

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อดูแลสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนบนพื้นที่ห่างไกล

บวรศักดิ์ เพชรานนท์ วท.ม. (ภูมิศาสตร์)

ธัญญ์วรา กติกาโชคสกุล วท.ม. (การจัดการความรู้)

สถาบันพัฒนาและฝึกอบรมโรงงานต้นแบบ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

ติดต่อผู้เขียน: บวรศักดิ์ เพชรานนท์ Email: bovorsak33@gmail.com

วันรับ:	15 ก.ย. 2567
วันแก้ไข:	13 พ.ค. 2567
วันตอบรับ:	20 พ.ค. 2567

บทคัดย่อ

ชุมชนชาติพันธุ์ในพื้นที่ห่างไกลมีข้อจำกัดในการเดินทาง ความรู้ภาษาไทย และวิถีชีวิตที่ขัดแย้งกับการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์ ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพจากภาครัฐ การสร้าง “หมอบ้าน” จากคนในชุมชนจึงเป็นแนวทางที่เป็นไปได้ หมอบ้านจะเป็นด่านแรกในการบริการสุขภาพมูลฐานและเชื่อมโยงกับหมออนามัยและหมอโรงพยาบาลชุมชน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาหมอบ้าน รวมถึงการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) วิธีการดำเนินงานประกอบด้วย (1) การเชื่อมโยงแผนกับหน่วยสาธารณสุขในพื้นที่ กำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์ที่ตอบโจทย์สุขภาพพื้นที่ กำหนดขอบเขต เนื้อหา และกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะ (2) การคัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เน้นผู้ที่สนใจและปฏิบัติงานจริงในพื้นที่และมีคุณลักษณะของความเป็นผู้นำทางด้านสาธารณสุข (3) การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะทางการแพทย์ ทักษะในการให้บริการ และความรู้ด้านการถ่ายภาพเพื่อสื่อสารอาการป่วย โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ David Kolb ทั้งแบบ Onsite และ Online (4) พัฒนาสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และ (5) พัฒนารูปแบบกระเป๋าเคลื่อนที่และกลไกการบริหารจัดการ ผลการศึกษาพบว่าแพลตฟอร์มนวัตกรรมการเรียนรู้แบบ Active Learning ที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม สามารถยกระดับ อสม. ปกติให้เป็นหมอบ้านหรือ “ซูเปอร์ อสม.” จำนวน 27 คน ใน 22 หย่อมบ้าน ภายใน 10 เดือน ซูเปอร์ อสม. ให้บริการชาวบ้านเจ็บป่วยตามอาการ 939 ครั้ง ติดตามผู้ป่วยเรื้อรัง 190 ครั้ง คัดกรองโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป 2,039 ครั้ง ดูแลผู้สูงอายุ 290 ครั้ง ผู้พิการ 47 ครั้ง และส่งเสริมสุขภาพด้วยโครงการในชุมชน 12 โครงการ

คำสำคัญ: ชุมชนบนพื้นที่สูง; กลุ่มชาติพันธุ์; กลไกการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

บทนำ

คุณภาพชีวิตของชุมชนในเขตพื้นที่ภูเขาหรือพื้นที่ทุรกันดารของประเทศไทย ยังขาดโอกาสในการเข้าถึงสาธารณสุขที่ดีจากภาครัฐ อันเนื่องมาจาก ประการที่ 1 การเข้าถึงยากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในฤดูฝน เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจากองค์กรรัฐ⁽¹⁾

ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) หรือกระทั่งบางพื้นที่ยังมีกลไกของสถานบริการสุขภาพชุมชน (สสช.) ก็ตาม พื้นที่ส่วนใหญ่ต้องใช้รถขับเคลื่อนสี่ล้อในการเดินทาง ขณะที่บางพื้นที่สามารถเดินทางด้วยการเดินเท้าเพียงอย่างเดียวในฤดูฝน ฉะนั้นหากผู้ป่วยอาการไม่หนักจริง ๆ

(หนักตามความคิดของชาวบ้าน) จะไม่เดินทางไปพบเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หลายพื้นที่ขาดสัญญาณโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต ชาวบ้านไม่สามารถหาความรู้หรือปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ได้ ชาวบ้านจึงจำเป็นต้องดูแลหรือจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองเป็นทางเลือกเบื้องต้น⁽²⁾ ประการที่ 2 ชุมชนพื้นที่สูงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ยังคงปรากฏการใช้สมุนไพร น้ำมันต์ คาถา ในการรักษาตามความรู้หรือความเชื่อ ซึ่งมีทั้งถูกและผิดหลักทางการแพทย์ วิธีที่ผิดมักก่อให้เกิดอาการแพ้ลง อาทิ รักษาแผลไฟไหม้/น้ำร้อนลวกด้วยการใส่ผงชูรส เกลือ มูลโค/กระบือ ความรู้ที่ผิดหลักการแพทย์ส่งผลเสียต่อทารก อาทิ ใช้ผ้าหนาห่อตัวเมื่อทารกมีไข้ เป็นต้น ประการที่ 3 อุปสรรคสำคัญด้านภาษาชนเผ่าที่มีความแตกต่างกับภาษาไทย ส่งผลให้ลดทอนความเข้าใจในเรื่องที่สื่อสารทั้งในแง่การฟัง พูด อ่าน เขียน รวมถึงศัพท์บางคำในทางสุขภาพ หรือทางการแพทย์ไม่มีคำแปลโดยตรงในภาษาชนเผ่า สื่อทางด้านสาธารณสุขที่รัฐนำมาใช้ส่วนใหญ่เป็นภาษาไทย เต็มไปด้วยตัวหนังสือ ยากที่ชาวบ้านจะเข้าใจอย่างถ่องแท้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในระดับล่างสุดของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้คนในชุมชนซึ่งเข้าใจวิถีชีวิตของชุมชนเป็นอย่างดี มีความใกล้ชิดและรู้จักคนในชุมชน เข้ามาเป็นกลไกส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพในชุมชน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภูเขาและทิวกันดาร เพราะ (1) อสม. อยู่ในชุมชนเป็นหลัก สามารถดูแลชาวบ้านได้ทันทั่วถึงและสม่ำเสมอ (2) อสม. มีความเข้าใจถึงความเชื่อ วัฒนธรรม และสื่อสารภาษาเดียวกันกับชุมชน (3) อสม. เป็นกลไกเชื่อมต่อกับ สสช./รพ.สต./รพ. เพื่อนำความรู้ที่ถูกต้องสื่อถึงชุมชน หรือการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนส่งต่อ

แม้ว่า อสม. จะได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เจ้าหน้าที่วางแผนการอบรมตามความเหมาะสมของพื้นที่ ให้สามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.⁽³⁾ หากแต่ในสถานการณ์

