ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

Effectiveness of a Capacity Building Program for Village Health Volunteers on Knowledge and Attitude Toward Emergency Medical Services of People In Nongsua District, Pathumthani Province

นภาพร	ลิ้มฮกไล้	M.N.S.*	Napaporn	Limhoklai	M.N.S.*
โยทะกา	ภคพงศ์	D.N.S.**	Yothaka	Pakapong	D.N.S. **
ปรีย์กมล	รัชนกุล	Ph.D.***	Pregamol	Ratchanagul	Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียว (The one group pretest- posttest design) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งคือ อสม. ในตำบลบึงบา 60 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและออกได้ อสม.เข้าร่วมโปรแกรม 25 ราย กลุ่มที่สองคือ ประชาชนในพื้นที่ตำบลบึงบา หมู่ 4 ที่เป็นตัวแทนครอบครัว 40 คน การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่1)จัดให้ อสม.เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขั้นตอนที่ 2) ให้อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพทำกิจกรรมขยายผลในเรื่องการถ่ายทอดความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนในพื้นที่ตำบลบึงบา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2555 โดยวัดผลก่อนและหลังการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตัวเองประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (dependent t-test)

* *พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี*

* *Professional Nurse, Pathum Thani Province*

** *อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*

** *Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University*

*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*

*** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University*

ผลการศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<.05)และประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<.05)

ข้อเสนอแนะควรมีการประเมินผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในระยะยาว ทั้งในด้านระยะเวลา และการประเมินพฤติกรรมของประชาชนในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และนำไปใช้ในการวางแผนทบทวนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

This an evaluation research aimed to determine the effectiveness of a capacity-building programs for Health volunteers on the knowledge and attitudes toward emergency medical services of the residents of Nongsua District, Pathum-thani Province. Data were collected by The one group pretest-posttest design with a set of simple selection criteria. There are two sample groups. The first group is 40 Health volunteers of Bung Ba and 25 of them were selected. The second group is 40 people who are representative of the family. The study was divided into two steps. In the first step, village health volunteers participated in capacity building program. The second step, in the activity of village health volunteers to gift selected people the knowledge and change their attitude toward emergency medical services. Descriptive statistic were employed for the analysis of the data : frequency, percentage, mean and standard deviation. The dependent t-test was employ to compare the averages of the knowledge and attitudes of the people before and after the experiment.

The results showed that there were average knowledge and attitude scores increased significantly (p<.05) after the capacity- building programs. There was an increase in the people's average knowledge and attitude with level of statistical significance of (p <.05). Recommendation for further study the long-term effect of the program should be monitored in terms of study period and participants' requesting emergency medical services. Further monitoring will in turn help to indicate the sustainability of the people's knowledge, as well as to used in planning and reviewing the development of the community's health volunteers in the future.

Key words: Capacity-Building Program, Health Volunteer, Emergency Medical Service

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย มีอัตราตายสูงขึ้น เนื่องจากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันเวลา ทั้งนี้เพราะระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ชาตรี เจริญชีวกุล, 2552) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเฉลี่ยวันละ 3,242 คน ประเมินว่าทั่วโลกจะมีผู้พิการเพิ่มขึ้นอีกปีละ 20-50 ล้านคน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉินและความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน (นิตยา เดชพิทักษ์ศิริกุล, 2551) รวมถึงประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ขาดความรู้ในเรื่อง การแจ้งเหตุ (ปิยะวรรณ เพียรภายลุน , 2554) การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่รับรู้ถึงนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีส่วนสำคัญต่อการเรียกใช้บริการ ซึ่งหากประชาชนรับรู้นโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่คลอบคลุมส่งผลให้เรียกใช้บริการไม่ถูกต้อง (วิลาวรรณ แก้วลาน, 2551) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการใช้บริการพบว่า ความรู้ความเข้าใจเพียงอย่างเดียวไม่ได้นำไปสู่การเรียกใช้บริการทั้งหมด ยังพบในเรื่องของทัศนคติมีผลต่อการเรียกใช้บริการเช่นกัน เช่นงานวิจัยของ ปิยะวรรณ เพียรภายลุน (2554) พบว่าทัศนคติของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากเข้าใจว่าหากเสียค่าใช้จ่ายจะทำให้ได้รับบริการที่ดีขึ้น และประชาชนไม่พอใจในการประชาสัมพันธ์ที่ไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุม บางคนไม่รู้จักหน่วยกู้ชีพ ไม่รู้จักวิธีเรียกใช้ และการออกปฏิบัติการของหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลมีความล่าช้า (วิลาวรรณ แก้วลาน, 2551) รวมถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขาดการประชาสัมพันธ์การทำงานที่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ, 2547) จากการศึกษาที่ผ่านมาเห็นได้ว่าประสบการณ์การรับรู้ของประชาชนขาดความรู้ในเรื่องวิธีการแจ้งเหตุ อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่สำคัญ รวมถึงการไม่พอใจในการประชาสัมพันธ์ที่ไม่ทั่วถึงไม่คลอบคลุม และรู้สึกว่าการเรียกใช้บริการยุ่งยาก เนื่องจากไม่รู้จะบอกข้อมูลอะไรในการแจ้งเหตุ (วิลาวรรณ แก้วลาน, 2551) จึงทำให้ประชาชนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและไม่เรียกใช้บริการ หรือเรียกใช้บริการน้อยส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมาโรงพยาบาลล่าช้า

