี้ทำแขนวางตั้ง
ฉากกับเตียง หันหน้าเข้าชิดทางแขน-ขา ข้างที่ดี ล้อครดเข็นก่อน
เคลื่อนย้ายทุกครั้ง

การเคลื่อนย้ายตัวเอง

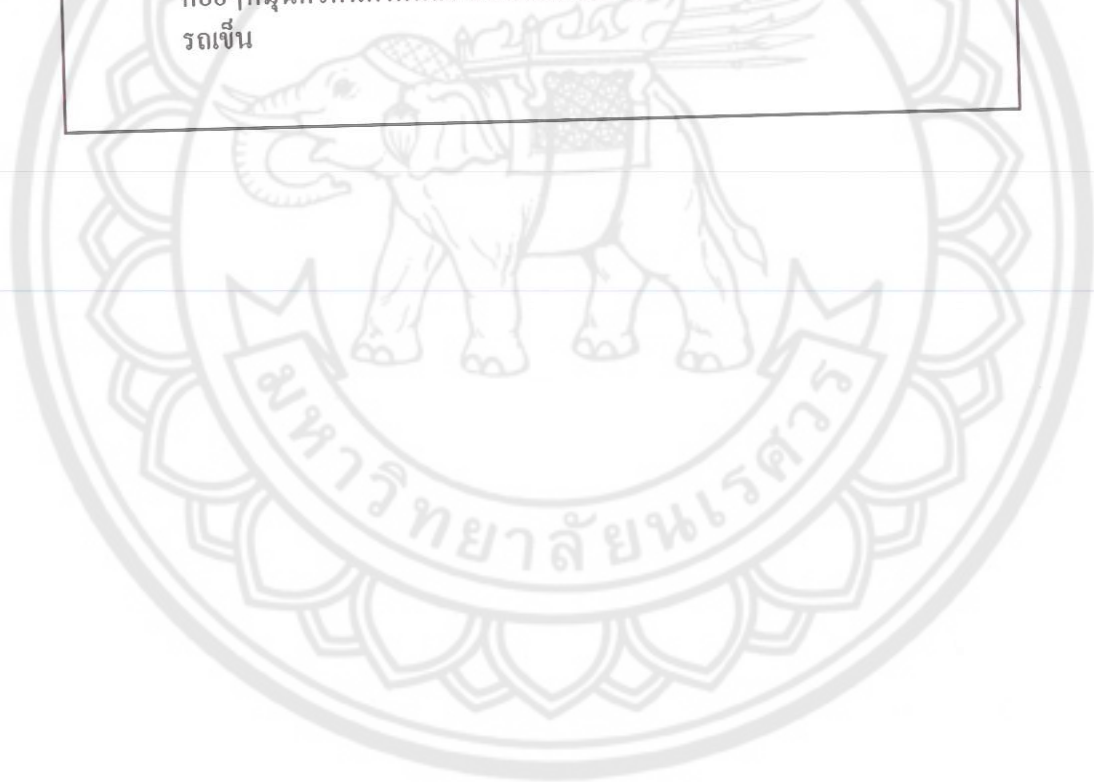


โน้มตัวไปข้างหน้า ใช้มือข้างที่ดียันขอบเตียง ดันตัวลุกขึ้นยืนให้น้ำหนัก
อยู่บนข้างที่ดี

การเคลื่อนย้ายตนเอง



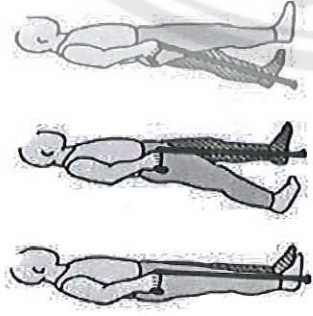
เอื้อมแขนข้างที่ดี เอามือจับพนักเก้าอี้ หรือขอบรถเข็นด้านนอก
ค่อยๆ หนุนตัวหันด้านหลังให้เก้าอี้ แล้วค่อยย่อหน้าลงนั่งเก้าอี้ หรือ
รถเข็น



อุปกรณ์ช่วยเดิน

สำหรับฝึกทางกายภาพบำบัด

1. ไม้เท้าเดียว



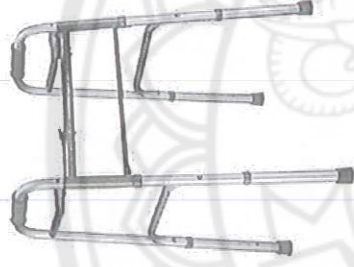
ถือไม้เท้าในด้าน ตรงข้าม กับด้านที่อ่อนแรง

2. ไม้เท้าสามขา



ถือไม้เท้าในด้าน ตรงข้าม กับด้านที่อ่อนแรง

3. ไม้ 4 ขา



ใช้กับผู้ที่มีความอ่อนแรงขาทั้งสองข้าง

แต่เขายังมีแรงเช่น ผู้สูงอายุ

★★★★★★★★★★

ด้วยความปรารถนาดี

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลพหลพลพยุหยาตรา

โทร. 055-369034 ต่อ 143

โรคหลอดเลือดสมอง



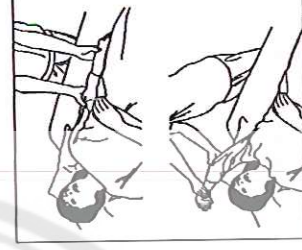
เกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือด เพราะเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (สาเหตุ: โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน ในเลือดสูง) หรือเกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก เพราะเกิดอุบัติเหตุ เช่น ล้มศีรษะกระแทกอย่างรุนแรง

อาการแสดง : ร่างกายจะอ่อนแรงครึ่งซีก บางรายอาจมี

อาการกระตุกของกล้ามเนื้อในข้างที่มีอาการอ่อนแรงร่วมด้วย

การบริหารการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆเบื้องต้น

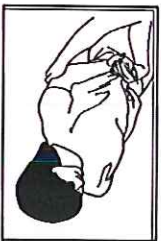
1. การบริหารข้อไหล่



ข้อไหล่ (ขกแขน)

ข้อไหล่ (กางแขน)