ปัจจุบัน พบว่า อสม. ในพื้นที่ทิวกันดารนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจภาษาไทย⁽⁴⁾ ด้านความรู้และทักษะทางการแพทย์ รวมถึงขาดเครื่องมือ คีอ ยา เวชภัณฑ์ที่เหมาะสม ในการดูแลชาวบ้านที่ผ่านมา การเสริมศักยภาพ อสม. นับว่ายังเป็นช่องว่างที่ อสม. จะให้บริการชาวบ้านขั้นพื้นฐานได้อย่างเหมาะสม จึงควรมีการจัดการ การดูแลสุขภาพของประชาชนบนพื้นที่สูงที่ห่างไกลอย่างเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน ให้สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืนตามนโยบายสุขภาพ⁽⁵⁾ สามารถเชื่อมต่อกับกลไก รพ.สต./รพ.ชุมชน และยังเป็นการริเริ่มรูปแบบการดูแลสุขภาพอนามัยระดับชุมชนที่ผสมผสานองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ให้กลมกลืนกับบริบทชุมชนชาติพันธุ์บนพื้นที่ห่างไกลด้านความรู้ ทักษะอุปกรณ์ ความเชื่อมโยงของข้อมูลผู้ป่วย และกลไกการให้คำแนะนำปรึกษา โครงการนี้มีเป้าหมายพัฒนา อสม. ให้เป็นซูเปอร์ อสม. ที่มีความรู้และมีทักษะเฉพาะในพื้นที่ศึกษา 3 อำเภอ ใน 2 จังหวัด ที่ถือว่าเป็นพื้นที่ทิวกันดารห่างไกลจากการเข้าถึง ได้แก่ (1) อำเภอมวกก่อ จังหวัดเชียงใหม่ (2) อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน และ (3) อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ 14 รพ.สต. โดยทั้ง 3 อำเภอมีประเด็นที่เหมือนกันคือ ด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย สำหรับชาวพุทธ-ผี (1) ประกอบพิธีกรรมต่างๆ ตามคำทำนาย (2) ใช้สมุนไพรบรรเทาอาการเจ็บป่วยขนานกับการเป่าคาถา และ (3) นำส่งโรงพยาบาลใกล้เคียง ซึ่งเป็นทางเลือกสุดท้ายในการรักษา หากเดินทางไม่ได้ในฤดูฝนจะปล่อยให้หายเอง หรือกรณีเลวร้ายที่สุดคือ เกิดการสูญเสียในครอบครัว สำหรับชาวคริสต์ (1) อธิษฐานขอพรจากพระเจ้า (2) ใช้สมุนไพร และ (3) นำส่งโรงพยาบาลใกล้เคียง ซึ่งอาจทำไปพร้อมกันกับการใช้สมุนไพร กรณีเดินทางไม่ได้ ชาวบ้านจะรวมกันอธิษฐานขอพรจากพระเจ้า

ด้านการติดต่อสื่อสาร พื้นที่เกือบครึ่งยังไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ โดยเฉพาะห้วยมบ้านที่อยู่ในหุบเขา เมื่อมีเหตุจำเป็นชาวบ้านจะขึ้นไปหาสัญญาณบนยอดดอย เพื่อ

ติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่หรือบุคคลภายนอกเพื่อขอความช่วยเหลือ และมีอีกหลายพื้นที่ที่ไม่สามารถหาสัญญาณใกล้เคียงได้ การสื่อสารจึงเป็นการฝากข้อความผ่านคนสู่คน ซึ่งเกิดการล่าช้าในการให้การช่วยเหลือต่างๆ ขณะที่บทบาท อสม. ทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับชุมชน การเก็บข้อมูล การรณรงค์/ให้ความรู้เป็นครั้งๆ ที่ได้รับมอบหมายจาก รพ.สต. เช่น เก็บข้อมูลการเกิด-การเสียชีวิต ข้อมูลผู้สูงอายุ รณรงค์เรื่องการกำจัดลูกน้ำยุงลาย บางกรณีอาจทำหน้าที่ผู้นำส่งชาวบ้านไป รพ.สต. ใกล้เคียง

การวิเคราะห์ศักยภาพ ข้อจำกัดด้วยเครื่องมือ SWOT และวางกลยุทธ์พบว่า แนวทางการยกระดับการให้บริการสุขภาพมูลฐานสำหรับชุมชนพื้นที่สูงประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ โดยสรุปแนวทางสำคัญ คือ

1) ยกระดับความรู้ ทักษะและจัดหาเครื่องมือเวชภัณฑ์ วางบทบาท อสม. ให้สามารถดูแลชุมชนได้มากขึ้น ให้เกิดการพึ่งตนเองได้มากขึ้น เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพของ รพ.สต./รพ./สสช. ลดการเดินทางระหว่างชุมชน-รพ.สต. รวมถึงการให้ อสม. ให้ความรู้ทางการแพทย์ที่ถูกต้องกับชาวบ้านและสร้างความเชื่อมโยงกับโรงเรียนและ/หรือศูนย์การเรียนรู้ฯ ในพื้นที่ในการให้ความรู้กับเด็กและเยาวชน และเชื่อมโยงองค์การศาสนาในพื้นที่ เป็นแหล่งให้ความรู้ทางการแพทย์ที่ถูกต้องกับชาวบ้านและการระดมทรัพยากร (เครื่องมือ เวชภัณฑ์) สนับสนุนการทำงานของ อสม.

2) ใช้เครือข่ายการสื่อสารระหว่าง อสม. กับ รพ.สต./รพ. ให้เป็นประโยชน์กับการให้คำปรึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ อสม. ให้สามารถทำได้ตลอดเวลาที่ต้องการ และการส่งต่อและเชื่อมโยงทางข้อมูล เชื่อมโยงระบบวิทยุสื่อสารในพื้นที่ที่ขาดสัญญาณโทรศัพท์

3) ด้วยธรรมชาติของการสับเปลี่ยนผู้บริหาร จึงต้องสร้างความเข้มแข็ง ยกระดับบทบาทของหน่วยปฏิบัติได้แก่ รพ.สต. ให้สามารถถนัดแนวคิดการพัฒนา อสม. ให้เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพของ รพ.สต. ตลอดจนหัวหน้าส่วนงานสาธารณสุขขององค์กรส่วนท้องถิ่นที่เป็น