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) ได้ส่งเสริมให้ท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีนโยบายเน้นการนำ อสม. มาเป็นแกนนำขับเคลื่อน เนื่องจาก อสม.อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีศักยภาพในการสื่อสารข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบได้สะดวก รวดเร็ว แนวคิดการพัฒนาศักยภาพ นับเป็นวิธีหนึ่งที่กำลังได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำอาสาสมัครสาธารณสุขมาพัฒนาศักยภาพเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอสม. และประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพ (capacity building model) ของ The United Nations Development Programme (UNDP) ปี 2008-2013 โดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการให้ความรู้ การปรับทัศนคติ และสร้างความเป็นผู้นำแก่ อสม. และมีการประเมินผลหลังจากพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยวัดผลจากความรู้ของประชาชนที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จาก อสม. เพราะเชื่อว่าหาก อสม. มีศักยภาพสามารถนำสิ่งที่ได้รับการพัฒนาไปใช้และปรับปรุงงานด้านการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเมื่อข้อมูลที่ถูกต้องเข้าถึงประชาชนอย่างแท้จริง จะทำให้ประชาชนสามารถเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัย นำไปสู่การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังจากได้รับการพัฒนาศักยภาพ

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมของอสม.ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ หลังการทดลอง มากกว่าก่อนทดลอง

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ต่อความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเสือโดยนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ The United Nations Development Programme (UNDP) ปี 2008-2013 มาประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่อำเภอหนองเสือ ให้มีศักยภาพ มีความเป็นผู้นำ สามารถเผยแพร่ความรู้ และนำสิ่งที่ได้รับการพัฒนาไปปฏิบัติในพื้นที่ได้จริง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ 1) การนำ อสม. ในพื้นที่เข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพ 2) ประเมินศักยภาพเดิมของ อสม. เพื่อค้นหาส่วนที่ขาดและส่วนที่ อสม. ต้องการฝึกอบรมเพิ่มเติมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) 3) การวางแผนพัฒนาศักยภาพ ใน 4 ประเด็นหลักโดยการจัดให้ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ โดยการเพิ่มทักษะการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาภาวะผู้นำในด้านการจูงใจ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4) ให้ อสม. ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองหลังจากได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยการทำกิจกรรมขยายผล จัดทำโครงการถ่ายทอดความรู้และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 5) การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.โดยวัดผลจากความรู้และทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่มคือ

1. อสม.จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกมาจากจำนวน อสม.ในตำบลบึงบา ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองเสือ โดยมีเจ้าหน้าที่จากฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรคเป็นผู้คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ อสม. เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 25 คน

2. ประชาชนที่เป็นตัวแทนครอบครัว มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว อาศัยอยู่ในตำบลบึงบาหมู่ 4 โดยการกำหนดคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ผู้วิจัยได้มาโดยการสุ่มแบบง่าย จำนวน 40 คน โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากสูตรของ (Glass,1976) (อ้างอิงจากบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553: 211)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ตำบลบึงบา ยกเว้น อสม.หมู่ 4 เนื่องจากต้องให้ อสม.หมู่ 4 เป็นกลุ่มทดลองเพื่อไปถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน หมู่ 4 เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (Information confounding)

