

ผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
ต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น
Effect of Capacity Building on Village Health Volunteers'
Knowledge and Skills in Basic Life Support

โรชนี อุปรา (Roshinee Oupra)^{1*}

ชยธิดา นนทเมธาวัดน์ (Chayatida Nonmeatawat)¹

ทิพย์ ลือชัย (Tip Luechai)¹

วารภรณ์ บุญยงค์ (Waraphorn Boonyong)¹

ปวีณา ยศสุรินทร์ (Paweena Yotsurin)¹

ชลกนก ธนาภควัตกุล (Chonkanok Thanaphakawatkul)¹

Corresponding author E-mail: roshinee@bcnc.ac.th *

(Received: June 10, 2021; Revised: December 10, 2021;

Accepted: December 24, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะ ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ระยะที่ 2 ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 1 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมในระยะที่ 1 จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นโดยใช้ Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนเข้ารับการพัฒนาศักยภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผ่านการประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ร้อยละ 100 โดยแบ่งเป็นระดับดีมาก ร้อยละ 88.00 และระดับดี ร้อยละ 12.00 และยังพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจในการที่จะให้การช่วยเหลือในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และเกิดความความภาคภูมิใจในตนเองที่คาดหวังว่าจะได้ช่วยผู้อื่น

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, กระบวนการกลุ่ม, การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น, อาสาสมัครสาธารณสุข

ABSTRACT

This mixed method research aimed to study the effect of capacity building on Village Health Volunteers'(VHV) Knowledge and Skills in Basic Life Support (BLS). The Sample were 150 VHV living in Sanphisua subdistrict Chiang Mai province. Data were collected from July 2019 to June 2020 and were categorized into two stages. First Stage, data were collected from the participants after attending the capacity building program on Village Health Volunteers'(VHV) Knowledge and Skills in Basic Life Support. Second Stage, data were collected after one month by interviewing 30 participants from first stage who were randomly selected. General data and data regarding skills in performing basic life support were analyzed by using descriptive statistics, knowledge prior to attending the program and after attending the program was analyzed by using paired t-test and content analysis was used to analyzed the qualitative data. The results of the study revealed that the mean score of knowledge related to BLS of VHV Knowledge after participating in the program were significantly higher than before participating the program ($p = .001$) and all the participants passed the criteria for basic life support with good performance 12 % and very good performance 88 %. In addition, after attending this program all the participants reported to have confident to perform BLS in future. In addition, the participant had expressed feeling of pride having ability to help to safe life of others

Keywords: Capacity building, Group Process, Basic Life Support, Village Health Volunteer

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคหรือพยาธิสภาพของร่างกาย เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrest: OHCA) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สำคัญ ซึ่งภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (Sudden cardiac arrest) หมายถึง ภาวะหัวใจหยุดทำงานทันที การสูบฉีดเลือดไปยังอวัยวะสำคัญต่าง ๆ หยุดชะงักตามไปด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติ ไม่มีชีพจรและเสียชีวิตหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างทันท่วงที (American Heart Association, 2018) จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2019 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นภายนอกโรงพยาบาล ถึง 356,461 คน หรือประมาณ 1,000 คนต่อวัน และมีชีวิตรอดจนถึงออกจากโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 10 (Sudden cardiac Arrest Foundation, 2019) และในประเทศไทยจากรายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินที่หัวใจหยุดเต้นภายนอกโรงพยาบาลจำนวน 8,483 ราย (National Institute for Emergency Medicine, 2020)

สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association, 2018) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตหากเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลไว้ว่า หากต้องการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตควรมีการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (basic life support: BLS) ที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้พบเห็นเหตุการณ์สามารถประเมินผู้ป่วย ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีการศึกษาปัจจัยที่เพิ่มอัตราการช่วย

ฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล โดยถ้าหากว่าผู้พบเห็นเหตุการณ์สามารถให้การช่วยเหลือการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพตามขั้นตอนจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นได้มากถึงร้อยละ 50 (Daya et al., 2015) ด้วยเหตุนี้การฝึกอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้และทักษะให้แก่บุคคลจึงมีความจำเป็นเนื่องจากการพัฒนาศักยภาพบุคคลให้สามารถปฏิบัติงานหรือกระทำการต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง (Waelveerakup, 2019)

สำหรับประเทศไทยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข และมีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถนำความรู้ที่ถูกต้องไปถ่ายทอดให้กับประชาชน การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นจะเป็นแนวทางให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปใช้และปฏิบัติในการดูแลคนในครอบครัวและชุมชนหรือหากพบผู้ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น หรือการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นอย่างถูกต้อง ก่อส่งต่อไปให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งจะสามารถช่วยลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีจุดเน้นการบริการวิชาการแก่ชุมชนโดยมุ่งเน้นการให้บริการตามความต้องการของเขตบริการสุขภาพและความต้องการของชุมชน จากการศึกษาที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ประชุมร่วมกับคณะกรรมการในชุมชนตำบลสันผีเสื้อ ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพชุมชน ได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในพื้นที่ให้สามารถช่วยเหลือผู้ที่เกิดภาวะฉุกเฉิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ และองค์การบริหารส่วนตำบลจึงได้มีการจัดทำโครงการบูรณาการบริการวิชาการกับงานวิจัยการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (BLS) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินโดยการให้บริการวิชาการความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (BLS) ซึ่งจะเป็นการพัฒนาให้อสม. สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินในชุมชนก่อนนำส่งสถานพยาบาล เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และมีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association, 2020) ที่ได้ให้คำแนะนำว่าการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยการจัดอบรมทบทวนซ้ำอย่างสม่ำเสมอจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

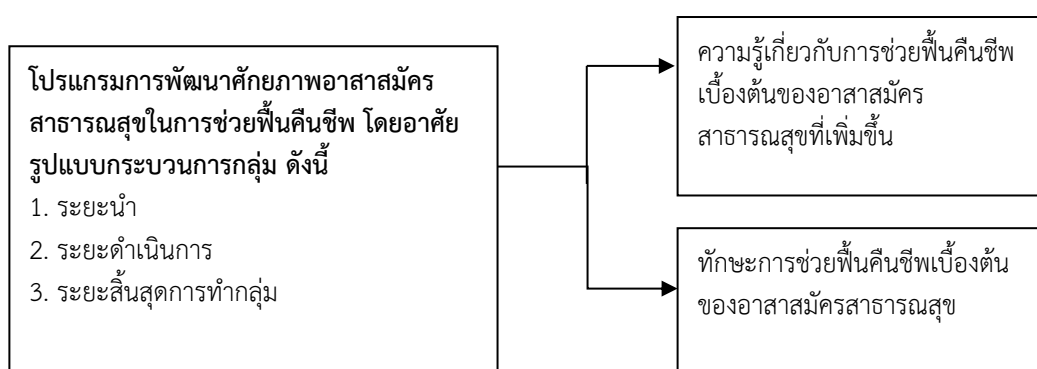
สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านการประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นร้อยละ 100 ในระดับดีขึ้นไปหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มของมาแรม (Maram, 1978) การใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการจัดให้บุคคลมารวมกลุ่มกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ระหว่างสมาชิก มีการตัดสินใจร่วมกันภายในกลุ่ม สมาชิกทุกคนมีปฏิสัมพันธ์กัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยมีการแบ่งการเรียนรู้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะนำ หรือระยะสร้างสัมพันธ์ภาพซึ่งเป็นการสร้างความรู้สึกปลอดภัย ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นขั้นตอนการให้ความรู้ ได้แก่ การจัดการเมื่อพบผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทักษะกันภายในกลุ่ม และ ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม การเรียนรู้โดยวิธีดังกล่าวจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบ Explanatory Sequential Design (Creswell & Creswell, 2018) ประกอบด้วย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group Pretest – Posttest Design) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1