เจ้าหน้าที่ประจำ เพื่อร่วมสนับสนุนทรัพยากร

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนา อสม. ให้กลายเป็นซูเปอร์ อสม. และกลไกการปฏิบัติงานที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานหลักในพื้นที่ และพัฒนาสื่อที่เหมาะสมสำหรับซูเปอร์ อสม. บนพื้นที่สูง และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับชุมชน รวมทั้งสร้างกลไกการบริหารจัดการการให้บริการยาพื้นฐานกับชุมชนบนพื้นที่สูง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เป็นแนวทางในการดำเนินโครงการ โดยหัวใจสำคัญของการดำเนินงานอยู่ที่ความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีความต่อเนื่องเป็นเกลียววงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb DA⁽⁶⁾ ที่การมีส่วนร่วมจะสะท้อนถึงข้อมูลและปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ (Reflect) มีการวางแผนและกำหนดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา (Plan) การลงมือปฏิบัติและดำเนินการตามแผน (Act) และการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของซูเปอร์ อสม. (Observe) ด้วยทฤษฎีของ Bloom⁽⁷⁾ โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการตัดสินใจส่งต่ออย่างเหมาะสม ถูกต้องและทันทั่วทั้งของซูเปอร์ อสม. ในประเด็นเรื่อง การอนามัยแม่และเด็ก การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การดูแลผู้พิการ การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤต และการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาด รวมถึงปัญหาเฉพาะพื้นที่ ซึ่งเป็นประเด็นที่เกิดจากการระดมความคิดเห็นจากบุคลากรสาธารณสุขและครูในพื้นที่ หากซูเปอร์ อสม. หรือประชาชนมีความรู้และทักษะเบื้องต้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากอาการป่วยข้างต้นได้อย่างถูกต้อง จะสามารถช่วยลดปัญหาการเกิดอาการแทรกซ้อนหรืออีกเสบเรื้อรังได้ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป รพ.สต. ใกล้เคียง รวมถึงสามารถตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.สต. ใกล้เคียงในกรณีจำเป็น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 10 ตำบล 14 รพ.สต. ในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอแม่สะเรียง อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 1,243 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่คัดเลือกแบบแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากพื้นที่ที่เป็นตัวแทนของความยากง่ายในการเดินทางจากชุมชนไปโรงพยาบาล/รพ.สต. ใกล้เคียงและคุณลักษณะของความเป็นผู้นำ ได้แก่ (1) มีความกล้าแสดงออก (2) มีความรับผิดชอบ (3) อยากเรียนรู้และพัฒนาตนเอง (4) มีความสามารถในการสื่อสารและจูงใจผู้อื่นให้คล้อยตาม (5) เข้าถึงง่ายและมีมนุษยสัมพันธ์ และ (6) มีความเสียสละ ซึ่งคัดเลือกโดย รพ.สต. ทั้ง 14 แห่งทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อสม. ด้วยตนเองเนื่องจากรู้จัก อสม. ในความดูแลของตนเองมากกว่าใครและยังต้องร่วมเป็นที่เล็งในการดูแลและร่วมปฏิบัติงานกันต่อไป คัดเลือกได้จำนวนรวมไม่น้อยกว่า 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1) แบบ Checklist การฝึกปฏิบัติงานของซูปเปอร์ อสม. เพื่อวัดทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติงานของซูปเปอร์ อสม. โดยพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นที่เล็งเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วย 10 ทักษะ ซึ่งแต่ละทักษะจะต้องประเมินว่าผ่านหรือไม่ผ่าน

2) แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติงานของซูปเปอร์ อสม. เพื่อใช้บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานจริง

3) เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์เพื่อการพัฒนาสื่อสุขภาพและส่งต่อให้ซูปเปอร์ อสม. นำไปใช้ทบทวนความรู้และถ่ายทอดให้กับชาวบ้าน ประกอบด้วยข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ สถานภาพปัญหาทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพชุมชนชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง กระบวนการและวิธีการสื่อสารสุขภาพกับประชาชนบนพื้นที่สูง และ

ข้อเสนอแนะ

4) แบบเก็บข้อมูลความต้องการรูปแบบและลักษณะของกระเป๋าวงกัณฑ์เคลื่อนที่สำหรับการปฏิบัติงานของซูปเปอร์ อสม.

5) แบบเก็บข้อมูลชนิดยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานของซูปเปอร์ อสม.

6) แนวคำถามสำหรับทำ Focus group เพื่อสอบถามแนวทางการบริหารจัดการกองทุนยาเวชภัณฑ์สำหรับการปฏิบัติงานของซูปเปอร์ อสม.

7) แบบบันทึกการใช้กระเป๋าวงกัณฑ์เคลื่อนที่ประกอบด้วยข้อมูลการให้บริการ อาการเจ็บป่วย การปฐมพยาบาลและอุปกรณ์ที่ใช้ไป

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการพรรณนาถึงร้อยละของทักษะความมั่นใจในการปฏิบัติงานและจำนวนในการให้บริการชาวบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธี naturalistic data processing โดยจัดหมวดหมู่ค้นหาความสัมพันธ์และตีความเพื่อสร้างข้อสรุปข้อค้นพบ⁽⁸⁾

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี หมายเลขรับรอง KMUTT-IRB-COA-2022-046 เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2565

การดำเนินการวิจัย

กิจกรรมที่ 1 ขั้นการเตรียมการเพื่อทำความเข้าใจปัญหา/การสำรวจพื้นที่/การวางแผนร่วมกัน การสร้างกลไกและภาคีความร่วมมือในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลและ/หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ โดยการแลกเปลี่ยนเพื่อระดมความคิด (focus group) และเข้าพื้นที่จริง เลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง โดยคนที่คุ้นเคย รู้จักและปฏิบัติงานร่วมกับ อสม./ประชาชนในพื้นที่จริง ได้แก่ (1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (2) ครู (3) แกนนำชุมชน และ (4) ประธาน อสม. จากเกณฑ์คุณลักษณะที่กำหนด รวมถึงศึกษารูปแบบและความ

ต้องการใช้สื่อสำหรับการเรียนรู้ของซูเปอร์ อสม. และความจำเป็นของยา เวชภัณฑ์และรูปแบบของกระเป๋าที่ซูเปอร์ อสม. จะใช้ปฏิบัติงาน

กิจกรรมที่ 2 ขั้นพัฒนาสื่อสำหรับซูเปอร์ อสม. มีแนวคิดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูในพื้นที่ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความเข้าใจบริบทของชุมชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาสื่อ โดยแลกเปลี่ยน/ระดมความคิดเห็นเรื่องวิถีชีวิต องค์ความรู้/ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพของประชาชน รวมถึงการทดลองใช้/ประเมินสื่อ ซึ่งสื่อจะแตกต่างจากสื่อที่มีอยู่เดิม คือ เป็นสื่อสองวัฒนธรรมมีการเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของชุมชน มีเนื้อหาและภาษาที่น่าสนใจและเข้าใจง่าย

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาซูเปอร์ อสม. มีอาจารย์พยาบาลจากมหาวิทยาลัยรังสิตและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่หมื่นเวียนเป็นวิทยากรและพี่เลี้ยง ผ่านการเรียนรู้แบบ (1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มพื้นที่หลักรายอำเภอ คือ อ.อมก๋อย อ.แม่สะเรียง และ อ.สบเมย โดยมีการประเมินความรู้/ทักษะก่อน-หลังกิจกรรม และ (2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบ Online ผ่านช่องทางระบบอินเทอร์เน็ตหรือวิทยุสื่อสาร(กรณีที่มีสัญญาณโทรศัพท์เข้าไม่ถึง) สำหรับทบทวนบทเรียนเพิ่มเติมความรู้ และให้คำปรึกษา รวมถึงจัดเวทีแลกเปลี่ยน สรุบบทเรียน (Show & Share) ระหว่างซูเปอร์ อสม. ทีมวิจัยและ รพ.สต. เดือนละ 2 ครั้ง