2. มีความสามารถในการในการถ่ายทอดข่าวสารทางสุขภาพแก่ประชาชนโดยพิจารณาจากฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรคเนื่องจากมีการทำงานร่วมกันเป็นประจำ

3. สามารถเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้สมบูรณ์ ครบถ้วนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค อย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่มีการนัดประชุมประจำเดือนเป็นเวลา 1 ปี ประชาชน

1. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา โดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร

2. เพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป

3. พักอาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ 4 ตำบลบึงบา

4. เป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม

1. ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเองได้

2. ไม่อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานในช่วงการเก็บข้อมูล

3. มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด การมองเห็นและการสื่อสาร

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย (Discontinuation criteria)

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตามโปรแกรมที่กำหนด

2. มีการย้ายที่อยู่หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหลังจากเข้าร่วมโครงการไประยะหนึ่ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดโดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากสูตรของ (Glass, 1976) (อ้างอิงจาก บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553: 211) ดังต่อไปนี้

$$\text{Effect Size: } d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

$\bar{X}_E$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กำหนดระดับนัยสำคัญ $p<0.05$ กำหนดอำนาจทดสอบ (power) = 0.80 จากการศึกษางานวิจัยของปราณี มหาบุญปีติ (2548) ศึกษาการทดลองยุทธศาสตร์การฝึกอบรมโดยใช้เทคนิคการศึกษาเพื่อสร้างพลังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเผยแพร่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ใช้การทดลองกึ่งจริง (Semi- experimental Research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 30 คนทดสอบแบบก่อนและหลังการอบรม หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.020$) ซึ่งผลของค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของแกนนำครอบครัวก่อนการเผยแพร่ความรู้เท่ากับ 6.05 และค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของแกนนำครอบครัวที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของอสมหลังการเผยแพร่ความรู้ เท่ากับ 10.99 มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 8.52 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.17 แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$d = \frac{10.99 - 8.52}{6.17} = 0.40$$

จากการแปลค่า d ซึ่งประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่ค่า Power = .80 และค่า α<.05 (Burns & Grove, 1997 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2551: 306) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เนื่องจากป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1995) จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เลือก อสม. ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองเสือ จากจำนวน 60 คน โดยพิจารณาจากการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค อย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่มีการนัดประชุมประจำเดือน มีความสามารถในการเป็นผู้นำ การถ่ายทอดข่าวสารทางสุขภาพและเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ ซึ่งคัดเลือกได้ 25 คน

2. เลือกประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ อสม. ที่อาศัยอยู่ในตำบลบึงบา ซึ่งมี 1,575 ครัวเรือน แบ่งเป็น 8 หมู่ เนื่องจากการแบ่งเขตของประชาชนจะแบ่งตามลักษณะของพื้นที่ที่อยู่ใกล้เคียงกัน ซึ่งจะมีบริบทคล้ายกันในเรื่อง อาชีพ รายได้ การศึกษา สภาพแวดล้อม มีแหล่งทรัพยากรที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การคมนาคม การติดต่อสื่อสาร และยานพาหนะ รวมถึงระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม จำแนกเป็นกลุ่มที่ 1 2 3 4 ดังนี้ คือ หมู่ 1 และ 2 หมู่ 3 และ 4 หมู่ 5 และ 6 หมู่ 7 และ 8 ตามลำดับผู้วิจัยจึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเลือกเพียง 1 กลุ่ม ผู้วิจัยจับฉลากได้กลุ่มที่ 2 คือหมู่ 3 และ 4 จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเลือกอีกครั้ง เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง ได้หมู่ 4 เป็นกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นจับฉลากรายชื่อตัวแทนแต่ละครัวเรือนของหมู่ 4 ซึ่งตัวแทนครัวเรือน คือ ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ครัวเรือนละ 1คน โดยการจับฉลากรายชื่อตัวแทนครัวเรือนแบบไม่แทนที่ (Selection without replacement) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) หมู่ 4 มีจำนวน168 คน จับฉลากเลือกมาเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน (แบบสอบถามชุดเดียวกัน) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 24 ข้อ แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 20ข้อ แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 25 ข้อ แบบสังเกตพฤติกรรมด้านภาวะผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 5 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ คู่มือการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน VCD เรื่อง “ความสำคัญของ EMS” และแผนการสอน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .90

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)โดยนำแบบสอบถามความรู้ และทัศนคติของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คำนวณหาความเที่ยงของแบบวัดความรู้ โดยใช้วิธี คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) สูตร KR-20 (Polit & Hungler, 1999) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 ส่วนแบบวัดทัศนคติคำนวณหาความเที่ยงโดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ อสม.

