



ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน

ภูติ เทชาวัฒน์ DHSM *

นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์ PhD**

บทคัดย่อ

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 38 คน เข้าร่วมโปรแกรมอบรมฯ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นฐาน 2) การเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การเยี่ยมบ้าน) 3) การอภิปรายกรณีศึกษา และ 4) การให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ อสม. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน และความพึงพอใจของ อสม. ในการปฏิบัติงาน ซึ่งผ่านการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่น ทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอบรมฯ ส่วนข้อมูลความพึงพอใจ เก็บข้อมูลและวิเคราะห์หลังเข้าร่วมโปรแกรม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ pair t-test ผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้และระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอบรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.73, p<0.001$; $t=6.79, p<0.001$) และ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.4 มีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean = 11.42, SD = 4.12) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมฯ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานสามารถนำไปใช้ในการสร้างศักยภาพ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมฯ นี้สนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพให้อสม. เป็นส่วนหนึ่งของทีมงานที่ดูแลสุขภาพ

คำสำคัญ: ประสิทธิผล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพาต (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปีพ.ศ. 2554 โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพาต เป็นสาเหตุการตายที่พบมากเป็นลำดับ

สองของโลก รองจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดย มีผู้เสียชีวิต จำนวน 6.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.8¹ สำหรับประเทศไทยคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2558 อัตราตายจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17²

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่ประสบกับภาวะวิกฤติ จะได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หลังจากนั้นจะได้รับการ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** ผู้นิพนธ์ประสานงาน



จำหน่ายออกจาก รพช. ไปรับการดูแลสุขภาพต่อที่ในชุมชนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) และไปรับการดูแลฟื้นฟูสภาพที่บ้านของตนเอง เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่ง Lukawee Piyabuntidkul³ กล่าวว่า ปัจจัยและเงื่อนไขในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งแบบเป็นทางการ คือการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และแบบไม่เป็นทางการ คือการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การเรียกประชาชนที่ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละประเทศมีความหลากหลาย⁴ เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน งานวิจัยนี้ใช้คำว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามชื่อเรียกที่ใช้ในประเทศไทย แสดงให้เห็นว่า อสม. มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Prasad & Muraleedharan⁵ และ Perez, Ba, Dastagire, Altmann⁶ พบว่าการอบรมต่อเนื่อง และการติดตามให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ อสม. เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ดังนั้นการอบรมที่สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่เป็นสิ่งจำเป็นการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน หมายถึง การจัดการเรียนรู้มีทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติงานร่วมกันในระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่เป็นลักษณะเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนในลักษณะผสมผสานไปกับการให้บริการในระบบปกติ⁷ ด้วยการใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning)⁸ มีการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในการถ่ายทอดความรู้และทักษะ (Knowledge and skill transfer) จากแพทย์ไปยังพยาบาลและนักสาธารณสุข⁹ แต่ยังไม่มี การนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในการถ่ายทอดความรู้จากผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพไปยัง อสม.

เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม เป็นหน่วยคู่สัญญาในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care; CUP) มีประชากรในความดูแลรับผิดชอบ 56,248 คน มี อสม. จำนวน 2,163 คน คิดเป็นอัตราส่วนของ อสม. ประมาณ 18

คน ต่อหมู่บ้าน จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม พบว่า ในปี พ.ศ. 2551-2555 มีอัตราความชุกของโรคเบาหวาน เป็น 2.4, 2.6, 2.6, 3.1 และ 3.5 ตามลำดับ และมีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เป็น 4.8; 5.2; 5.3; 5.5 และ 5.8 ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2554-2556 (ข้อมูลถึงเดือนสิงหาคม 2556) พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 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 ตามลำดับ¹⁰ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประชากรในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม ประสบปัญหาโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงของร่างกายที่เรียกว่า อัมพาต เกิดความรุนแรงและเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังตามมา ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูง¹¹ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต¹² แม้ว่าในปัจจุบัน จะมีวิธีการในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามอาจจะมี ความพิการหลงเหลืออยู่

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพรหมพิราม ได้มีการแก้ปัญหาดังกล่าวโดยมีการจัดพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และการพัฒนา อสม. เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการดูแลและป้องกันปัญหาดังกล่าวอีกด้วย อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนรู้ให้แก่ อสม. ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมานั้น เป็นเพียงการจัดอบรมด้วยการบรรยาย ไม่มีการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านและไม่มีการนำสถานการณ์ในบริบทของพื้นที่ มาอภิปรายร่วมกันเป็นทีม ระหว่าง อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีการประเมินความรู้ของ อสม. มีแต่การประเมินจำนวน อสม. ที่เข้ารับการอบรม นอกจากนี้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลการจัดการเรียนรู้โรคหลอดเลือดสมอง ให้แก่ อสม. มีจำกัด ดังนั้นเพื่อเพิ่มคุณภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพรหมพิราม ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงได้ร่วมกันจัดฝึกอบรม อสม.



ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานซึ่งประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษานี้สามารถประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานเกี่ยวกับโรคเรื้อรังอื่นตามบริบทของพื้นที่อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวัดประสิทธิผล (ประกอบด้วย ความรู้ การปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน และความพึงพอใจ) ของโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐานเป็นการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติงานร่วมกันในระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน) ลักษณะการเรียนรู้เป็นสถานการณ์ที่พบในพื้นที่โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนในลักษณะผสมผสานไปกับการให้บริการในระบบปกติ⁷ เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนในรูปแบบของการ “ได้เห็น” “ได้ทำ” และ “ทำได้”

การศึกษานี้มุ่งเน้นประเด็นปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ โดยต้องการสร้างสัมพันธภาพแบบแนวนอน (Horizontal) และระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ในการทำงานร่วมกัน โดย อสม. ได้รับความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนทั้งแบบการบรรยายและการฝึกปฏิบัติ โดยผ่านกิจกรรมหลัก ประกอบด้วย ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของ อสม. ที่ อสม. สามารถเรียนรู้จากการดำเนินกิจกรรมการให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ซึ่งเป็นส่วนที่ อสม. ยังไม่สามารถปฏิบัติได้หรือไม่มั่นใจในการปฏิบัติ โดย อสม. จะผ่านได้รับความรู้ได้เห็นผู้ป่วยในชุมชนของตนเองได้ทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนที่ตนเองดูแล และได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าสามารถทำได้ โดยมีการจัดการเรียนรู้ที่ รพ.สต.

และในชุมชนผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ส่วนกิจกรรมเสริม คือ กิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีอยู่แล้ว เช่น การเยี่ยมบ้านได้ทำไปแล้วในกิจกรรมหลัก กิจกรรมเสริมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการเยี่ยมบ้าน คือ การอภิปรายกรณีศึกษา และการให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ในการเยี่ยมบ้านเป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเสริมไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ในลักษณะ ได้เห็น ได้ทำ และทำได้ แต่มีส่วนช่วยทำให้กระบวนการเรียนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผลลัพธ์จากการเรียนการสอนจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ การปฏิบัติ และมีความพึงพอใจในการกระบวนการจัดการเรียนการสอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest only) ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ อสม. เครือข่ายระบบบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยของการศึกษาที่ผ่านมาของ Krongthong, Chaiyong Thonglaw¹³ มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุภายในกลุ่มทดลองเป็น 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็น 3 กำหนดค่า power = 0.90 และ alpha = 0.01 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ Stata version 11 สำหรับกลุ่มเดียว ได้ขนาดตัวอย่าง 34 คน เพื่อป้องกันการออกจากโปรแกรมระหว่างดำเนินการเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง 1) เป็น อสม. ที่ผ่านการอบรมการเป็น อสม. และขึ้นทะเบียนกับสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม 2) ไม่เคยได้รับการอบรมโดยใช้วิธีการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อสารโดยการพูดและเขียนได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 52 02 04 0014



เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปจำนวน 8 ข้อ 2) ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ จำนวน 30 ข้อ 3) การปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านของ อสม. จำนวน 14 ข้อ และ 4) ความพึงพอใจของอสม. ต่อการเข้าร่วมในโปรแกรมฯ จำนวน 20 ข้อ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะแบบสอบถามในการวัดความรู้เป็นแบบถูก ผิด และแบบสอบถามการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านและความพึงพอใจเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดย 3 หมายถึง ปฏิบัติได้มากและพึงพอใจมาก ส่วน 1 หมายถึง ปฏิบัติได้น้อยและพึงพอใจน้อย

2) โปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยทำการออกแบบผ่านการจัดประชุมร่วมกับทีมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอพรหมพิราม ชมรม อสม. และทีมนักวิจัย ผ่านขั้นตอนการเตรียมการด้วยการรวบรวมองค์ความรู้โดยการจัดประชุม เรื่อง “การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน” ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. นอกจากนี้ยังได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเรื้อรังของประชากรในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม การอบรมที่ทางโรงพยาบาลพรหมพิรามและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิรามจัดให้ และการอบรมที่อสม. เข้าไปมีส่วนร่วม ได้รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน คือ

2.1) กิจกรรมหลัก การเรียนรู้โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นฐาน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน (วันพุธ และวันพฤหัสบดี) วันละ 3 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 เนื้อหาประกอบด้วยบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสร้างเครือข่ายและโอกาสในการพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ การเรียนรู้แบบใช้บริบทเป็นฐาน คืออะไร ทำไมต้องเรียนแบบนี้ บทนำสู่โรคเรื้อรัง และความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) เพื่อ ต้องการแสดงให้เห็นความสำคัญของ อสม. สร้างความเข้าใจให้ตรงกันและความมุ่งมั่นที่จะเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทบทวนความรู้เพื่อเตรียมเข้าสู่ทักษะการดูแล และการคัดกรองต่อไป สอดคล้องกับ

แนวคิดของ CBL คือ ได้รู้ ครั้งที่ 2 เนื้อหาประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) การคัดกรอง การประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) เบื้องต้น การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2 ส (ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อทบทวนทักษะการดูแล การคัดกรอง และการปฏิบัติตัว โดยทักษะส่วนใหญ่ จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญ (key factor) ของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinants) ที่ส่งผลต่อสุขภาพ แนวคิดของ CBL คือ ได้รู้ ครั้งที่ 3 การเยี่ยมบ้านของ อสม. และการบันทึกแนวทางการประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานแต่ละระดับ ทบทวนทักษะการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับแนวคิดของ CBL คือ ได้ทำ ครั้งที่ 4 การให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดย อสม. และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อทบทวนความรู้ สอดคล้องกับแนวคิดของ CBL คือ ได้รู้

กิจกรรมหลัก การเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การเยี่ยมบ้าน) เจ้าหน้าที่ดำเนินการคัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจในการเยี่ยมบ้าน (คนละ 3 ราย) เช่น ผู้ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น ศึกษารายละเอียดของผู้ป่วย หรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยม ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในครั้งที่ 5 เพื่อเตรียมข้อมูลในการสาธิตการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) โดยเจ้าหน้าที่ ทีมผู้วิจัย และ อสม. ให้ อสม. ได้ปฏิบัติจริง สอดคล้องกับแนวคิดของ CBL คือ ได้เห็น กิจกรรมครั้งที่ 6 และ 7 อสม. และเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) ให้ อสม. ได้ปฏิบัติจริง สอดคล้องกับแนวคิดของ CBL คือ ได้ทำ กิจกรรมครั้งที่ 8 อสม. และเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) และเจ้าหน้าที่นิเทศ ติดตามให้ อสม. ได้ปฏิบัติจริง สอดคล้องกับแนวคิดของ CBL คือ ได้ทำ และทำได้

2.2) กิจกรรมเสริม การนำเสนอกรณีศึกษา กิจกรรมครั้งที่ 9 และ 10 การเลือกกรณีศึกษาเลือกผู้ป่วยที่ได้ร่วมออกฝึกปฏิบัติเยี่ยมบ้านพร้อม



กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยพิจารณาเลือกผู้ป่วยที่มีประเด็นน่าสนใจเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ นำเสนอกรณีศึกษาคนละ 1 ราย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กระตุ้นให้ อสม. ร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (อัมพาต) การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งวางแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการคิดวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจวางแผนการให้บริการสุขภาพ อยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พี่เลี้ยง) สอดคล้องกับแนวคิดของ CBL คือ ได้ทำ และทำได้

กิจกรรมเสริม การให้คำปรึกษา ครอบคลุมระยะเวลาการเข้าโปรแกรม จำนวน 10 สัปดาห์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกเรื่องที่ อสม. ขอคำปรึกษา อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และวางแผนการพัฒนาในประเด็นที่เป็นส่วนที่ต้องเพิ่มเติมให้กับ อสม. ให้ อสม. ได้ปฏิบัติจริง หากมีข้อสงสัย มีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา สอดคล้องกับแนวคิดของ CBL คือ ได้ทำ และทำได้