กิจกรรมที่ 4 ขั้นการพัฒนารูปแบบกระเป๋าเคลื่อนที่สำหรับซูเปอร์ อสม. และกลไกการบริหารจัดการกองทุนยาในพื้นที่ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และซูเปอร์ อสม. ระดมความคิดเห็นในการดำเนินงานด้าน

1) การพัฒนารูปแบบกระเป๋าเคลื่อนที่ โดย (ก) กำหนดรูปแบบของกระเป๋าเคลื่อนที่ (ข) ระบุชนิดยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น มีการให้ความรู้กับซูเปอร์ อสม. ก่อนนำไปใช้จริง

2) การสร้างกลไกการบริหารจัดการกองทุนยา โดยมีแนวคิดให้ ศตช./โรงเรียน สสช./รพ.สต. เป็นจุดศูนย์กลางในการจัดเก็บและส่งมอบให้ซูเปอร์ อสม. จัดทำข้อมูลการเบิกจ่าย เพื่อตรวจสอบ/จัดซื้อ/ขอรับบริจาคเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 5 ขั้นการประเมินสมรรถนะและศักยภาพการทำงานของซูเปอร์ อสม. โดยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ออกแบบแบบวัดและประเมินผลความรู้ความสามารถของซูเปอร์ อสม. และทดลองใช้ให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านทักษะในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยวัดจากสมรรถนะเดิมและสมรรถนะที่พึงประสงค์ เช่น (1) ให้ความรู้/แจ้งข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้ถูกต้อง (2) ประเมินอาการ/ปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ถูกต้อง (3) สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่สสช. และ รพ.สต. ได้ถูกต้อง (4) ส่งต่อผู้ป่วยไป รพ.สต. ใกล้เคียงได้ถูกต้อง นอกจากนี้ทำการสรุบบทเรียนและขยายแนวคิดโดยการจัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนการพัฒนาซูเปอร์ อสม. และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ผลการศึกษา

กระบวนการพัฒนาซูเปอร์ อสม. เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องผ่านกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยน (Reflect) วางแผนและกำหนดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา (Plan) ลงมือปฏิบัติ และดำเนินการตามแผน (Act) และติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของซูเปอร์ อสม. (Observe) มีผลการศึกษา ดังนี้

1. กระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาซูเปอร์ อสม. 27 คน (จากตอนเริ่มโครงการ 30 คน ลาออก 3 คนด้วยเหตุผลส่วนตัว) ในพื้นที่ อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่ อ.สบเมย อ.แม่สะเรียง จ.แม่ฮ่องสอน มีสมรรถนะรองรับโจทย์สุขภาพ 6 ประเด็น 8 เรื่อง ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วย

ติดเตียง การประเมิน/ช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตและการปฐมพยาบาล และการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาด การใช้ยาสามัญประจำบ้าน และการถ่ายภาพแสดงอาการเจ็บป่วย โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ ดังนี้

1.1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ สร้างทัศนคติในการให้บริการ ฝึกทักษะปฏิบัติ ทักษะการประเมินและการตัดสินใจช่วยเหลือ/ดูแล/ส่งต่อ การถ่ายภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว และการใช้ยาสามัญประจำบ้าน จำนวน 18 ชั่วโมง อสม. ที่เข้าร่วมโครงการ 30 คน มีอายุระหว่าง 21 – 44 ปี อายุเฉลี่ย 31.3 ปี ร้อยละ 66.7 เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา-ปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นชนเผ่ากะเหรี่ยงสะกอ ร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นชนเผ่ากะเหรี่ยงโป ร้อยละ 40 และชนเผ่าลาหู่ ร้อยละ 6.7 การประเมินความพึงพอใจของอสม. ต่อการอบรมอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย = 4.90 (เต็ม 5.00) อสม. ระบุว่าได้รับความรู้หลายอย่าง ได้ฝึกทักษะการปฏิบัติ มีความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ถึง 70-90%

1.2) การศึกษาดูงานในโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลอมก๋อยและโรงพยาบาลแม่สะเรียง โดยมีทีมวิจัย เป็นผู้กำกับดูแล โดยศึกษาดูงานในแผนกต่าง ๆ หมุนเวียนแผนกละ 1 วัน ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก/หอผู้ป่วย ห้องตรวจครรภ์/ห้องคลอด ห้องฉุกเฉิน และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล โดยการศึกษาดูงานแต่ละแผนกจะมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแต่ละแผนก ร่วมให้คำแนะนำและดูแล อสม. ร่วมกับทีมวิจัย มีการบรรยายพิเศษวันละ 1 ชั่วโมง เพื่อให้ อสม. ได้รับประสบการณ์เพิ่มเติมจากการสังเกตผู้ป่วยและฟังคำบรรยายจากบุคลากร ได้รู้จักระบบการทำงานของโรงพยาบาลและแต่ละแผนก รู้จักช่องทางในการติดต่อแต่ละแผนกหากต้องพาประชาชนในพื้นที่มารับบริการ และสามารถอธิบายให้ประชาชนที่ดูแลเข้าใจและเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น

1.3) การเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติงานจริงมี 2 ขั้นตอน คือ

ก) การเรียนรู้การฝึกทักษะในพื้นที่ภายใต้การดูแลของพี่เลี้ยงจาก รพ.สต. กำหนดให้ฝึกอย่างน้อยทักษะละ 5 ครั้ง ยกเว้นบางทักษะที่ขึ้นกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ เช่น การตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเข้าเฝ้ากักตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

ข) การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง สำหรับการดูแลชุมชนในพื้นที่ หลังเสร็จสิ้นกระบวนการอบรม อสม. เริ่มปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ เป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบตามปัญหาสุขภาพที่พบ เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (ทำแผล ให้คำแนะนำ/นำส่งโรงพยาบาล) การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (ทำแผล ส่งต่อไป รพ.สต.) การคัดกรอง ATK การดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง (การวัดความดันโลหิต/วัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว การให้คำแนะนำ การขอคำปรึกษาและส่งต่อ) ซึ่งผลการประเมินสมรรถนะเบื้องต้นของซูปเปอร์ อสม. โดยพี่เลี้ยงในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 22.56 จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน)

นอกจากนี้ในกิจกรรมการปฏิบัติงานของซูปเปอร์ อสม. โครงการมีภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกันพัฒนาสมรรถนะของซูปเปอร์ อสม. อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพซึ่งรับผิดชอบงานด้าน อสม. จาก 14 รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลการปฏิบัติงาน ให้คำแนะนำ/ให้คำปรึกษา และประเมินผลการปฏิบัติงานของซูปเปอร์ อสม. และบุคลากรสุขภาพจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2 แห่ง จากอำเภออมก๋อย และอำเภอแม่สะเรียง ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล กำกับ ติดตามพี่เลี้ยง และประสานงานกับ ผอ. รพ.สต. เพื่อให้โครงการดำเนินไปได้ต่อเนื่อง