1. ผู้วิจัยจัด อสม.เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) ประเมินศักยภาพเดิม ค้นหาส่วนที่ต้องการพัฒนาเพิ่ม

เติมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ผู้วิจัยนำส่วนที่ อสม.ยังขาดและต้องการพัฒนามาวางแผนการให้ความรู้และส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3. จัดให้ อสม.เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ใช้ระยะเวลา 1 วัน ทำการฝึกปฏิบัติ (work shop) โดยใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพมี อสม. เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 20 คน มีขั้นตอนการดำเนินตามโปรแกรมดังนี้

3.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยระหว่าง อสม. โดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

3.2 ซักถามประสบการณ์เกี่ยวกับการเคยเข้ารับการอบรมอาสาสมัครชุมชน (อสช.) เพื่อประเมินภาวะผู้นำในด้านการสื่อสารโดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ อสม.แสดงความเห็นและได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3.3 แนะนำการใช้คู่มือการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3.4 ใช้สื่อวีดีทัศน์ เรื่อง “ความสำคัญของ EMS” เป็นกิจกรรมที่มุ่งกระตุ้น จูงใจ หรือโน้มน้าวให้ อสม. เกิดความรู้สึกเห็นความสำคัญต่อระบบ EMS หลังจากจบการนำเสนอ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ อสม. วิเคราะห์ VCD ร่วมกันถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3.5 ผู้วิจัยนำเสนอสรุป ประโยชน์ที่ได้จากการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจาก VCD หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ด้านระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ อสม.เพื่อ ให้ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ถูกต้อง

3.6 ผู้วิจัย บรรยายเรื่อง “ภาวะผู้นำ” เพื่อส่งเสริมการมีภาวะผู้นำของ อสม. และกระตุ้นให้ อสม. ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ชื่อ “สายพานมนุษย์” โดยให้ อสม. คัดเลือกตัวแทน 1 คน ออกมายืนหัวแถว แล้วให้ อสม. ที่เหลือเข้าแถวตอนลึก 2 แถว ยืนหันหน้าเข้าหากัน วางมือ ประสานกัน แล้วให้เพื่อนที่อยู่หัวแถวนอนลงบนแขน แล้วให้เพื่อนที่อยู่ในแถว ช่วยกันยกส่งเพื่อนไปเรื่อยๆ จนถึงเพื่อนที่อยู่ท้ายแถว เพื่อสร้างความไว้วางใจยอมรับซึ่งกันและกัน ตระหนักถึงความร่วมมือและสามัคคีกันในกลุ่มก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

3.7 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม โดย แบ่ง อสม. ออกเป็น 4 กลุ่มกลุ่มละ 5 คนสาธิตย้อนกลับ วิธีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้โจทย์สถานการณ์ หลังจากนั้นให้ อสม. ร่วมกันอภิปรายผลการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ

4. ผู้วิจัยประเมินภาวะผู้นำจากการร่วมกิจกรรมและการทำกิจกรรมกลุ่ม

5. หลังจากประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขโดยใช้แบบประเมิน (post-test) มีอสม.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80 จำนาน 10 คนและจากการสังเกตพฤติกรรมมี อสม. ที่มีภาวะผู้นำสามารถถ่ายทอดความรู้ได้จำนวน 5 คน ผู้วิจัยนัดหมาย อสม. ทั้งหมดเพื่อวางแผนร่วมกันในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน

ขั้นตอนที่ 2 อสม. ถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน

1. ผู้วิจัย พบประชาชนกลุ่มทดลองตามที่นัดหมาย แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ และแนะนำ อสม. ให้ประชาชนรู้จัก

2. ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยให้ลงชื่อยินยอมในแบบฟอร์ม (Inform Consent) และแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ

3. อสม. เป็นผู้อธิบายและให้ข้อมูลแก่ประชาชน ให้ประชาชนตอบแบบสอบถาม (Pre-test)

4. อสม. ดำเนินกิจกรรมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม 4 กลุ่มละ 10 คน แบ่งเป็น 4 ฐาน มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับที่ อสม. เคยได้รับ

5. หลังจาก อสม. ถ่ายทอดความรู้และการปรับทัศนคติ ผู้วิจัยถามย้อนกลับสิ่งที่ประชาชนได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ

6. หลังจากประชาชนได้รับการถ่ายทอดความรู้จากอสม. ให้ประชาชนตอบแบบสอบถาม (Post -test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผ่านการรับรองเมื่อ 17 ตุลาคม 2555ตามหนังสือรับรองเลขที่ 058 / 2555 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และหนังสือดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเสือเพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูล

2. สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งนำหนังสือพิทักษ์สิทธิ์ที่ผ่านการรับรองจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ แนบไปพร้อมกับแบบสอบถาม เพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ผลดีและผลเสียในการเข้าร่วมวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ กลุ่มตัวอย่างทุกรายที่รับทราบและยินดีร่วมในการวิจัยจะต้องลงนามในใบยินยอมที่ผู้วิจัยแนบมากับแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะใช้ลายเซ็นแทนได้

3. การทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายจนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเป็นอย่างดี

4. สิทธิความเป็นส่วนตัวและรักษาสัญญาเป็นความลับส่วนบุคคล เอกสาร และแบบสอบถามทุกฉบับผู้วิจัยทำเก็บรักษาไว้เป็นอย่างดี โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้นั้นจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่เป็นที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์เท่านั้น ผู้วิจัยจะมีการทำลายเอกสารทั้งหมดเมื่อผู้วิจัยได้มีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science) ด้วยความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ($\alpha < 0.05$) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการวัดแบบ interval scale และ ratio scale ได้แก่ อายุ ข้อมูลระยะเวลาเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาล โดยการหาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวที่มีระดับการวัดแบบ nominal scale และ ordinal scale ได้แก่ เครื่องอำนวยความสะดวกภายในบ้าน สวัสดิการการรักษา ประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติของอสม. และประชาชน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน

อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ จำนวน 25 คน พบการสูญหาย 5 คน เหลือ อสม. 20 คน และประชาชนในพื้นที่จำนวน 40 คน พบการสูญหาย 6 คน เหลือประชาชน 34 คน จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง อสม.ที่ศึกษา จำนวน 20 คน พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 อายุอยู่ในช่วง 41- 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 มีอายุเฉลี่ย 47.85 ปี (S.D.= 8.58) ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35 มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45

ประชาชนที่ศึกษา จำนวน 34 คนพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ55.9 มีอายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 50 (S.D.= 11.26) ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.1 ประชาชนมีรายได้น้อยกว่า 5,000 ต่อเดือนร้อยละ 44.1

2. ผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ อสม. หลังการพัฒนาศักยภาพ

จากการประเมินผลการตอบแบบสอบถามหลังเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ (post-test) อสม. ที่มีคะแนนความรู้มากกว่าร้อยละ 80 และจากแบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมของ อสม. ที่มีความพร้อมในการถ่ายทอด