การศึกษาแบบกึ่งทดลองศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group Pretest – Posttest Design) ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 157 คน กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 150 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งแบ่งเป็น 3 รุ่น เพื่อเข้าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น หรือโครงการบูรณาการบริการวิชาการกับงานวิจัยการช่วยฟื้นคืนชีพ (Basic Life Support: BLS) โดยรุ่นที่ 1 เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 50 คน รุ่นที่ 2 เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 50 คน รุ่นที่ 3 เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น วันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ แผนการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ที่ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดกระบวนการเรียนรู้และมีทักษะในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยใช้กระบวนการกลุ่มจากแนวคิดกระบวนการกลุ่มของมาเรม (Maram, 1978) โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ โดยจัดโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นเป็น 3 ระยะ ได้แก่ คือ ระยะนำ ระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 1

1.2 เนื้อหาและอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ แผนการสอน และ PowerPoint ในการให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และสื่อวีดิทัศน์ขั้นตอนการฟื้นคืนชีพเบื้องต้นและอุปกรณ์ ได้แก่ หุ่นจำลอง หุ่นจำลองการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ใหญ่แบบครึ่งตัว (Electronic CPR Manikins) ใช้สำหรับฝึกอบรมการช่วยชีวิต (Cardiopulmonary Resuscitation Training: CPR) และเครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator: AED)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะสุขภาพ การรักษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบการณ์การอบรม

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าจากตำราและบททวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 4 ตัวเลือก ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน

2.3 แบบประเมินทักษะการฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำราและบททวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นแบบสังเกตการปฏิบัติแบบเป็นขั้นตอน (check list) โดยสังเกตการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มประเมินผู้ที่ต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นจนสิ้นสุดการช่วยฟื้นคืนชีพ มีจำนวน 12 ข้อ การให้คะแนน หากปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน

ตารางที่ 1 โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

ระยะที่	เวลาที่ใช้	กิจกรรม
ระยะที่ 1 ระยะนำ	10 นาที	- สร้างสัมพันธภาพ โดยทีมผู้วิจัยแนะนำตัว และให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ทักทายและพูดคุย เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความเป็นกันเอง
ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ	150 นาที	- ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบก่อนการให้ความรู้ (Pretest) เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (ใช้เวลา 10 -15 นาที)

ระยะที่	เวลาที่ใช้	กิจกรรม
		<ul style="list-style-type: none"> - ทีมผู้วิจัยวิจัยสอน/ ให้ความรู้เรื่องขั้นตอนและทักษะการฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ซึ่งมีเนื้อหาการสอนเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ขั้นตอนการประเมิน การให้การช่วยเหลือ และทักษะการฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และสื่อวีดิทัศน์ ขั้นตอนการฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (ใช้เวลา 60 นาที)
		<ul style="list-style-type: none"> - ทีมผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มจำนวน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน - ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการฟื้นคืนชีพเบื้องต้นโดยการใช้นุ่นจำลองการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ใหญ่ (Electronic CPR Manikins) - กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม <p>ในขั้นตอนนี้ทีมผู้วิจัยทำการประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการพัฒนาทักษะรายบุคคล (ใช้เวลา 60 นาที)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังการให้ความรู้ (Posttest) เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (ใช้เวลา 10 -15 นาที)
ระยะที่ 3	20 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำในแต่ละกลุ่มสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม
ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม		<ul style="list-style-type: none"> - ทีมผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นคืนชีพเบื้องต้น - เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น 2) แผนการสอนและ PowerPoint ในการให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น 3) แบบประเมินความรู้ เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และ 4) แบบประเมินทักษะการฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของเครื่องมือได้เท่ากับ 1.00, .99, .98 และ .99 ตามลำดับ จากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบประเมินความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นและแบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นที่ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลอื่น ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน 1) แบบวัดความรู้มาตรวัดหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (KR - 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86 และ 2) แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นไปทดลองประเมินโดยการสังเกตโดยอาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ทีมผู้วิจัยได้ขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสันผีเสื้อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าช้อยเหนือ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าหลุก ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