1.4) การฝึกประสบการณ์กับพี่เลี้ยงที่ รพ.สต. 2 ครั้ง/เดือน เป็นการฝึกทบทวนในสิ่งที่ อสม. มีความรู้หรือปฏิบัติได้อยู่แล้วทำให้เกิดความชำนาญยิ่งขึ้น และเรียนรู้เพิ่มเติมความรู้ใหม่ที่พี่เลี้ยงเห็นว่ามีความจำเป็นสำหรับซูปเปอร์ อสม. ในพื้นที่บริการนั้น เพื่อให้ซูปเปอร์

ตารางที่ 1 สรุปผลการเรียนรู้จากกระบวนการ learning innovation platform (LIP) และผลลัพธ์การเรียนรู้ของ Bloom

กระบวนการ LIP	ผลการเรียนรู้จากกิจกรรม	ผลลัพธ์การเรียนรู้ของ Bloom
ขั้นตอนที่ 1 อบรมเชิง-ปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาดูงาน ขั้นตอนที่ 3 การฝึกประสบการณ์กับพี่เลี้ยงที่รพสต. 2 ครั้ง/เดือน ขั้นตอนที่ 4 การเรียนรู้ด้วยการให้คำปรึกษาและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แบบออนไลน์และแบบออนไลน์ผ่าน platform สาธารณะ ขั้นตอนที่ 5 การเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติงานจริง ขั้นตอนที่ 6 การทำโครงการสุขภาพในชุมชน	ซุปเปอร์ อสม. รู้และเข้าใจ 6 ประเด็นปัญหาสุขภาพสามารถสื่อสารอาการเจ็บป่วยผ่านภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ซุปเปอร์ อสม. ได้รับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด, เข้าใจกลไกการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล ผล: เกิดทักษะมากขึ้น ได้รับความรู้ที่จำเป็นต้องใช้ในพื้นที่ตนเองมากขึ้น ตระหนักในคุณค่าตนเองที่สามารถเป็นกลไกหนึ่งของ รพ.สต./โรงพยาบาล ในการดูแลสุขภาพชุมชน ชาวบ้านมั่นใจเชื่อใจ เมื่อเห็นซุปเปอร์ อสม. ทำงานใกล้ชิดกับพี่เลี้ยง ผล: ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงและได้ความรู้ใหม่จากการแลกเปลี่ยน การสะท้อนคิดองค์ความรู้ที่ได้รับจากการปฏิบัติจริงของตนเองและกับเพื่อนซุปเปอร์ อสม. ตามวงจรการเรียนรู้ของ Kolb รวมทั้งการเพิ่มความรู้จากการขอคำแนะนำ/คำปรึกษาจากพี่เลี้ยงและทีมวิจัย ทำให้ซุปเปอร์ อสม. เข้าถึงการเรียนรู้อย่างไม่มีข้อจำกัด เกิดความมั่นใจและความภูมิใจในการปฏิบัติการดูแลชุมชน 1) ซุปเปอร์ อสม. มั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง จากการควบคุมของพี่เลี้ยง 2) เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง มั่นใจและภูมิใจเมื่อทำได้จริง ได้รับการยอมรับจากชาวบ้าน ผล: ซุปเปอร์ อสม. เรียนรู้กระบวนการคิดเชิงระบบในการวิเคราะห์สาเหตุ-ผลของปัญหา เพื่อออกแบบโครงการ ได้รับประสบการณ์ตรงในการดำเนินโครงการ	LIP ขั้นตอนที่ 1-3 ซุปเปอร์ อสม. มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับ 1-3 คือ ความจำ ความเข้าใจ และการประยุกต์ใช้ คือ ซุปเปอร์ อสม. สามารถ บอกเล่าระบุ อธิบายขั้นตอน ทำตามขั้นตอน ช่วยเหลือและบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้กับชาวบ้านได้ ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ชาวบ้านได้ถูกต้อง LIP ขั้นตอนที่ 4-6 ซุปเปอร์ อสม. มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับ 4-5 คือ สามารถแยกแยะถึงอาการเจ็บป่วยต่างๆ ได้ว่า อาการแบบไหนสามารถช่วยเหลือ/ปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้เองหรือส่งต่อ เช่น มีเหตุการณ์ดันไม้ล้มทับใส่คน ทำให้ขาหัก เลือดออกมาก อสม. รวบรวมสติ สามารถเรียก 1669 ให้มาช่วยเหลือผู้ประสบเหตุได้ทันเป็นต้น LIP ขั้นตอนที่ 6 ยังพบว่า ซุปเปอร์ อสม. บางคนสามารถนำวัสดุที่อยู่ในชุมชนมาทำเป็นอุปกรณ์กายภาพอย่างง่าย ให้ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยกลั้น-เนื้ออ่อนแรงใช้จนอาการดีขึ้นเป็นลำดับ

ความรู้/ประสบการณ์/วิธีการ เป็นเกลียวความรู้ชัดแจ้ง (tacit knowledge) เป็นความรู้ฝังลึก (explicit knowledge) (ตารางที่ 1)

2. การจัดทำสื่อสุขภาพชาติพันธุ์ ประกอบด้วย

1) คลิปวีดิทัศน์ 6 ประเด็นสุขภาพหลัก แบ่งย่อยเป็น 30 เรื่อง ในรูปแบบคลิปวีดิทัศน์ซึ่งเป็นรูปแบบที่ชาติพันธุ์เรียนรู้ได้ง่ายที่สุดและที่สำคัญสามารถทำตามได้ ไฟล์สื่อจัดเก็บลงในการ์ดบันทึกความจำ (SD Card) สามารถนำ

ไปเปิดโดยโทรศัพท์มือถือระบบแอนดรอยด์ได้ หรือ ซุปเปอร์ อสม. นำไปเปิดในโบสถ์ โรงเรียนตามความเหมาะสม

2) สื่อเพลงสุขภาพจำนวน 6 เพลงจากศิลปินชาติพันธุ์ที่เป็นที่รู้จักในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง สามารถนำไปเปิดที่หอกระจายข่าวในชุมชนหรือในโรงเรียน

3) คลิปเสียงชาติพันธุ์ 4 เรื่องสำหรับใช้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ อาทิ ออกอากาศผ่านสถานีวิทยุ

กระจายเสียงจังหวัดเชียงใหม่ไปยังเครือข่ายชาติพันธุ์กะเหรี่ยง หรือสำหรับซูเปอร์ อสม. ใช้เปิดในชุมชนตามความเหมาะสม