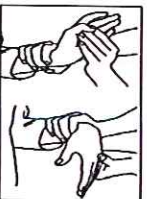
2. การบริหารข้อศอก



เหยียดข้อศอก

งอข้อศอก

3. การบริหารข้อมือและนิ้วมือ



กระดกข้อมือขึ้น-ลง

งอ-เหยียดนิ้วมือ

4. การบริหารสะโพก

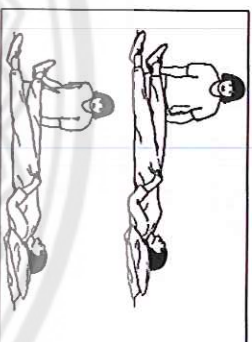


ยกสะโพกขึ้น-ลง

5. การบริหารขา



งอขา-เหยียดขา



กางขา-หุบขา

6. การบริหารข้อเท้า



กระดกข้อเท้าขึ้น

กระดกข้อเท้าลง

คำแนะนำ

1. ควรทำช้าๆ ให้สุดช่วงการเคลื่อนไหวเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ (อย่าฝืน) หยุดทำเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด
2. ไม่ควรทำในผู้ป่วยที่มีไข้ มีอาการบวม หรือหลังทานอาหารอิ่มใหม่ๆ
3. ในแต่ละท่าควรทำซ้ำๆ ทำละ 10-20 ครั้ง วันละ 2-3 รอบ

การประเมินผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น

1. ตรวจเช็คประวัติ อาการเจ็บป่วย สอบถามโรคประจำตัว วัสดุความดันโลหิต
2. ตรวจว่ามีการอ่อนแรงแขน-ขาข้างใด ข้างซ้ายหรือข้างขวา
3. ความสามารถในการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับใด เช่น นอนอยู่เฉยๆ นั่งเองได้ หรือ เดินได้
4. มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆหรือไม่ เช่น ข้อติด บวม มีแผลกดทับ หรือมีแผน-ขาผิดปกติ
5. กิจกรรมที่สามารถทำเองได้ในชีวิตประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ
6. ผู้ป่วยมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเดินหรือไม่

โรคหลอดเลือดสมอง

โดย แพทย์หญิงณัฏฐิณี พึ่งวิวัฒน์



โรคหลอดเลือดในสมอง

- เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น เมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยง หรือ มีเลือดออกในสมอง
- ความผิดปกติดังกล่าวอาจอยู่แค่ชั่วคราว หรือ ถาวร
- อาการที่พบ ได้บ่อย
 - แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก
 - ปากเบี้ยวหน้าเบี้ยวพูดไม่ชัด

ระบาดวิทยา

- สาเหตุการตายในประเทศไทย ของสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2535-
2545
 - อันดับ1 โรคหัวใจ
 - อันดับ2 โรคมะเร็ง
 - อันดับ3 อุบัติเหตุ
 - อันดับ4 โรคหลอดเลือดในสมอง

ใคร ?

คือผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

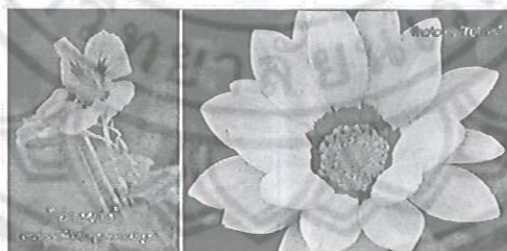


ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- การสูบบุหรี่
- โรคหัวใจ
- สูงอายุ
- ไขมันในเลือดสูง
- แอลกอฮอล์
- ขาดการออกกำลังกาย
- นอนกรน (sleep apnea)
- อ้วน



อาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวัง



ที่บ่งบอกว่าเริ่มเป็นอัมพาต

อาการเตือน

- อ่อนแรงหรือขา
ครึ่งซีกที่หันใด



นึกคำพูดไม่ออก
ไม่เข้าใจภาษา





ตามัวข้างเดียวทันทีทันใด

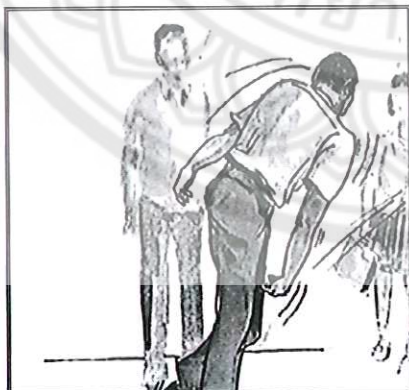


ตามองเห็นภาพซ้อน



เวียนศีรษะ

ร่วมกับเดินเซ





ปวดศีรษะอาเจียน ซึม ไม่รู้สึกตัว



เมื่อพบอาการดังกล่าว ต้องรีบมา
พบแพทย์ โดยเร็ว ถึงแม้อาการจะ
หายไปได้เองแล้วก็ตาม
โทรได้ที่ 1669 (EMS รพ พรหมพิราม)



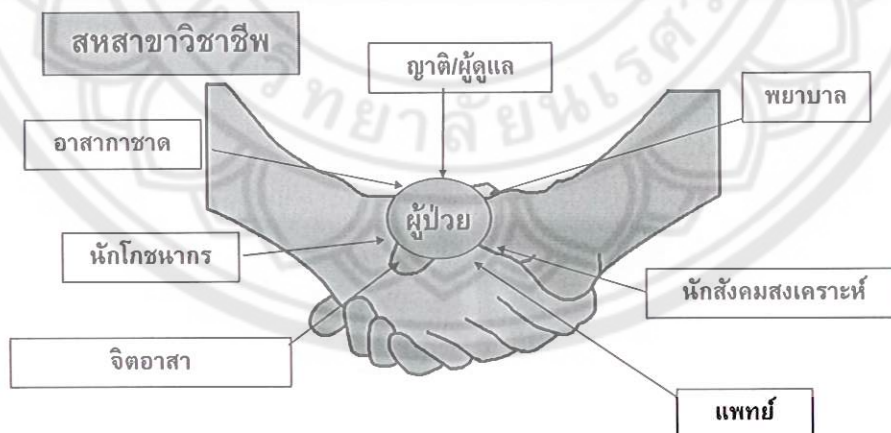


การดูแลรักษา

บุคลากรหลายฝ่ายทำงานร่วมกันและ
สอดคล้องในทิศทางเดียวกัน



ทีม



STOKE UNIT รพ. จุฬาลงกรณ์

- ❖ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับปัญหา
- ❖ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
- ❖ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ
- ❖ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองพอได้
- ❖ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