2. เมื่อได้รับอนุญาต ทีมผู้วิจัยนัดประชุมผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลสันผีเสื้อ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และลักษณะการดำเนินงานวิจัย

3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 150 คนและชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินงานวิจัยและรายละเอียดของการดำเนินงานวิจัยโดยดำเนินการตามขั้นตอนการการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “โครงการบูรณาการบริการวิชาการกับงานวิจัยการช่วยฟื้นคืนชีพ (Basic Life Support: BLS) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่” โดยจัดกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขให้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น จำนวน 3 รุ่น รุ่นละ 50 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ Paired t-test โดยกำหนดช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval) เท่ากับ 95% และผลการประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ระยะที่ 2

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลสันผีเสื้อที่เข้าร่วมโครงการฯ ในระยะที่ 1 จำนวน 30 คน โดยการสุ่มจากรายชื่อ รุ่นละ 10 คน ทำการการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยเว้นระยะเวลาหลังจากการอบรมในระยะที่ 1 ของแต่ละรุ่น เป็นเวลา 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi Structure in Dept Interview) โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ตัวอย่างแนวคำถาม 1) ก่อนการอบรมเคยมีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนชีพเบื้องต้นอย่างไร 2) ขณะอบรมการฟื้นคืนชีพเบื้องต้นท่านรู้สึกอย่างไร 3) หลังการอบรมการฟื้นคืนชีพเบื้องต้นท่านได้ความรู้อะไรบ้าง 4) หลังการอบรมการฟื้นคืนชีพเบื้องต้นท่านได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้อย่างไรและท่านรู้สึกอย่างไร 5) ความคิดเห็นโดยรวมหลังจากการอบรมเป็นอย่างไร และ 6) อยากให้มีการพัฒนาการอบรมในด้านใดและอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของเครื่องมือได้เท่ากับ 1.00 จากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสัมภาษณ์นำไปทดสอบความเข้าใจต่อคำถาม ความชัดเจนของภาษาและระยะเวลาตอบแบบสัมภาษณ์

วิธีการรวบรวมข้อมูล

หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 เว้นระยะเวลาหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขเชิงลึกเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยสุ่มจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะที่ 1 รุ่นละ 10 คน รวมเป็นจำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ทีมผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ หมายเลข C03/2563 เมื่อได้รับอนุญาต ทีมผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ขณะดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอยุติการเข้าร่วมวิจัยและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมไม่เปิดเผยรายบุคคล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 150 คน เป็นเพศชาย จำนวน 41 คน (ร้อยละ 27.30) และเพศหญิง จำนวน 109 คน (ร้อยละ 72.70) มีอายุเฉลี่ย 52.22 ปี (SD = 12.06) ซึ่งผลการวิจัยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ก่อนเข้าโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (n = 150)

ระดับคะแนนความรู้ก่อนเข้าโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น	จำนวน	ร้อยละ
ระดับควรปรับปรุง	1	0.67
ระดับพอใช้	42	28.00
ระดับดี	98	65.33
ระดับดีมาก	9	6.00
คะแนนโดยรวม (Range = 0 – 9, Mean = 4.47, SD = 1.67)		

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นก่อนเข้าโปรแกรมฯ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.33 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 28.00 ระดับดีมาก ร้อยละ 6.00 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 0.67 คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 0 – 9 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 (SD = 1.67) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 24 ราย ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น มีเพียง 6 ราย ที่เคยเข้ารับการอบรมและในจำนวน 6 ราย มีเพียง 2 รายเท่านั้นที่มีประสบการณ์การนำไปใช้เนื่องจากเคยช่วยงานในโรงพยาบาลมา