3. การพัฒนารูปแบบกระเป๋ายาเคลื่อนที่สำหรับซูเปอร์ อสม. และกลไกการบริหารจัดการกองทุนยาในพื้นที่ ได้พัฒนากระเป๋ายาเคลื่อนที่ที่เป็นเป้สะพายหลัง สะดวกต่อการขนย้าย ใช้งานสะดวก แข็งแรง กันฝน กันฝุ่นและกันกระแทก มีแถบสีสะท้อนแสงเพื่อให้สังเกตเห็นได้ในขณะปฏิบัติหน้าที่ในเวลากลางคืน มีช่องสำหรับใส่ยาเวชภัณฑ์ที่เพียงพอ จำนวน 47 รายการ ได้แก่ ยารักษาโรค 14 รายการ ยาใช้ภายนอก 12 รายการ เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สิ้นเปลือง 14 รายการ เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ คงทน 6 รายการ อุปกรณ์อื่นๆ 1 รายการ และจัดเป็นหมวดหมู่ตามคุณสมบัติการใช้งาน ได้แก่

1) อุปกรณ์ปฐมพยาบาล/ป้องกันโรค ใส่ไว้ด้านหน้ากระเป๋เพื่อให้หยิบจับได้สะดวก

2) ยากินใส่ไว้ช่องด้านในกระเป๋ายาจะไม่สัมผัสกับความชื้น (แสงแดด) โดยตรง

3) อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดน้ำตาลในเลือด ปรอทวัดไข้ และเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ใส่ไว้ในช่องที่ตึงเฉพาะส่วนนี้ออกไปใช้ได้ เพื่อลดการกระส่ายกระเป๋ายาไปทั้งใบ เมื่อต้องไปตรวจกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังหรือกลุ่มเสี่ยง ก็สามารถนำไปเฉพาะกระเป๋ายาใบเล็ก เพื่อความสะดวก

4) ยาใช้ภายนอกและอุปกรณ์อื่นๆ ใส่ไว้ในช่องด้านข้าง

5) ติดผ้าคลุมไว้ใช้สำหรับกันฝนกันฝุ่น สามารถคลี่ออกเพื่อคลุมกระเป๋ายาสามารถกันฝนกันฝุ่นได้ดี และทำความสะอาดได้

6) มีคู่มือการใช้ยา เวชภัณฑ์ ที่บรรจุในกระเป๋ายา และมีข้อมูลชุดความรู้จากภูมิปัญญาที่เป็นสมุนไพร ให้เป็นทางเลือกกรณีขาดแคลนยา/เวชภัณฑ์

ยาและเวชภัณฑ์สิ้นเปลืองไม่สามารถเบิกจาก รพ.สต. ต้นสังกัดได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางระเบียบราชการ จึงวาง

แนวทางในการสนับสนุนยาเวชภัณฑ์ให้มีเพียงพอต่อการปฏิบัติงานของซูเปอร์ อสม. ดังนี้

ก. ประชาสัมพันธ์ผ่านโรงเรียน วัดหรือโบสถ์ในพื้นที่เนื่องจากในทุกๆ ปี จะมีภาคประชาชน/สังคมเข้าพื้นที่เพื่อทำประโยชน์ให้กับชุมชน โดยซูเปอร์ อสม. ต้องเตรียมข้อมูลความต้องการยาเวชภัณฑ์ไว้กับทางโรงเรียน วัดและโบสถ์ เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารขอรับการสนับสนุนจากเครือข่ายภาคสังคม ซึ่งจะทำให้ได้รับยาเวชภัณฑ์ตรงตามความต้องการของชุมชน

ข. ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ คือ ทำข้อมูลรายการยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็นสื่อสารผ่านช่องทางสังคมออนไลน์ต่างๆ

ค. พัฒนาความสามารถให้ซูเปอร์ อสม. สามารถเขียนข้อเสนอโครงการขอสนับสนุนยา เวชภัณฑ์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

4. ระบบและกลไกการทำงานเชื่อมโยงกับ รพ.สต. ต้นสังกัด ซูเปอร์ อสม. ที่ถือเป็นบุคลากรด่านหน้าของ รพ.สต. ในชุมชน ได้แก่ การให้บริการตามอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในชุมชนพร้อมบันทึกการทำงาน และการติดตามผู้ป่วยเรื้อรังและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายจาก รพ.สต. โดยซูเปอร์ อสม. ทั้ง 27 คน ดูแลชาวบ้าน 22 หย่อมบ้าน ที่มีประชากร 1,466 ครัวเรือน 6,580 คน. โดยมีผลการดำเนินงานในช่วงเวลา 9 เดือน ประกอบด้วย

1) การให้บริการชาวบ้านเจ็บป่วยตามอาการ 939 ครั้ง ด้วยอาการ (ก) ระบบทางเดินหายใจ (ไอ คัดจมูก น้ำมูกไหล ปวดศีรษะมีไข้) 806 ครั้ง (ร้อยละ 49.39) (ข) ระบบกล้ามเนื้อ (ปวดหลัง ปวดขา ปวดแขน) 266 อาการ (ร้อยละ 16.30) (ค) อุบัติเหตุ (บาดเจ็บจากของมีคม รถจักรยานยนต์ แมลงกัดต่อย และ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก) 171 อาการ (ร้อยละ 10.48) (ง) ตรวจประเมินอาการและให้คำแนะนำ 153 อาการ (ร้อยละ 9.38) (จ) ระบบทางเดินอาหาร (ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องอืด) 133 อาการ (ร้อยละ 8.15) (ฉ) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (หน้ามืด คลื่นไส้/อาเจียน เป็นลมหมดสติ)

59 อาการ (ร้อยละ 3.62) (ช) ระบบผิวหนัง (ผด ผื่น คัน) 36 อาการ (ร้อยละ 2.21) และ (ณ) ระบบประสาท (เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ) 8 อาการ (ร้อยละ 0.49)

2) การติดตามผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการตรวจวัดความดัน ระดับน้ำตาลในเลือด 190 ครั้ง

3) การคัดกรองโรคเรื้อรังในผู้ที่มีความเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 2,039 ครั้ง

4) การดูแลผู้สูงอายุ 290 ครั้ง ผู้พิการ 47 ครั้ง

5) การให้บริการเชิงรุกด้วยโครงการสุขภาพในชุมชน 12 โครงการ

สรุปภาพรวมของการมีซูปเปอร์ อสม. ที่มีความรู้ ทักษะในการดูแลและให้ความรู้ชาวบ้าน มีเครื่องมือ อุปกรณ์พร้อม มีความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วย สามารถคิดและตัดสินใจการส่งต่อได้ทันเวลา เป็นการ เพิ่มศักยภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนในการดูแล ประชาชน และเนื่องจากซูปเปอร์ อสม. เป็นคนในพื้นที่ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ลดระยะเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป รพ.สต. หากมีอาการ หลกเฉิน/วิกฤตหนัก ซูปเปอร์ อสม. จะสามารถประเมิน สภาพได้ ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น/ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น รวมทั้งเป็นตัวกลางเชื่อมประสานกับ รพ.สต. สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี และส่งต่อ ได้ทันทั่วทั้งที่