การวางแผนการจำหน่าย

1 แจ้งให้ญาติทราบ เพื่อเตรียมผู้ดูแล และสถานที่บ้านดูแลผู้ป่วย

2 การให้ความรู้

2.1 การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง (เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ) ได้แก่

- การควบคุมอาหาร
- ตรวจเลือดระดับไขมัน น้ำตาล และอื่นๆ
- งดสูบบุหรี่/ หลีกเลี่ยงดื่มเหล้า
- การออกกำลังกาย
- การผ่อนคลายความเครียด



2.2 การรับประทานยา (ตามแพทย์สั่ง)

2.3 ภาวะภาพบำบัด เป็นสิ่งสำคัญมาก ควร
ทำตั้งแต่วัยแรกที่เกิดอาการ (ถ้าไม่มีข้อ
ห้าม)



ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ อายุ, เพศ, พันธุกรรม

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้

* ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
ไขมันโลหิตสูง และ โรคหัวใจ

* ปัจจัยเสี่ยงรอง ได้แก่ โรคอ้วน

ขาดการออกกำลังกาย

รับประทานไม่เหมาะสม

การดื่มสุรา และการใช้ยาเสพติด ยาบ้า ยาสูบกำเริบ



ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



ขอบคุณค่ะ
จบแล้วค่ะ



ภาคผนวก ค

เอกสารประกอบการอภิปรายแลกเปลี่ยนกรณีศึกษา

F:\เอ.นิทรา\ภาคผนวก ค กรณีศึกษา_Case conference\กรณีศึกษา_วังมะด่าน.pptx

F:\เอ.นิทรา\ภาคผนวก ค กรณีศึกษา_Case conference\งานนำเสนอ1cvaตลกเทียม.pptx

F:\เอ.นิทรา\ภาคผนวก ค กรณีศึกษา_Case conference\จิตอาสาเยี่ยมบ้าน_หนองสะแก.ppt



กรณีศึกษา

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน



อสม.จิตอาสา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านวังมะด่าน

การเยี่ยมบ้าน:ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต

- ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี (นางแตงเม เขียมจจันทร)

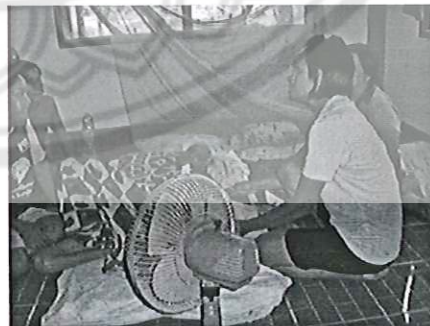
อยู่บ้านเลขที่ 105 หมู่ 3 ตำบลวงษ์อ้อม อำเภอพรมพิตรา
จังหวัดพิษณุโลก

การวินิจฉัยโรค

11 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง รับยา รพ.สต.บ้านหางไหล

9 เดือน เป็นโรคเส้นเลือดสมองแตก(อ่อนแรงซีกขวา) รักษา รพ.พุทธชิน
ราช , รพ.พรมพิตรา ปัจจุบันรับยาต่อเนื่อง รพ.สต.บ้านวังมะด่าน

ข้อมูลทั่วไป(ต่อ)



สรุปสภาพปัญหาที่พบครั้งแรก

- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนบนพื้น สื่อสารไม่ได้
ให้อาหารทางสายยาง บาร์เทล อินเด็กส์ = 5 (ไม่สามารถทำกิจวัตรได้เลย)
- คนดูแลใกล้ชิดไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้เพราะอายุมากและมีโรคประจำตัว
การดูแลทุกอย่างต้องรอ ลูกสาว หรือลูกสะใภ้
- สิ่งแวดล้อมในบ้านไม่สะอาด เลี้ยงสุนัขในบ้าน
- ญาติถอดอุปกรณ์การแพทย์ออกเอง (ท่อที่คอ)
- มีน้ำหนองไหลออกจากหูทั้งวัน
- ญาติให้ยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง เนื่องจากตรวจวัดความดันลดลงมาก จึงหยุด
ยาเอง

การวางแผนแก้ไขปัญหาค้างแรก

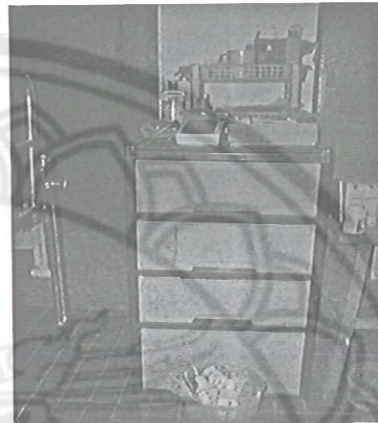
- แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเป็นระเบียบ แยกเลี้ยงสัตว์ไว้นอก
บ้าน
- ให้ญาติดูแลใกล้ชิด
- ให้คำแนะนำญาติ เรื่อง
 - การทำความสะอาด รูกะคอก เพราะมีเสมหะ และเช็ดทำความสะอาดรูหู
 - การทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ซองปาก โดยให้ผ้าชุบน้ำยาบ้วนปาก
 - ดูแลการให้อาหารและยา ทางสายยาง ตามเวลา ตามแพทย์สั่ง
 - สังเกตการกายภาพ เช่นการยืดเหยียด แขน ขา ข้อมือ ข้อเท้า ข้อเท้า แนะนำ
ให้ทำต่อเนื่อง

การเปลี่ยนแปลงที่พบในการเยี่ยมครั้งที่ 2

- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนบนพื้น สื่อสารไม่ได้
ให้อาหารทางสายยาง บาร์เทล อินเด็ก = 0 (ไม่สามารถทำกิจวัตรได้เลย)
- มีลูกสะไภ้ เป็นคนดูแลใกล้ชิด
- สิ่งแวดล้อมในบ้านสะอาดเป็นระเบียบ แต่ยังเลี้ยงสุนัขในบ้าน
- รุเงาะที่คอ ยังมีเสมหะสีขาวใส
- ยังมีน้ำหนองไหลออกจากหูช่วงเช้า
- เริ่มมีข้อเท้า 2 ข้าง ตืด
- มีไข้ 37.9 องศา
- ญาติไม่รับยาตามนัด 19/4/2556
- ญาติต้องการถอดสายอาหารเพราะต้องการให้ผู้ป่วยทานอาหารเอง