ก่อน เมื่อสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. ส่วนใหญ่ไม่กล้าให้การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นเนื่องจากขาดความมั่นใจเพราะไม่มีความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น บางรายถึงแม้มีความรู้แต่ไม่เคยฝึกทักษะและขาดประสบการณ์ จึงทำให้ไม่มั่นใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ “ไม่มีความรู้เรื่องนี้เลย เคยเห็นผ่าน ๆ จากการดูทีวี บางทีก็อ่านเจอในอินเทอร์เน็ตมือถือบ้าง แต่อบรมเป็นจริงเป็นจังนี่ยังไม่เคยสักครั้งเลยจ้า ก็ถ้าก่อนการอบรมก็ไม่มั่นใจเลย ไม่เคยเรียน ไม่เคยรู้มาก่อน แล้วแม่เป็นคนซี้กแล้วด้วยจะให้ไปกด ๆ บีม ๆ แบบไม่มีความรู้ก็คงไม่กล้าทำ กลัวคนเขาตายแทนที่จะช่วยเขา เพราะว่าถ้าหากว่าเราทำอะไรผิดไปแล้วคนป่วยเป็นอะไรขึ้นมาเราจะต้องรับผิดชอบเพราะเราไม่ใช่เป็นหมอ”

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้หลังเข้าโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (n = 150)

ระดับคะแนนความรู้หลังเข้าโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้	2	1.33
ระดับดี	68	45.33
ระดับดีมาก	80	53.34
คะแนนโดยรวม (Range = 2 – 10, Mean = 7.47, SD = 1.70)		

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นหลังเข้าโปรแกรมฯ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.34 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 45.33 และระดับพอใช้ ร้อยละ 1.33 คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 2 - 10 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.47 (SD = 1.70) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (n = 150)

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	S.D.	df	t	p
ก่อนเข้าโปรแกรมฯ	4.47	1.67	149	-19.40	.000*
หลังเข้าโปรแกรมฯ	7.47	1.70			

*p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -19.40$, $df = 149$) เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับความรู้และการทดลองทำการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และการให้คำแนะนำโดยอาจารย์ประจำกลุ่ม รวมทั้งสมาชิกกลุ่ม ทำให้มีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น ที่สำคัญการเข้ากลุ่มและฝึกทักษะรายบุคคลทำให้เกิดความมั่นใจที่จะทำการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น จะเห็นได้จากข้อมูลตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ “ตั้งแต่เป็น อสม. ยังไม่เคยเจออุบัติเหตุต่อหน้าเลย ส่วนมากรถกั๊วะจะมาช่วยเหลือ เฮากะบ่ได้ฮู้ (เราก้ไม่ทราบ) ว่าอุบัติเหตุจะเกิดเวลาใด ในเรื่องการอบรมก็เคยฟังผ่องเนี่ยะ แต่ไม่เคยได้ลองกดจริง ๆ แต่ตอนที่วิทยาลัยฯ มาอบรมนั้นแหละเลยได้ลองกดหน้าอกบีมหัวใจจริง ๆ ก็ตื่นเต้นดิขนาด (ตื่นเต้นมากเลย) แล้วก็จะเห็นตามในโทรทัศน์ก็ไม่ได้รู้สึกกลัวถ้าหากต้องลองทำ ถ้าเกิดปะใส่สถานการณ์จริง (ถ้าเจอสถานการณ์จริง) เพราะสิ่งที่ต้องมีคือสติ ถ้าหากเราไม่ได้ช่วยโดยการกดหน้าอกเราก้จะช่วยเหลือในแนวทางอื่น เราก้จะช่วยจนสุดความสามารถนั้นแหละถึงแม้ไม่ได้เรียนก็มีความมั่นใจอยู่บ้าง แต่ก็ไม่มากเท่าหลังการมาเฮียน (เรียน) แต่พอมาเฮียนนี้เฮามั่นใจ

ละน้อ จะได้อาไปช่วยเป็น (ผู้อื่น)” ด้วยเหตุนี้อาจสรุปได้ว่า การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาด้านความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพได้