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามและโปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามวัดความรู้ ได้ค่าเฉลี่ย I-CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงซึ่งคำนวณจากค่า KR 20 เท่ากับ 0.8 และแบบสอบถามการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านและความพึงพอใจ ได้ค่าเฉลี่ย I-CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงซึ่งคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.7 และ 0.8 ตามลำดับ

การเก็บข้อมูล การวิจัยนี้ ดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ชุดเดียวกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยทีมผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการทดลอง และหลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น การวัดการปฏิบัติการเยี่ยม

บ้านวัดก่อนและหลังการทดลองโดยหลังการทดลองทำการเก็บข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมโดยให้อสม. ประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติเยี่ยมบ้าน ส่วนข้อมูลความพึงพอใจ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความพึงพอใจ หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลระดับความรู้การปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน และความพึงพอใจ แบ่งเป็นระดับด้วยการประเมินค่า ตามแนวทางของเบสท์¹⁴ และทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การเยี่ยมบ้าน ภาพรวมและรายชื่อก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน โดยการทดสอบที่คู่ (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 38 คน มีอายุเฉลี่ย 45.6 ปี ($SD = 8.2$) อายุต่ำสุด และอายุสูงสุด อยู่ในช่วง 20-55 ปี ร้อยละ 92.1 เป็นเพศหญิง สัดส่วน อสม. เพศชาย : เพศหญิง เป็น 1 : 12 อสม. ร้อยละ 81.6 มีสถานภาพสมรสคู่ และยังพบว่า อสม. ร้อยละ 57.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร อสม. ร้อยละ 63.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ในส่วนของระยะเวลาในการเป็น อสม. ร้อยละ 60.5 อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี เฉลี่ย 5.7 ปี ($SD = 4.92$) นอกจากนี้ อสม. ร้อยละ 94.7 เป็นสมาชิกของ อสม. และ ร้อยละ 73.7 มีตำแหน่งอื่นในชุมชนร่วมกับการเป็น อสม.

ส่วนใหญ่ อสม. มีระดับความรู้ ในภาพรวมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมที่มีการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.9 ($\bar{X} = 12.3, SD = 4.3$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอบรมพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.6 ($\bar{X} = 18.6, SD = 3.9$) ในส่วนของการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านของ อสม. พบว่า อสม. มีระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน ภาพรวมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.5 ($\bar{X} = 6.7, SD = 3.2$)



หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมฯ พบว่าส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50 ($\bar{X} = 11.4$, $SD = 3.1$) นอกจากนี้ในส่วนของระดับความพึงพอใจ ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า อสม. ร้อยละ 47.4 มีความพึงพอใจในระดับสูง ($\bar{X} = 7.8$, $SD = 3.9$) (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายชื่อของคะแนนความพึงพอใจ พบว่าความพึงพอใจด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ภายหลังการอบรม อสม. มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำแก่รายเยี่ยม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85 นอกจากนี้พบว่า อสม. มีความพึงพอใจต่อการจัดอบรมในประเด็น สื่อและอุปกรณ์การสอนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 25