การวางแผนแก้ไขปัญหาคั้งที่ 2

- แนะนำเลี้ยงสัตว์นอกบ้าน เพราะสัตว์อาจเป็นพาหะนำโรค
- แนะนำการทานยาลดไข้ ถ้ามีไข้
- แนะนำการใช้เตียงปรับระดับ โดยประสาน รพ.สต.บ้านวังมะด่านเพื่อ
สะดวกในการดูแล
- ฝึกให้กายภาพแก้ไขข้อติด กล้ามเนื้อลีบ การจัดวางท่า โดยใช้หมอนหนุน
- การพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- แนะนำการทำความสะอาดหู
- แนะนำญาติมารับยาที่ รพ.สต. บ้านวังมะด่าน



การเปลี่ยนแปลงที่พบในการเยี่ยมครั้งที่ 3

- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนบนพื้น สื่อสารไม่ได้
บาร์เทิล อินเด็กส์ = 5 (ไม่สามารถทำกิจวัตรได้เลย)
- ไม่เลี้ยงสุนัขในบ้าน
- รุจาที่คอแห้ง ไม่มีเสมหะ
- ยังมีน้ำหนองไหลออกจากหูช่องเข้าแต่น้อยลง
- ข้อเท้า 2 ข้าง ยึดเหยียดได้มากขึ้น
- ไม่มีไข้
- ญาติไม่รับยาตามนัด 19/4/2556 เนื่องจากยังมียาทานอยู่
- ญาติถอดสายอาหาร ต้องการลองให้ผู้ป่วยทานอาหารทางปากคิดว่าจะได้
สารอาหารมากกว่า

การวางแผนแก้ไขปัญหาคั้งที่ 3

- การทำความสะอาด
- การกายภาพต่อเนื่อง
- ระวังการล้มักอาหาร
- แนะนำญาติรับยาต่อเนื่อง



การเปลี่ยนแปลงที่พบในการเยี่ยมครั้งที่ 4

- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนบนเตียง สื่อสารได้ด้วยท่าทาง เช่น การตอบสนองความต้องการ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
- บาร์เทิล อินเด็ก = 5 (ไม่สามารถทำกิจวัตรได้เลย)
- ไม่มีน้ำหนองไหลออกจากหู
- ข้อเข่า 2 ข้าง ยืดเหยียดได้มากขึ้นกว่าเดิม
- ญาติไม่รับยาตามนัด 19/4/2556 เนื่องจากยังมียาทานอยู่
- ผู้ป่วยสามารถทานอาหารทางปากเองได้ มากขึ้น

การวางแผนแก้ไขปัญหาคั้งที่ 4

- การกายภาพต่อเนื่อง
- การรับยาต่อเนื่อง
- ระวังการสำลักอาหาร
- จนท. นัดเจาะไขมันที่บ้าน 7/6/2556

ปัญหาและอุปสรรค

ด้านผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

ผู้ป่วยสื่อสาร ตอบสนองไม่ได้

ญาติขาดความรู้ ขาดการดูแลเอาใจใส่ สามีเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย แต่ให้การดูแลไม่ได้ เนื่องจากป่วยเป็นโรคใจเลื้อน หลังผ่าตัด

ความสัมพันธ์ในพี่น้องไม่ค่อยดี

ภาระหน้าที่ ที่ต้องทำมาหากิน

ภาระค่าใช้จ่าย ค่านม ค่าผ้าอ้อม ฯ

ปัญหาและอุปสรรค

- ด้านจิตอาสาและครอบครัวจิตอาสา

ความรู้ความเชี่ยวชาญที่ต่างกัน

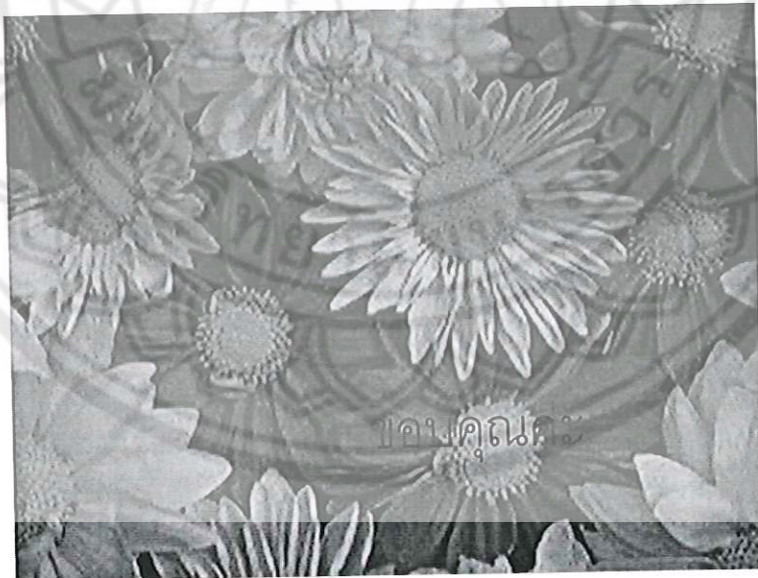
ภาระครอบครัว ภาระการทำมาหากิน

การประสานงานในทีม เช่น การนัดหมาย ติดอบรมฯ

ขับรถจักรยานยนต์ได้

ความประทับใจและความภาคภูมิใจ

- ภาคภูมิใจและมีความสุขที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
- ดีใจที่ญาติของผู้ป่วยให้การต้อนรับ ยอมรับ และมีการเปลี่ยนแปลงตามคำแนะนำ
- คิดว่าการเยี่ยมบ่อยๆจะทำให้ญาติมีความตระหนักในการที่จะดูแลผู้ป่วยมากขึ้น



กรณีศึกษา: ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน กระดูกสันหลังเสื่อม

- ข้อมูลทั่วไป



สรุปปัญหา

เยี่ยมครั้งแรก – ครั้งที่ 3

- พบความดันสูง
- มีอาการปวดหลังเวลาหัดเดิน
- ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง

เยี่ยมครั้งที่ 4 พบปัญหาเพิ่ม

- การใช้อุปกรณ์ไม่ถูกต้อง
- คิดมากเรื่องสามีที่มีอาหารหลงลืมมาก

การวางแผน การดูแล

- ประเมินอาการปวด แนะนำการทานยาแก้ปวด
- ประเมินวัดความดันทุก 7 วัน
- การทานยาตามแพทย์สั่ง
- ปรีกษา จนท.รพ.สต.เรื่องความดันสูง และแนะนำญาติปรีกษาแพทย์ที่รักษาประจำ
- แนะนำให้นอนนิ่งในท่าที่สบาย
- แนะนำการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงตัวเพื่อลดอาการเจ็บปวด
- แนะนำญาติให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เช่น การอาบน้ำเอง การใส่เสื้อผ้าเอง การรูกนั้
- ให้กำลังใจ ผู้ป่วยและญาติ



กรณีศึกษา: ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต

- ข้อมูลทั่วไป



กรณีศึกษา

โรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไป

- ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 69 ปี การวินิจฉัยโรค โรคหลอดเลือดสมอง ป่วยมาเป็นเวลา 19 ปี
- การประเมินสภาพโดยทั่วไป
 - ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน : ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน
 - โภชนาการ
 - รูปร่าง : ท้วม
 - ลักษณะอาหารที่รับประทาน : อาหารธรรมดา รสจืด
 - รับประทานอาหาร โดยญาติช่วยใช้ช้อนตักไว้ให้และทำชิ้นเล็กๆไว้ส่งหน้า
- สภาพบ้านและเศรษฐกิจ : บ้านสะอาดเรียบร้อยดี อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ ผนังทาสีขาว มีต้นไม้รอบบ้านมีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น โทรทัศน์ ตู้เย็น เครื่องซักผ้า หม้อหุงข้าว
- ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว : รักใคร่กันดี มีผู้ดูแลกิจกรรมา คอยช่วยเหลือในทุกๆด้าน
- ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน : รักใคร่ช่วยเหลือกันดี

ยาที่ใช้เป็นประจำ

- Propanolol 40 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น
- HCTZ 25 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า
- Enalapril 20 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น
- ASA 81 mg 1 เม็ด หลังอาหารเย็น

รับประทานยาถูกต้องตามแผนการรักษา

การตรวจร่างกาย

- ❖ อุณหภูมิ 36.8 องศา ความดันโลหิต 122/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 64 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที
- ❖ สภาพทั่วไป : รูปร่างทั่วไป
- ❖ ตีระนะ : ไม่พบรอยโรค ผสมสีขาวปนดำ บู่ : สมมาตรกัน 2 ข้าง ไม่พบรอยโรค ได้ยินชัดเจน
- ❖ ตา : มองเห็นชัดเจน กอ : หลอดลมอยู่กึ่งกลาง ไม่มีรอยโรค
- ❖ จมูก : ได้กลิ่นชัดเจน หัวใจ : ปกติ
- ❖ ปอด : ปกติ ท้อง : คลำไม่พบก้อน ไม่มีเสียงผิดปกติ
- ❖ ปลายแขนขา : ปลายนิ้วมือ ปลายเท้าข้างซ้ายอ่อนแรง
- ❖ ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี การตอบสนองปกติ ตามตอบรูเรื่อง
- ❖ มีระบบที่ผิดปกติ : ระบบประสาท ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง

การตรวจร่างกาย(ต่อ)

- สุขภาพในช่องปาก : ไม่มีฟัน ใสฟันปลอม
- การออกกำลังกาย : ไม่ออกกำลังกาย
- ความเชื่อและทัศนคติ
 - ความเชื่อต่อการเจ็บป่วย : เชื่อว่าเป็นเวรกรรม
 - ความเชื่อต่อการรักษา : รักษาที่โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน

การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

- จากการประเมินการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประเมินได้ 60 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
- จากการประเมินการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ประเมินได้ 65 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง โดยได้คะแนนเพิ่มในส่วนที่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง

การติดตามเยี่ยมบ้าน
ติดตามเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ในวันที่ 1, 8, 15 และ 30 พฤษภาคม 2556

สรุปผลการเยี่ยมบ้าน

สรุปปัญหาที่ต้องให้การพยาบาลจากการเยี่ยมบ้าน

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่
ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวล กลัวไม่หาย ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง

O : จากการสังเกตผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

A : วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

การวางแผนให้การดูแลแนะนำช่วยเหลือ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ แสดงท่าทีอบอุ่นเป็นมิตร สนใจและรับฟังข้อซักถาม และแสดงท่าทีให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การปรับตัวและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก
3. ประเมินสภาพครอบครัว ความรู้สึกของญาติ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยระบายความในใจ และร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย วางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต และการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจและลดความเครียดลง
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอย่างแท้จริง เกี่ยวกับความวิตกกังวลและปัญหาต่างๆรวมทั้งความต้องการความช่วยเหลือ
5. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
6. อธิบายเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยปัจจุบันที่เป็นอยู่ แก่ผู้ป่วยและญาติ ถึงขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาการรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะรับการรักษา และความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษา เพื่อให้ครอบครัวสามารถเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยและการรักษาของแพทย์มากขึ้น

การวางแผนให้การดูแลแนะนำช่วยเหลือ

7. แนะนำให้ผู้ป่วยนำงานอดิเรกที่สนใจมาทำ จะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยได้
 8. สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย หรือการทำสมาธิเพื่อลดความเครียด
 9. ให้กำลังใจ พุดคุยปลอบโยนผู้ป่วย ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย โดยแนะนำให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อลดความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ
 10. ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติ ตามความเป็นจริงและถูกต้อง
 11. ให้ความสนใจ ติดตามและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
 12. เป็นผู้ประสานและที่ปรึกษาที่ดี เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาและต้องการคำปรึกษา
 13. แนะนำให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับเพื่อนบ้านเพื่อลดความวิตกกังวล
 14. สังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ ในขณะให้การพยาบาลและหลังให้การพยาบาล
- การประเมินผล
1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวล
 2. ผู้ป่วยพูดคุย กับคนอื่นมากขึ้น
 3. จากการซักถาม ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบข้อซักถามได้