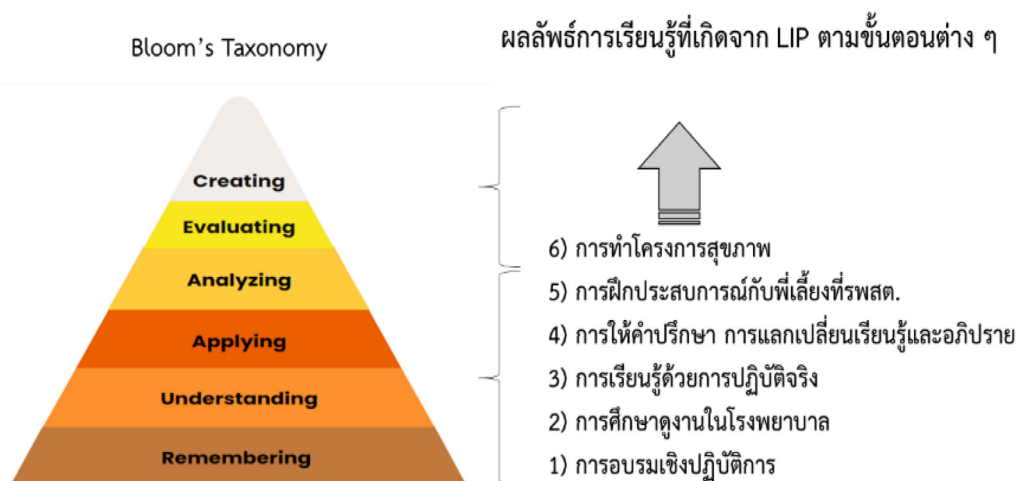
ภาพที่ 2 ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิด/คาดว่าจะเกิดขึ้นจาก LIP รูปแบบต่าง ๆ

วิจารณ์

1. รูปแบบการเรียนรู้กับผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ของซูปเปอร์ อสม. ตามทฤษฎีของ Bloom เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ใน LIP รูปแบบต่าง ๆ ทั้ง 6 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1-5 อยู่ในระดับ การจำ การเข้าใจ การ ประยุกต์ (ระบุ เล่า อธิบาย ยกตัวอย่าง แยกแยะ เลือก ใช้วิธีการที่เหมาะสม แก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยในชุมชนได้) และเข้าสู่การวิเคราะห์ ส่วนการทำโครงการสุขภาพใน ชุมชนได้เรียนรู้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เหตุ-ผล เพื่อ ออกแบบโครงการ การดำเนินงานตามแผนกิจกรรม ตลอดจนการประเมินผลการทำงาน (ภาพที่ 2)

กิจกรรมการเรียนรู้สำคัญที่เพิ่มเข้าไปจากแผนงาน เริ่มต้น เนื่องจากปัญหาฝนตกมากทำให้เส้นทางคมนาคม ขาดจากดินถล่มและ/หรือน้ำในลำห้วยขึ้นสูงไม่สามารถ เดินทางข้ามได้ ทำให้คณะผู้วิจัย เข้าพื้นที่ไปพัฒนาการ เรียนรู้แก่ซูปเปอร์ อสม. ได้จำนวนครั้งน้อยลง โครงการฯ จึงปรับเปลี่ยน/เพิ่มกิจกรรมการเรียนรู้ในพื้นที่ 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1) การฝึกประสบการณ์ตรงกับพี่เลี้ยง รพ.สต. เดือน ละ 2 ครั้ง (วัน) ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ ได้แก่ ความ เชื่อใจเพิ่มขึ้นระหว่าง รพ.สต. กับซูปเปอร์ อสม. ส่งผล ให้เกิดการมอบหมายจาก รพ.สต. ให้ซูปเปอร์ อสม.



ไปติดตามผู้ป่วยความดัน เบาหวาน และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ขณะที่ชาวบ้านเห็นการปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ของซูปเปอร์ อสม. ก็เกิดความเชื่อมั่นในตัวซูปเปอร์ อสม. มากขึ้น

2) การทำโครงการด้านสุขภาพในชุมชนของซูปเปอร์ อสม. เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ซึ่งเป็นฐานคิดที่สำคัญในการจัดทำโครงการด้านสุขภาพแบบ bottom-up จากชุมชนเพื่อเสนอไปยังแหล่งทุนที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. ความร่วมมือในการขับเคลื่อนซูปเปอร์ อสม. จากหน่วยงานในพื้นที่

ความสำเร็จของโครงการมาจากความร่วมมือของ Key Stakeholder ในพื้นที่ที่สำคัญ ซึ่งเล็งเห็นประโยชน์ของการมีซูปเปอร์ อสม. ที่เป็นด้านหน้าของ รพ.สต. ในการให้บริการชาวบ้านที่สามารถทำได้อย่างทันทั่วถึง และยังเป็นกลไกการทำงานให้กับ รพ.สต. ลดภาระกิจของ รพ.สต. ในการเดินทางออกหน่วยไปยังชุมชน โดยเกิดภาพความร่วมมือดังนี้

2.1) บทบาทของสสอ. (ก) ร่วมวางแผนการทำงาน เลือกพื้นที่/เลือก รพ.สต. (ข) หารายละเอียดประเด็นโจทย์สุขภาพในพื้นที่ และ (ค) ประสานการขับเคลื่อนโครงการกับ รพ.สต.

2.2) บทบาทพี่เลี้ยง รพ.สต. (ก) ยืนยันความถูกต้องของการปฏิบัติ (ข) ฝึกประสบการณ์เพิ่มเติมเดือนละ 2 ครั้ง และให้ร่วมทีมออกพื้นที่เชิงรุก หรือเชิงรับที่ รพ.สต. ร่วมกับเจ้าหน้าที่ได้ (ค) ให้คำชมและให้คำแนะนำ/ปรึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มไลน์/วิทยุสื่อสาร (ง) มอบหมายภาระกิจติดตามผู้ป่วยเรื้อรังและคัดกรองโรคเรื้อรังกับกลุ่มเสี่ยง 35+ (จ) ร่วมวางแผนการบริหารจัดการกองทุนยาและวางแผนการขยายผล

2.3) บทบาทของโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือในการดูงานในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด ทั้งให้ อสม. ฝึกปฏิบัติในบางกรณี และให้สังเกตการณ์การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้ความรู้ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาล

3. แนวทางการติดตามผล การธำรงรักษารูปแบบการพัฒนาที่เกิดขึ้นให้คงอยู่ต่อไป หรือการขยายผล