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมที่มีการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานอสม. มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.3 ($SD = 4.3$) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมฯ มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 18.6 ($SD = 3.9$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเพิ่มขึ้น 6.3 คะแนน (95% CI = 4.5 ถึง 8.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.73$, $p\text{-value} < 0.001$) ในส่วนของการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมฯ อสม. มีคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 6.7 ($SD = 3.2$) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมฯ มีคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 11.4 ($SD = 3.1$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านก่อนและหลังเพิ่มขึ้น 4.7 คะแนน (95% CI = 3.3 ถึง 6.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.49$, $p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า อสม. มีระดับความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการอบรมฯ อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมหลักโดยใช้รพ.สต. เป็นฐาน และการใช้ชุมชนเป็นฐาน (การเยี่ยมบ้าน) โดยจัดให้มีการให้ความรู้และสาธิตการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในพื้นที่ที่ อสม. ดูแล เป็นการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงของ อสม. ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ซึ่งในการดำเนินงานสอดคล้องกับหลักการพื้นฐานของการจัดการเรียนรู้ โดยใช้บริบทเป็นฐาน คือการจัดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning) ซึ่ง Knowles⁸ กล่าวถึงลักษณะการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ใน 4 ข้อคือ 1) เมื่อคนเราเติบโตขึ้น ผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะชอบการชี้นำด้วยตัวเอง (Self-direction) 2) ประสบการณ์ของผู้ใหญ่นั้นเป็นทรัพยากรการเรียนรู้ที่ทรงคุณค่า ดังนั้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Active Participation) จากประสบการณ์ของผู้ใหญ่ควรจะนำมาใช้เป็นวิธีการจัดการฝึกอบรม 3) ผู้ใหญ่มักจะให้การตระหนักถึงเรื่องราวเฉพาะที่มาจากชีวิตจริง ดังนั้นการจัดฝึกอบรมควรจะใช้เรื่องในสถานการณ์จริงมาเป็นแนวทางการจัดการฝึกอบรม และ 4) ผู้ใหญ่ต้องการที่จะเรียนรู้ทักษะและเฝ้าหาความรู้ที่จำเป็นในการเพิ่มขีดความสามารถของตนในการทำงานและนำทักษะที่ได้เรียนรู้มาใช้งานได้ทันที โดยนำมาใช้ คือรูปแบบการจัดการเรียนการสอนมีการนำประสบการณ์ของ อสม. มาใช้ในการยกตัวอย่าง การกำหนดหัวข้อมาจากการต้องการเพิ่มขีดความสามารถของตน ภายหลังนั้นในการเยี่ยมบ้านเมื่อได้เห็น จะสามารถปฏิบัติได้ทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ Han และคณะ¹⁵ ได้จัดโปรแกรมการอบรมให้กับ อสม. เรื่องการจัดการโรคเรื้อรังในประเทศเกาหลีจำนวน 48 ชั่วโมงผลการประเมินผลการอบรม พบว่า ภายหลังการอบรม อสม. มีคะแนนระดับความรู้ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ร้อยละ 70 ระดับการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน อยู่ในระดับที่พึงพอใจ สามารถแสดงบทบาทการเป็นผู้ริเริ่มทางด้านสุขภาพ (Health initiator) ตัวแทนประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ (Health advertising agent) และเป็นแบบอย่างทางด้านสุขภาพ (Health role model) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังมีการศึกษาของเทพลักซ์ ศิริธนะวุฒิชัย และคณะ¹⁶ ทำการประเมินประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวานของ อสม. ภายหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



($p < 0.005$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยของผู้ป่วยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) สอดคล้องกับการศึกษาของของ Michael S. Spencer และคณะ¹⁷ เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาการให้ความรู้แก่ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ชาวลาตินอเมริกัน: การศึกษาแบบทดลอง โดยให้ อสม. ทำการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนด้วยการจัดโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ศึกษา การเยี่ยมบ้าน และการไปตรวจที่คลินิกพร้อมกันระหว่าง อสม. และผู้ป่วยที่ดูแล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น และมีค่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงลดลง ภายหลังการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมที่มีการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ดีวก่อนเข้าโปรแกรมการอบรมฯ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับรูปแบบของการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential based learning; EBL) ในลักษณะของการ “ได้เห็น” “ได้ทำ” และ “ทำได้”^{7,18} สอดคล้องกับการศึกษาของ Chalee, Chawthip¹⁹ ในการประเมินผลการพัฒนาอสม. เชี่ยวชาญสาขาโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าภายหลังการอบรมการปฏิบัติงานคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง ความครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการครอบคลุม ร้อยละ 97 สูงกว่าปีที่ไม่มีการพัฒนาความรู้ให้กับ อสม. และสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดเกี่ยวกับการคัดกรอง แสดงให้เห็นว่า อสม. เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับทีมสุขภาพ และมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความเสมอภาคในเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยนี้พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอบรม พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในระดับสูง อธิบายได้ว่า อสม. มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน และทำให้ประชาชนยอมรับการปฏิบัติงานของ อสม. สอดคล้องกับ Gibson²⁰ ที่กล่าวว่า การแสดงถึงการ

ยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและการแก้ปัญหาด้วยตนเอง เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ อสม. มีศักยภาพในงานเพิ่มขึ้น และมีความเชื่อมั่นในการทำงานมากขึ้น²¹ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น²² โดยในโปรแกรมการอบรมฯ ในงานวิจัยนี้ ได้มีการจัดกิจกรรมเสริมที่ช่วยให้กระบวนการเรียนของ อสม. มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายกรณีศึกษา และการให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ อสม. ทำให้ อสม. ได้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ จากการที่เจ้าหน้าที่รับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาการทำงานแก่ อสม. เมื่อ อสม. พบปัญหาอุปสรรคในการทำงาน

จากข้อมูลคะแนนความพึงพอใจรายข้อที่พบว่า ความพึงพอใจด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ภายหลังการอบรม อสม. มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำแก่รายเยี่ยม อยู่ในระดับสูง เนื่องจากการโปรแกรมมีการจัดกิจกรรมเสริม เช่น การอภิปรายกรณีศึกษา และการให้คำปรึกษา เป็นกิจกรรมที่ทำให้มีการแลกเปลี่ยนและสร้างความมั่นใจให้กับ อสม. ส่วนคะแนนความพึงพอใจประเด็น สื่อและอุปกรณ์การสอนมีความเหมาะสม อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการเรียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นฐาน มีการใช้สื่อที่มีภาษาทางวิชาการและภาษาอังกฤษซึ่งผู้สอนใช้ภาษาไทยแต่อาจทำให้อสม. ไม่เข้าใจในเรื่องดังกล่าว ข้อมูลนี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อและอุปกรณ์การสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนต่อไป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การอบรมโดยใช้โปรแกรมที่มีการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน เป็นการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้และความสามารถในการเยี่ยมบ้าน สามารถฟื้นฟูสุขภาพ ประเมินภาวะแทรกซ้อน ทราบอาการผิดปกติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงสามารถประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม อันจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชนระหว่าง อสม. ครอบครัวผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การอบรมแก่ อสม. ตามบริบท



ของพื้นที่ นับได้ว่าเป็นการบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนที่สามารถสร้างความเป็นเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและภาคประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาอุปสรรคของการนำโปรแกรมไปใช้ คือ การจัดเวลาในการจัดการเรียนการสอนให้มีความเหมาะสม ซึ่งต้องมีการวางแผนร่วมกันกับผู้เรียน และผู้สอนโดยให้เป็นไปตามการปฏิบัติงานในพื้นที่และมีความยืดหยุ่น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม การให้คำปรึกษา ที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ของ อสม. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ได้อย่างเหมาะสม

2. การศึกษาบทบาทของการดูแลของ อสม. ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมายและการศึกษาติดตามผลระดับความรู้และการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้ทราบระยะเวลาในการคงอยู่ของความรู้และการปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมและฟื้นฟูความรู้ที่มีการผนวกเข้ากับประสบการณ์ของ อสม. ได้อย่างเหมาะสม

References

- World Health Organization. The top 10 causes of death. 2013 [cited 2011 5 April]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
- Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control. Information and statistics on non communicable disease. 2554 [cited 2554 May 25]; Available from: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- Lukawee P. Exploring Patient's Problems to Improve Quality of Life after Stroke in Community. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2555;30(4):6-14.
- Sein UT. Health Volunteers: Third Workforce for Health-for-All Movement. Regional Health Forum 2006;10(1):38-48.
- Prasad BM, Muraleedharan VR. Community Health Workers: a review of concepts, practice and policy concerns. The research of International Consortium for Research on Equitable Health Systems (CREHS). London: London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM). 2007.
- Perez F, Ba H, Dastagire SG, Altmann M. The role of community health workers in improving child health programmes in Mali. BMC International Health and Human Rights 2009;9:28-40.
- Yongyuth P. Context-based learning: CBL, Version 1 Thai-European Health Care Reform Project-HCRP. Bangkok: Doctor publishing Ltd; 2553.
- Knowles MS. The adult learner: A neglected species. Revised edition 1990 ed. Houston: Gulf Publishing Company; 1973.
- Nithra K, Phudit T. Context-based learning: a strategy for achieving the sub-district health promotion hospital policy. Journal of Public Health Nursing 2555;26(1):80-100.
- Pompiram District Health Office. Annual Annula Report 2556. Phitsanulok: District Health Office, Pompiram district; 2556.
- National Economic and Social Development Board, Ministry of Public Health & Mahidol University. Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan B.E. 2554-2563 (2011-2020). 2011. [cited 2555 May 25]; Available from: http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf.
- Tengs TO, Yu M, Luistro E. Health-related quality of life after stroke a comprehensive review. Stroke 2001;32:964-72.