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่าแขนและขาซ้ายอ่อนแรง ยังทำกิจวัตรด้วยตนเองไม่ได้ทั้งหมด
- O: จากการสังเกตผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ใช้การกระเดือกในการเคลื่อนไหว
- A: วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง

การวางแผนให้การดูแลแนะนำช่วยเหลือ

ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การรับประทานอาหารด้วยตนเอง แนะนำการทำกายภาพบำบัด การทำออกเพื่อกระตุ้น การเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อ การฝึกเดินโดยการก้าวเกาะ การเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การประเมินผล

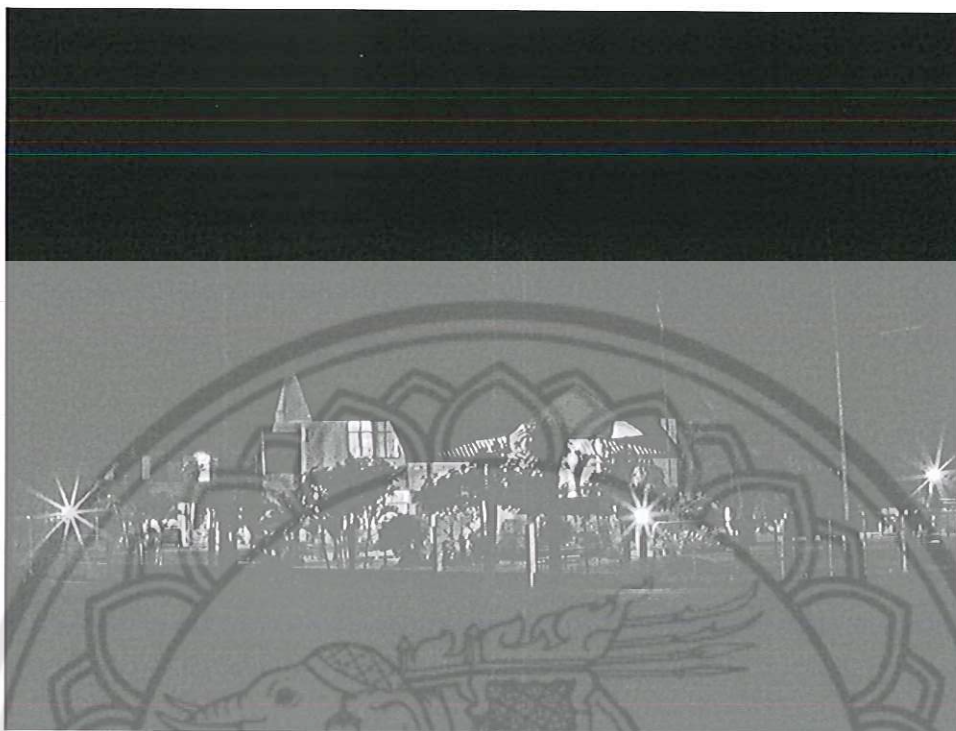
1. ผู้ป่วยตั้งใจรับฟังคำแนะนำและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถทานอาหารได้ด้วยตนเอง

สรุปผลการติดตามเยี่ยม

- ต้องติดตามเยี่ยมต่อไปในปัญหาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด แขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้

จบการนำเสนอค่ะ





สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ CBL
การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ในการเยี่ยมชมบ้าน โดย
อสม.

- 4 มิถุนายน 2556
- ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังมะด่าน



ที่ตั้ง

หมู่ที่ 7 บ้านหนองสะแก ต.ตลกเทียม อ.พรมพิราม จ.พิษณุโลก
บนเนื้อที่ 2 ไร่ 1 งาน 80 ตารางวา ห่างจากตัวอำเภอ 40 กม.

ห่างจาก รพ.พรมพิราม 40 กม.

ห่างจาก รพ.ศรีสังวร จ.สุโขทัย 12 กม.

อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อ.พิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ตำบลวังวน อำเภอพรมพิราม
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	หมู่ 4 ตำบลตลกเทียม หมู่ 3 ตำบลศรีภิรมย์
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	หมู่ที่ 13 ตำบลไกรโนน อ.กงไกรลาศ
		หมู่ 10 ตำบลเกาะตาเลี้ยง อ.ศรีสำโรง

พื้นที่รับผิดชอบ

รับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน จำนวน 746 หลังคาเรือน
ประชากรทั้งหมด 2,338 คน เป็นชาย 1,188 คน หญิง
1,128 คน



จำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ย 14 คน/วัน
การประกอบอาชีพ

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การเพาะปลูก ทำนา ทำไร่(ข้าวโพด ถั่ว
งา)

สังคมและศาสนา

จะอยู่กันแบบเครือญาติ เอื้อเฟื้อต่อกัน ประชาชนส่วนใหญ่จะนับถือ
ศาสนาพุทธ

บุคลากร



นายทองนักร้อง
ผอ.รพ.สต.



น.ส.ดวงรัตน์ วงศ์ทวี
พยาบาลวิชาชีพ



นายอรุณกร รัตนี
จพ.ง.สาธารณสุขชุมชน(นร.)



นางฉลวย ธีระขันธ์
ผู้ช่วยเภสัชกร



นายรัก แต้บ่มสุข
ช่างทาสี

บุคลากรจาก รพ.แม่ข่าย



ดร.ณัฏฐณิ ทึ่งวิรัตน์
นายแพทย์ปฏิบัติกร



ทพ.ดิศรัชัย มาแก้ว
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

บริการ



บุคลากรจาก รพ.แม่ข่าย



ดร.กรรณิการ์ ทับทิม
เกตุขจร



นายสุทธศักดิ์ สิงห์ชัย
แพทย์แผนไทยประยุกต์



น.ส.ปนัดดา พ้ายเทศ
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ



น.ส.สุติมา หูบ้านยาง
นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

ปัญหาสาธารณสุข รพ.สต.บ้านหนองสะแก ปี 2555

- ปัญหาจำนวนผู้ป่วยระบบไหลเวียนเลือด (ผู้ป่วยเรื้อรัง)
- ปัญหาสิ่งแวดล้อม (การจัดการขยะ สารเคมีในเลือดเกษตรกร)
- ปัญหาท้องก่อนวัยอันควร
- ปัญหาการขาดการออกกำลังกาย
- ปัญหาอาหารปลอดภัย กบส.