3.1) การกระชับความร่วมมือกับ รพ. สอ. รพ.สต. และองค์กรส่วนท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพชุมชนผ่านกลไกซูปเปอร์ อสม. จากผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของซูปเปอร์ อสม. ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากชาวบ้านซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์โดยตรง และจากความร่วมมือของซูปเปอร์ อสม. ที่เป็นกลไกสนับสนุนภารกิจของ รพ.สต. ทำให้ประสิทธิภาพการให้บริการแก่ชุมชนดีขึ้น เป็นการทำงานแบบ win-win (ชาวบ้าน-หน่วยงาน) อีกทั้งนำผลสำเร็จของโครงการฯ ได้แก่ รูปแบบการสร้างซูปเปอร์ อสม. ผลลัพธ์ รวมถึงการวิเคราะห์ ความคุ้มค่า คืนข้อมูลกลับให้หน่วยงานต้นสังกัดของซูปเปอร์ อสม. และเสนอแนะเชิงนโยบายของหน่วยงานต่อไป เพื่อให้เกิดการขยายผลซูปเปอร์ อสม. ให้กระจายเต็มพื้นที่และขยายไปพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน การสร้างซูปเปอร์ อสม. เฉพาะทาง รวมถึงสร้างความเข้มแข็ง รพ.สต. เพื่อเตรียมการสำหรับการปรับโครงสร้างโอนไปสู่ท้องถิ่น การทำความเข้าใจกับหัวหน้าส่วนงานสาธารณสุขขององค์กร-ส่วนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าหน้าที่ประจำ เพื่อร่วมสนับสนุนทรัพยากร

3.2) การสร้างความต่อเนื่องของ LIP อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการปรึกษา แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ทบทวนระหว่างซูปเปอร์ อสม. พี่เลี้ยง อาจารย์/นักวิจัย ผ่านกลุ่มไลน์

3.3) การสร้างความสามารถในการเขียนและทำโครงการให้กับซูปเปอร์ อสม. นำเสนอโครงการผ่าน อบต. ไปยัง สปสช. เป็นโครงการด้านสุขภาพในแต่ละชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพ ความมั่นใจ ความภาคภูมิใจกับซูปเปอร์ อสม. และความเชื่อมั่นของชาวบ้านในตัวซูปเปอร์ อสม.

3.4) การผลักดันให้เกิดกองทุนยาในพื้นที่ เพื่อให้มีกลไกการบริหารจัดการอย่างยั่งยืน โดยไม่พึ่งพาการรับบริจาคจากหน่วยงานภาคสังคมเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าหากหน่วยงานด้านสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนทรัพยากร โดยเฉพาะยา เวชภัณฑ์ สำหรับ

ซูเปอร์ อสม. ปฏิบัติงาน และมีรูปแบบในการเบิก-จ่าย ยาเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนเกินไป สามารถตรวจสอบได้ จะสามารถทำให้ชาวบ้านในพื้นที่ห่างไกล เข้าถึงการรับบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น ประเด็นนี้ ยังต้องนำเสนอในเชิงนโยบายต่อไป

3.5) รูปแบบการขยายผล การขยายผลด้านเพิ่มจำนวนซูเปอร์ อสม. ในพื้นที่ และ/หรือการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น สามารถใช้หน่วยงานในพื้นที่ได้แก่ รพ. สต. และ/หรือ รพ.สต. เป็นหลักในการสร้างซูเปอร์ อสม. โดยใช้บทเรียนหรือรูปแบบการเรียนรู้ของซูเปอร์ อสม. จากโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยบริหารจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ ขอขอบคุณหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภออมก๋อย สบเมย และแม่สะเรียง โรงพยาบาลอมก๋อย และโรงพยาบาลแม่สะเรียง ที่เป็นภาคีเครือข่ายร่วมกันขับเคลื่อนโครงการ ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ที่เข้าร่วมพัฒนาหลักสูตรสมรรถนะซูเปอร์ อสม. บนพื้นที่สูง ขอขอบคุณอาจารย์จากคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ร่วมกันพัฒนาสื่อสุขภาพให้ซูเปอร์ อสม. และสุดท้ายขอขอบคุณซูเปอร์ อสม. ที่เข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ และสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. พวงชมพู ประเสริฐ. ระบบบริการสาธารณสุขคนไทยเข้าถึงแต่ยังเหลื่อมล้ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 18 ส.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://www.komchadluek.net/news/eduhealth/338987>
2. ทศนีย์ นิยมสุต. แบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการแพทย์พื้นบ้านของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง บ้านมอเกอรัยง อำเภอบพพระ จังหวัดตาก [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542. 91 หน้า
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. ยุคใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 20 ส.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-09-07-11-21-93471516.pdf
4. ศุภฤกษ์ โพธิไพรัตน์. การพัฒนาศักยภาพแกนนำกลุ่มชาติพันธุ์ในการสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์เพื่อหนุนเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (รอบที่ 1). วารสารการสื่อสารมวลชน 2561;6(2):1-25.
5. กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุข-มูลฐาน; 2527.
6. Kurt S. Kolb's experiential learning theory & learning styles [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 1]. Available from: <https://educationtechnology.net/kolbs-experiential-learning-theory-learning-styles/>
7. Custom-Writing.org. Bloom's taxonomy 2025: chart and how to use it [Internet]. 2025 [cited 27 Jul 2024]. Available from: <https://custom-writing.org/blog/blooms-taxonomy>
8. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, California: SAGE; 1985.

Developing the Competencies of Public Health Volunteers for Basic Public Health Care in Remote Communities

Bavornsak Pejaranonda, M.S.(Geography); Thanwara Katikachoksakul, M.S.(Knowledge Management)
*Pilot Plant Development and Training Institute King Mongkut's University of Technology Thonburi,
Thailand*

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(4):611-23.

Corresponding author: Bavornsak Pejaranonda, Email: bovornsak@gmail.com

Abstract: Ethnic communities in remote areas face limitations in travel, knowledge of the Thai language, and lifestyles that conflict with medical health care principles. These factors hinder their access to proper health services from the government. A viable approach is to develop “village doctors” from within the community. These village doctors would serve as the first point of contact for basic health services and link with health officers and community hospital doctors. This study aimed to propose a learning process model for developing village doctors and connecting them with subdistrict health promoting hospitals (SHPHs). The operation methods include: (1) coordinating plans with local health units, defining desired competencies that address health needs specific to the area, and outlining the scope, content, and activities for competency development; (2) selecting village health volunteers (VHVs), focusing on those who had actively worked in the area, and exhibited leadership qualities in public health; (3) developing competencies in medical knowledge and skills, service attitudes, and photography skills to communicate health conditions, utilizing David Kolb’s Experiential Learning Theory through both onsite and online formats; (4) developing suitable health communication materials; and (5) developing mobile medical kits and management mechanisms. The study found that the active learning platform, consisting of six activities, effectively elevated regular VHVs to become village doctors, or “super VHVs,” with 27 of them in 22 communities within 10 months. These super VHVs provided services for common ailments 939 times, monitored chronic patients 190 times, screened for chronic diseases in 2,039 individuals aged 35 and above, cared for the elderly 290 times, assisted disabled persons 47 times, and promoted health through 12 community projects.

Keywords: highland communities; ethnic groups; health self-reliance mechanism