13. Krongthong K, Chaoyong K, Thonglaw D. The Effectiveness for Complication Prevention in Essential Hypertensive patients, Bang Sai District, Ayutthaya Province. Khon Kaen University Research Journal 15(10): 897-909.
14. Best JW. Research in Education. edition, editor. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc; 1981.
15. Han HR, Kim KB, Kim MT. Evaluation of the training of Korean community health workers for chronic disease management. Health Education Research 2007; 22(4): 513-21.
16. Teabpaluck S, Arthit W, Wirun N, Thidarut K. The Effectiveness of Village Health Volunteers in Muang District, Mahasarakham Province Making Visits to The Homes of Diabetes Mellitus Patients. Journal Science Technology Mahasarakham University 2010; 29(4): 439-45.
17. Spencer MS, Rosland AM, Kieffer EC, Sinco BR, Valerio M, Palmisano G, et al. Effectiveness of a community health worker intervention among African American and Latino adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. American Journal of Public Health 2011; 101(12): 2253-60.
18. Kolb AY, DA Kolb. Experiential Learning Theory: A Dynamic, Holistic Approach to Management Learning, Education and Development. Handbook of Management Learning, Education and Development. S. J. Armstrong and C. Fukami. London: Sage Publications, London: Sage Publications; 2008.
19. Chalee Y, Chawthip B. Evaluation of Developing Village Health Volunteer Experts in the Diabetes Mellitus and Hypertension Aspects in Maha Sarakham Province. Research and Development Health System Journal 2553; 3(2): 1-13.
20. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing 1991; 16(3): 354-61.
21. Rappaport J. Terms of empowerment/Exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology 1987; 15(2): 121-48.
22. Laschinger HKS, Finegan JE, Shamian J, Wilk P. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. Journal of Organizational Behaviors 2004; 24(527-545).

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการอบรม ฯ (n=38)

ประเด็นการประเมิน	ก่อนอบรม	หลังอบรม	ค่าเฉลี่ยของผลต่าง Mean difference	95% CI ของผลต่าง	t	p-value
	Mean (SD.)	Mean (SD.)				
ความรู้	12.3 (4.3)	18.6 (3.9)	6.3	4.5 ถึง 8.2	6.73	< 0.001*
การปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน	6.7 (3.2)	11.4 (3.1)	4.7	3.3 ถึง 6.2	6.49	< 0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



Effectiveness of a Training Program for the Village Health Volunteers in Providing Community Care for Patients with Cerebrovascular Disease Using the Context-Based Learning (CBL) Approach

Phudit Tejavataddhana DHSM *

Nithra Kitreerawutiwong PhD**

Abstract

Evidence-based shows that Village Health Volunteers (VHVs) are effective in improving chronically ill patients and health outcomes. This study aimed to assess the effectiveness of the training program for VHVs based on the concept of CBL for cerebrovascular disease patients in community. This study used a quasi-experimental one group pre-test and post-test research design. A sample of 38 VHVs, who registered in Prompiram District, Phitsanulok Province, was selected to participate in the training program based on the concept of CBL for 10 weeks. The learning techniques employed in the training program consisted of 1) learning based at the Tambon Health Promotion Hospital, 2) learning based in community (home-visiting), 3) case conference and 4) consultation for VHVs provided by health professionals. Data were collected by using questionnaires that were validated and tested in a pilot study. The questionnaires consisted of four sections: demographic data, knowledge of cerebrovascular disease, home-visiting practice, and satisfaction with the training program. The data of knowledge and home-visiting practice were collected and analyzed both before and after the training program. The data of satisfaction were collected and analyzed only after the VHVs completed the training program. Data analyses were carried out using descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) as well as inferential statistics (paired-*t* test).

The findings revealed that the levels of knowledge and home-visiting practice of VHVs were significantly higher than those prior to participation in the training program ($t=6.73$, $p < 0.001$; $t=6.79$, $p < 0.001$). Most VHVs (47.4%) had a high level of satisfaction (Mean = 11.42, SD = 4.12) after they completed the training program. This study indicated that the training program based on the concept of CBL could be effective increase the capacity of VHVs. This program involved to build capacity of VHVs as an integral part of health care team.

Keywords: evaluation, village health volunteer, cerebrovascular disease patients, context-based learning affiliation

* Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

** Corresponding author