จิตอาสาเยี่ยมบ้าน

รพ.สต.บ้านหนองสะแก



ประชุมวางแผนการเยี่ยมบ้าน CBL



ประชุมวางแผนการเยี่ยมบ้าน CBL



กรณีที่ 1

- ผู้ป่วยชายไทยอายุ 74 ปี ป่วยด้วยโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองมา 3 ปี รักษาที่ รพ.ศรีสังวร คลินิกเอกชน รพ.สต.บ้านหนองสะแก . แรกพบนอนอยู่ที่ใต้ถุนบ้านร่างกายสะอาด มีโรค 2 ตัว ที่รอดใต้ถุนบ้าน ม้วนเก็บไว้ รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขา ชีกขาขยับไม่ได้ สภาพแวดล้อมสะอาดญาติพี่น้องรักใคร่กันดี เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากเวรกรรม ก่อนการเจ็บป่วยไม่เคยตรวจรักษาที่ได้

สภาพปัญหาที่พบ

1. เป็นเบาหวาน ความดันโลหิต หลอดเลือดสมอง
2. ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ชีกขา
3. ไม่ยอมทำกายภาพ

ปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน

1. ไม่ยอมทำกายภาพแขนขาขวาเริ่มติด



การติดตามเยี่ยม

ครั้งที่	สภาพปัญหา	การแก้ไข	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง
1	ผู้ป่วยไม่ยอมทำกายภาพแขนขาซ้ายขวาอ่อนแรง	-ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ - แนะนำทำกายภาพ	-	-
2	ยอมทำแต่ยังขัดขึ้นเนื่องจากเจ็บ	-นำผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันไปเยี่ยม -จัดรถให้เหมาะสมกับสภาพ	-ผู้ป่วยมีกำลังใจในการทำกายภาพ -ดึงรถขาเอง	-หน้าตายิ้มแย้ม หัวเราะชอบใจ -ยอมให้ทำแต่ยังเจ็บตามข้อและขัดขึ้นบ้าง -ทำได้ส่วนขาแขนไม่ได้ทำ

การติดตามเยี่ยม

ครั้งที่	สภาพปัญหา	การแก้ไข	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง
3	แขนซ้ายขยับไม่ได้ ไม่ได้รับการทำกายภาพเท่าที่ควร	-ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ -กระตุ้นให้ทำกายภาพแขนด้วยและบีบนวดร่วม	-ผู้ป่วยยอมให้ทำกายภาพและทำเองบ่อยขึ้น	-แขนขาไม่ตึง ยกมือขึ้นเองได้ -ยังดึงรอกแขนขา
4	ดึงรอกได้แค่ส่วนขา	-ปรับรอกให้ดึงได้ทั้งแขนและขาโดยใช้รอกแยกตัว	-ผู้ป่วยพอใจหัวเราะได้ทั้งแขนขาไปพร้อมกัน	-แขนขาอ่อนตัวไม่ขัดขึ้น -ดึงรอกได้ทั้งแขนขา -หัวเราะพอใจ

กรณีที่ 1

ครั้งที่ 1 อุปกรณ์ทำกายภาพเก็บเรียบร้อยจนการใช้งาน

สิ่งที่พบ นอนนิ่งๆ แขนขาซีกซ้ายช่วยเหลือตัวเองไม่ได้



กรณีที่ 2

ครั้งที่ 1 ฉันอยู่คนเดียวจ้ะ



ครั้งที่ 2 ขวนกันไปให้กำลังใจ

พระเอก



ครั้งที่ 2 (ต่อ)

ฉันเดินไม่ได้ อยากให้ฉันไปต้องอุ้ม

นะ

“ทำเข้านะจะได้ลูกนั่งคุยกัน”



ครั้งที่ 3

หัดเดิน 4 ขาที่บ้านลูกสาวคนเล็กจ้า

“พักเหนื่อยก่อนนะ”



ครั้งที่ 4

นี่เป็นไงล่ะนางเอกทำได้

นี่ฉันนั่งขัดสมาธิได้แล้ว



กรณีที่ 3

- ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 83 ปี ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงมา 2 ปี รักษาที่ คลินิก รพ.สต. บางครั้ง สภาพแรกพบผู้ป่วยใบหน้าเรียบเฉย นอนบนที่นอนฟูก อยู่ใต้ถุนบ้านชั้นล่างตามลำพังสภาพทั่วไปค่อนข้างมีด มีถุงและ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก แขนขาข้างขวาช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง สามารถลุกนั่งได้เอง เชื่อว่าอายุเยอะแล้วไม่หายแน่นอน มีลูกสาวคนเล็กที่มีอาการปวดหลังดูแล มีโต๊ะญี่ปุ่นตั้งพร้อมอาหาร มีผ้าอ้อมสำเร็จรูปวางอยู่ข้างมือนั่งมีกลิ่นค่อนข้างแรง เรียกไม่ค่อย ได้ยิน

สภาพปัญหาที่พบ

1. สภาพแวดล้อม อากาศถ่ายเทไม่สะดวก
2. ญาติให้การดูแลไม่เต็มที่เนื่องจากปวดหลัง
3. ไม่ยอมช่วยเหลือตัวเองเท่าที่ช่วยตัวเองได้

ปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน

1.สภาพแวดล้อม อากาศถ่ายเทไม่สะดวก



การติดตามเยี่ยม

ครั้งที่	สภาพปัญหา	การแก้ไข	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง
1	สภาพแวดล้อม อากาศถ่ายเทไม่สะดวก	-ให้กำลังใจผู้ป่วย -แนะนำให้ญาติ กระตุ้นให้ผู้ป่วย ลุกนั่ง	-	-ผู้ป่วยและญาติ เคยเมย์ไม่ ตอบสนองใดๆ
2	ปัญหายังคง เดิม ไม่ยอมทำ	-ทีมจิตอาสาช่วย ญาติทำความ สะอาดเป็น	-ผู้ป่วยยอมลุกขยับ มาหน้าบ้าน -ญาติทำความ สะอาดบริเวณที่ นอนรอบตัวผู้ป่วย	-คนไข้/ญาติ ตอบสนองจิตอาสา ดีขึ้น
	กายภาพ กลืนอับ	บางส่วน		-อากาศถ่ายเทมาก ขึ้นมีกลิ่นลดลง -ไม่ยอมให้ทำ กายภาพ