ส่วนที่ 2 ทักษะเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น

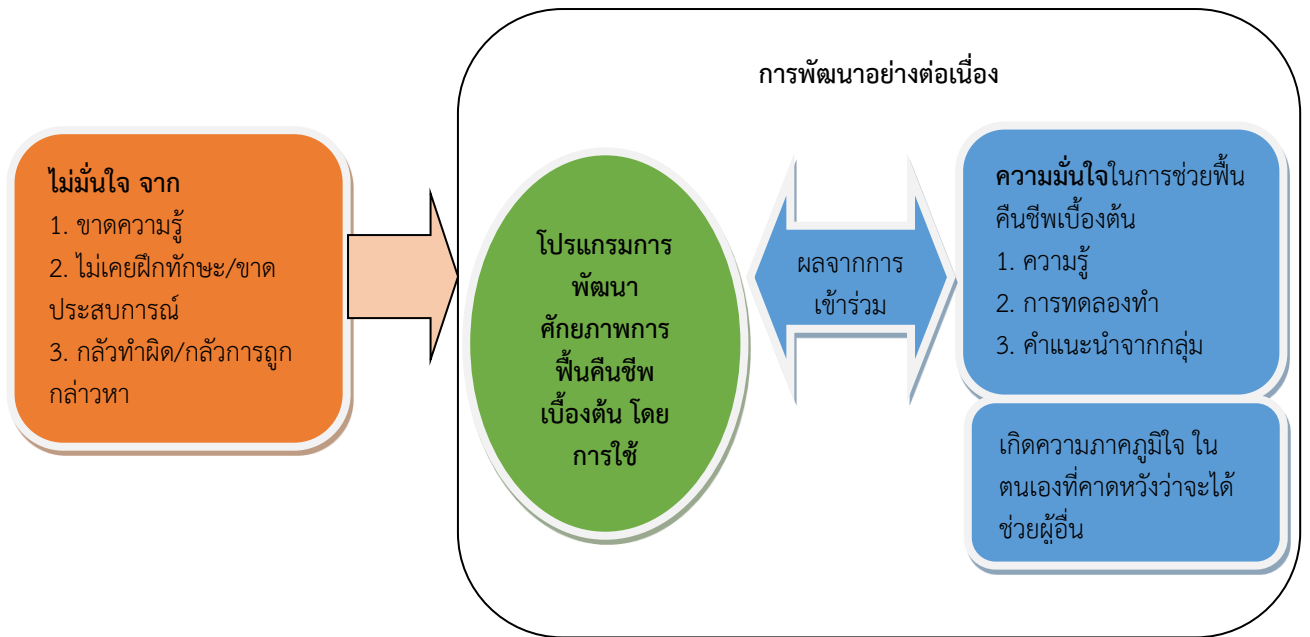
ตารางที่ 5 คะแนนทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (n = 150)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	18	12.00
ระดับดีมาก	132	88.00
คะแนนโดยรวม (Range = 6 – 12, Mean = 11.12, S.D. = 1.68)		

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพหลังจากเข้าโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.12 (SD = 1.68) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 88 ซึ่งหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ทุกคนมีความรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถทำการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้ จะเห็นได้จากข้อมูลตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ “รู้สึกดีใจอย่างเดียวไม่ได้ ต้องรู้สึกภูมิใจด้วย คนเราถ้าทำอะไรไปแล้วซึ่งเป็นการทำความดีและทำให้ได้ช่วยเหลือ มีความรู้ในตัวแล้วก็ดีกับผู้ป่วยและคนรอบข้าง ถ้าเราเจออุบัติเหตุแล้วมองไม่เห็นใครเหลียวซ้ายแลขวาไม่เจอใครมันก็จำเป็นที่เราที่ต้องช่วยเหลือเขา ดังนั้นก็จะนำความรู้ที่ได้ไปใช้หากว่าเจอสถานการณ์จำเป็นจริง ๆ” นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องยังคงมีความจำเป็นเพราะการช่วยฟื้นคืนชีพนั้นไม่ได้ปฏิบัติทุกวัน การพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องจะทำให้มีความมั่นใจเมื่อต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ดังตัวอย่างข้อมูลจากการสัมภาษณ์ “การอบรมนี้เป็นการอบรมที่มีประโยชน์ ถ้าเจออุบัติเหตุจริง ๆ ก็สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ได้ เราได้อบรมแล้วเราก็จะมีทักษะในการช่วยเหลือคนอื่น ซึ่งมันเป็นความรู้ที่เป็นไปได้ ทำให้อยากเรียนรู้อยากซึมซับ อยากให้ทางวิทยาลัยพยาบาลถ้าจะมีแนวทางการอบรมของ อสม. อยากให้มีเดือนละหนึ่งครั้ง เพราะเราไม่ได้ใช้บ่อยอาจจะทำให้เราลืมได้”