การติดตามเยี่ยม

ครั้งที่	สภาพปัญหา	การแก้ไข	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง
3	ปัญหายังคงเดิม ไม่ค่อยยอมทำกายภาพ	-แนะนำเรื่องการยุงลาย -อสม.แนะนำผู้ป่วยทำกายภาพ	-ลูกนั่งได้เอง ยอมให้ทำกายภาพ -ญาติเปลี่ยนที่นอนใหม่	-ผู้ป่วยนั่งรอ ทีมจิตอาสาที่หน้าบ้าน -เปลี่ยนที่นอนใหม่ -ไม่มีกลิ่นอับ
4	ยังคงมีกลิ่น	-แนะนำให้ญาติเก็บผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่ใช้แล้วทุกครั้ง	-ญาติทำตามคำแนะนำ -หน้าต่างบ้านเปิด -ยุงลดลง	-ไม่พบผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ใช้แล้วบริเวณที่นอน -ผู้ป่วยอากาศถ่ายเทดีขึ้น

เยี่ยมครั้งที่ 3

ครั้งที่ 1

“อะทุกคนเชิญนั่งให้เรียบร้อยนะค่ะ”



เยี่ยมครั้งที่ 2

เอาใจดีอย่ามองหน้ากันเฉยๆสิ

“ลองให้ขยับมาข้างนอกหน่อยนะ
อากาศดีนะค่ะ”



เยี่ยมครั้งที่ 3

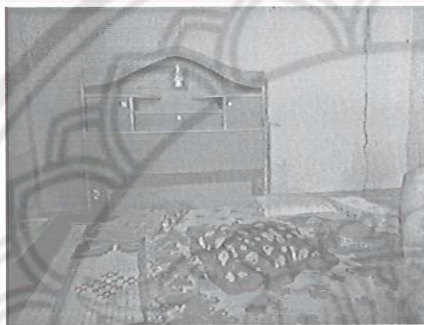
รอเมื่อไรจะมากันนะ นังนานละ

มีที่นอนใหม่แล้วนะสี่ชมพู

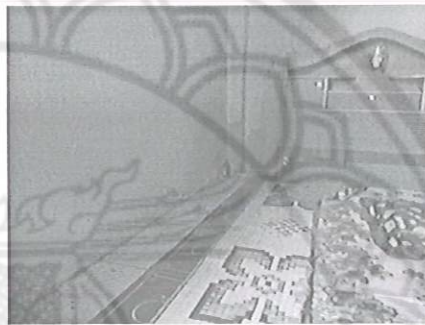


ครั้งที่ 4

ที่นอนใหม่



ไม่มีของวางแล้วนะโล่งใจหรือเปล่า



เยี่ยมครั้งที่ 4

ปวดหลังรอนานแล้ว



ฉันเริ่มอยากทำกายภาพแล้วจ้า



VDO ยายทิ้ง 1

ปัญหาและอุปสรรค

- จิตอาสา/เจ้าหน้าที่
 - ก้าวผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือ
- อื่นๆ
 - ไม่คิดว่าเป็นปัญหา เช่น ไกล (เพราะใจเราเต็ม 100)

ความประทับใจ/ความภูมิใจ/การวางแผนดูแล

- สิ่งที่ได้ในการเยี่ยมบ้านคือสิ่งที่เปลี่ยนแปลงของคนไข้ไปในทางที่ดีขึ้น
- รู้สึกว่าตัวจิตอาสาและ อสม.เองมีคุณค่ามากขึ้น
- ดีใจที่ได้ร่วมโครงการจิตอาสานี้และได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่นและตนเอง
- ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายทำให้เราได้มีการฝึกคิดและแก้ปัญหาไปเรื่อยๆ



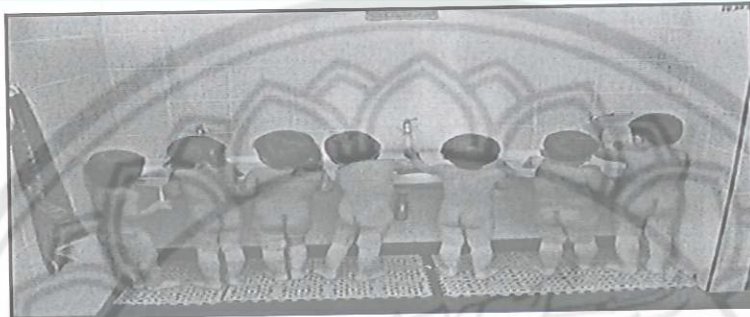
ภาพความประทับใจ/ความภูมิใจ/การวางแผนดูแล



ภาพความประทับใจ/ความภูมิใจ/การวางแผนดูแล



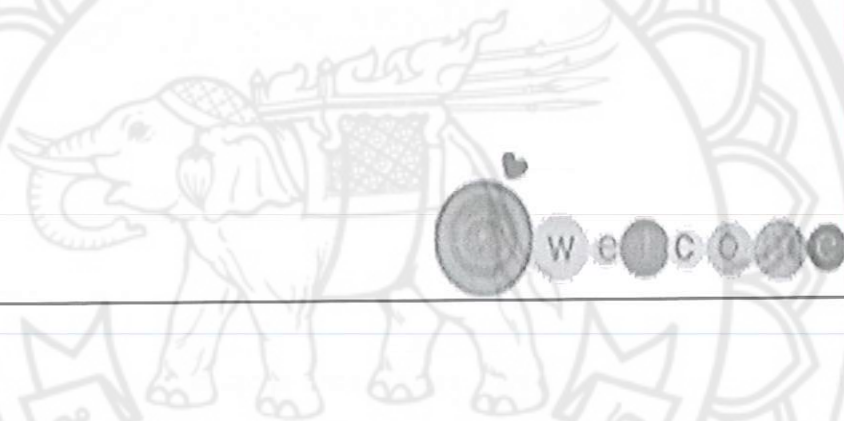
ปัจจัยความสำเร็จในการทำงาน คือ...
ทีมที่ดี



รถเราเยี่ยมสะอาดค่ะ



ถึงบ้านเราจะไกลแต่เราใจเต็มร้อย



สวัสดี