จากข้อมูลนำเสนอการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปได้ว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้ เนื่องจากขาดความมั่นใจ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ขาดประสบการณ์ หรือขาดการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และกลัวการทำผิดหรือถูกกล่าวหาถ้าหากการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นที่ตนกระทำไม่สามารถช่วยผู้ประสบเหตุได้ การเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการที่จะช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น เนื่องจากการได้รับความรู้ ได้ทดลองทำ หรือฝึกปฏิบัติรายบุคคล และได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ประจำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้การที่รู้ว่าตนมีความรู้และความสามารถในการที่จะนำไปช่วยชีวิตผู้อื่นได้ในอนาคต ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิใจ แต่ถึงอย่างไรก็ตามการพัฒนาอย่างต่อเนื่องก็ยังคงมีความจำเป็น ซึ่งผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถสรุปได้ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 สรุปผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น



การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านต่าง ๆ พบว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ดังนี้
สมมติฐานข้อที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น กล่าวคือ ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -19.40, p < .00$) (ดังแสดงในตารางที่ 4) ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนโดยการบรรยาย การศึกษาจากสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น การสาธิตและการฝึกปฏิบัติสาธิตย้อนกลับโดยใช้หุ่นจำลอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของมาเรม (Maram, 1978) ที่เชื่อว่าการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการจัดให้บุคคลมารวมกลุ่มกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ระหว่างสมาชิก มีการตัดสินใจร่วมกัน ภายในกลุ่มสมาชิกทุกคนมีปฏิสัมพันธ์กัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน คล้ายคลึงกับการศึกษาของเบญจวรรณ ชันไสว, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และนันทวรรณ ทิพยเนตร (Khunsawai, Promarak, & Tippayanate, 2020) พบว่าหลังจาก อสม. เข้าร่วมโปรแกรมการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยการบรรยาย ชมวีดิทัศน์และฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยจะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการเรียนรู้ที่มีการฝึกปฏิบัติทำให้เกิดการพัฒนาการเรียนรู้ที่ชัดเจน

สมมติฐานข้อที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านการประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นร้อยละ 100 ในระดับดี - ดีมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดย

การเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นโดยการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้มีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นเท่ากับ 11.12 (SD = 1.68) โดยมีผู้มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 12.00 (n=18) และระดับดีมากร้อยละ 88 (n= 132) (ดังแสดงในตารางที่ 5) ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาจากวิดิทัศน์การสาธิตขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ การได้ทดลองทำ การได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยอย่างใกล้ชิด และการเสริมแรงจากสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา สาสังข์, ทศพร ชูศักดิ์ และอารีย์ เสนีย์ (Sasang, Chusak, & Saneey, 2020) ซึ่งใช้วิธีการสอนโดยการบรรยาย แสดงสถานการณ์ตัวอย่าง และมีวิดิทัศน์สถานการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาและเกิดทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่คาดหวังว่าจะได้ช่วยผู้อื่น ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (Sanprasarn et al., 2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ภายหลังจากเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วม อสม. มีความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และอสม. ทุกรายมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจในระดับดีมาก และสามารถผ่านการประเมินทักษะการประเมินหัวใจและหลอดเลือดและการกู้ชีวิตเบื้องต้นร้อยละ 100 ในระดับดี

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นโดยการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นครั้งนี้ส่งผลให้ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นเพิ่มขึ้น มีการประเมินทักษะอยู่ในระดับดี - ดีมาก และ อสม. ทุกคนผ่านการประเมินผลทั้งด้านความรู้และทักษะ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมฯ เป็นการจัดอบรมที่มีเนื้อหาที่เกิดจากความต้องการของชุมชน ตอบสนองความต้องการการเรียนรู้ของ อสม. โดยที่ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพจากผู้สอนจนเกิดความมั่นใจ อีกทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม มีการให้ได้ให้กำลังใจในการฝึกจนเกิดความมั่นใจจากทีมผู้สอน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Marram, 1978) สามารถทำให้ อสม. มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น นอกจากนั้นการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ยังส่งผลให้ อสม. มีความมั่นใจที่จะช่วยฟื้นคืนชีพหากประสบเหตุในอนาคต ไม่เพียงเท่านั้นยังพบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพยังส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจของอสม. ที่จะได้ช่วยเหลือผู้อื่น

ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง โดยการนำกระบวนการกลุ่มมาประกอบการพัฒนาศักยภาพ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งจะสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้อย่างทันท่วงทีหากมีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องทำการช่วยเหลือในการฟื้นคืนชีพเกิดขึ้นก็จะสามารถลดการเสียชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลอื่น ๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

2. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นโดยใช้กระบวนการกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้สอนประชาชนกลุ่มอื่น ๆ

3. นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดทักษะที่ยั่งยืนและเพิ่มประสิทธิภาพ ตลอดจนความมั่นใจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรศึกษาการประเมินและติดตามผลในระยะยาว เพื่อศึกษาการคงอยู่ของความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ตลอดจนการตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสอน เรื่อง การพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นที่สามารถนำไปทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะเพิ่มเติมได้ด้วยตนเอง สำหรับ อสม.ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

References

- American Heart Association. (2018). Facts a race against the clock out-of-hospital cardiac arrest. Retrieved (2020, April 1). from <https://www.heart.org/-/media/files/about-us/policy-research/fact-sheets/out-of-hospital-cardiac-arrest.pdf?la=en>.
- American Heart Association. (2020). Highlights of the 2020 American heart association guidelines for CPR and ECC. Retrieved (2020, April 1). from <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>
- Creswell, J.W. & Creswell, J.D. (2018). Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches (5th ed). California: Sage Publication.
- Daya, M.R., Schmicker, R.H., Zive, D.M., Rea, T.D., Nichol, G., Buick, J.E. & Wang. H. (2015). Out-of-hospital cardiac arrest survival improving over time: Results from the Resuscitation Outcomes Consortium (ROC). Resuscitation, 91, 108-115.
- Khunsawai, B., Promarak, T., & Tippayanate, N. (2020). Effects of smart safe program on self efficacy for basic life support of village health volunteers in community Thadchergchum Sub-district, Muang District, Sakon Nakhon Province. UBRU Journal for Public Health Research, 9(2), 69 – 79. (in Thai).
- Maram, G. D. (1978). The group approach in nursing practice (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- National Institute for Emergency Medicine. (2020). Medical emergency statistics report 2020, Retrieved from https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/
- Sanprasan, P., Watradul, D., Jamsomboon, K., Puapairoj, V., Techangkul, L & Yuyuen, Y. (2015). Effects of health volunteer's capacity building bases on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. Thai Journal of Cardio - Thoracic Nursing, 26 (1), 119-132. (in Thai).

Sasang, N., Chusak, T., & Sanee, A. (2020). Effect of the resuscitation training program on knowledge and skills and perceived self-efficacy of resuscitation village health volunteers in Khlong Chik subdistrict, Bang Pra in Ddstrict, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(3), 283 – 293. (in Thai).

Sudden cardiac arrest foundation. (2019). Latest AHA statistics on cardiac arrest survival reveal little progress. Retrieved (2020, April 1). from <https://www.sca-aware.org/sca-news/latest-aha-statistics-on-cardiac-arrest-survival-reveal-little-progress>

Waelveerakup, W. (2019). Effects of basic life support training program on knowledge, perceived self-efficacy, and basic life support performance of village health volunteers. *Interdisciplinary Research Review*, 14(5), 25-30. (in Thai).