ความรู้ โดยให้หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นผู้ประเมิน ซึ่งประเมินจากความกระตือรือร้น ความสนใจในการให้ข้อมูล การตอบคำถาม และการมีภาวะผู้นำในการนำกลุ่มทำกิจกรรม จากการกระตุ้นให้ อสม. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิตย้อนกลับ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความมั่นใจเกี่ยวกับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น สามารถบอกขั้นตอนการแจ้งเหตุได้ตามลำดับ สามารถประเมินอาการฉุกเฉินที่สามารถเรียกใช้บริการ 1669 ได้ถูกต้อง สามารถสาธิตย้อนกลับการเรียกใช้บริการ 1669 และบอกข้อมูลเกี่ยวกับการแจ้งเหตุได้ถูกต้องตามขั้นตอน อีกทั้งการจากการสังเกตพฤติกรรม พบว่า จากการส่งเสริมและกระตุ้นให้ อสม. แสดงความคิดเห็นทำให้ อสม. เกิดความกระตือรือร้น เกิดกระบวนการคิด มีการยกมือเพื่อแสดงความเห็น เกิดความกล้าแสดงออก และเมื่อผู้วิจัยกล่าวชมเชยถึงการได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ เนื่องจากผู้วิจัยมองเห็นศักยภาพที่มีในตัวของ อสม.จึงได้นำมามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพ และสอบถามความรู้สึกของ อสม. ที่ได้คัดเลือกพบว่า อสม. มีความภาคภูมิใจและอยากพัฒนาตนเองให้มีความพร้อมมากขึ้น ให้ความสนใจในการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้วิจัย สามารถให้เหตุผลเชิงบวกขณะที่ออกมาแสดงความเห็นเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการจูงใจ และการสื่อสารโดยการอธิบายหลักการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ว่ามีข้อดีเนื่องจากสามารถให้การพยาบาล ณ เกิดเหตุได้และได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตามหลักการปฐมพยาบาลแต่อาจเกิดความล่าช้าบ้างเนื่องจากขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยเช่น ระยะทาง การบอกสถานที่ที่ให้ออกรับผู้ป่วยไม่ชัดเจน

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนทดลองและหลังทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คะแนนเต็ม 20 คะแนน พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพหลังการทดลอง ($\bar{x}$= 15.95, SD =1.76) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$= 14.45, SD = 2.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ผลคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของ อสม. ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.43 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36 ซึ่งเมื่อแปลค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพหลังการทดลอง ($\bar{x}$= 3.96, SD = 0.36) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ = 3.59, SD = 0.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนทดลองและหลังทดลอง (n = 20)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้	14.45	2.13	15.95	1.76	3.332	.004
ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ	3.59	0.43	3.96	0.36	4.272	.000

4. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนก่อนทดลองและหลังทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของประชาชนก่อนทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของประชาชนหลังการทดลอง ($\bar{x}$= 15.55, SD = 1.95) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$=14.00, SD =2.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) จากผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชาชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพต่างกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เมื่อพิจารณาแล้วมีความรู้อยู่ในระดับเดียวกันคือระดับ ปานกลาง เนื่องมาจากประชาชนที่มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของคนในครอบครัวที่มาเข้าร่วมรับการถ่ายทอดความรู้ จาก อสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.50 เป็น อสม. และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินมาแล้ว

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของประชาชนก่อนทดลองพบว่าทัศนคติของประชาชนหลังจากได้รับการถ่ายทอดความรู้จาก อสม.ประชาชนมีทัศนคติเพิ่มขึ้น ($\bar{x}$= 4.00, SD = 0.32) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$= 3.57, SD = 0.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนก่อนทดลองและหลังทดลอง (n = 34)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของประชาชน	14.00	2.43	15.55	1.95	3.600	.001
ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของประชาชน	3.57	0.45	4.00	0.32	5.949	.000

การอภิปรายผล

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข

หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างจากก่อนการทดลอง ซึ่งจากกระบวนการส่งเสริมการมีภาวะผู้นำใน อสม. พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความมั่นใจเกี่ยวกับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ตามขั้นตอนของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพมีการคัดเลือก อสม. ที่มีศักยภาพทำให้ อสม. ก่อนที่จะเข้าร่วมโปรแกรมเป็น อสม.ที่มีความสามารถในด้านการสื่อสารมีความสามารถในการถ่ายทอดข่าวสารทางสุขภาพแก่ประชาชน เนื่องจากมีการทำงานร่วมกันเป็นประจำกับฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรคและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง เป็น อสม.ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับการนำมาพัฒนาศักยภาพเพิ่มในด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเป็นผู้นำในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนและจากรูปแบบของโปรแกรมสามารถพัฒนาศักยภาพ มีการให้ความรู้ การปรับทัศนคติ และสร้างความเป็นผู้นำ โดยใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่ม (Group process) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนจัดทำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ โดยการพัฒนาภาวะผู้นำ เทคนิคการถ่ายทอดความรู้ ทำให้ อสม.มีความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจ (ปราณี ภูวนาถ, 2551) อีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้ อสม. ดึงศักยภาพของตนเองออกมาใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสามารถนำศักยภาพไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานให้ดีขึ้น (UNDP, 2008-2013) มีการปรับ

ทัศนคติส่งผลให้เกิดการมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทวิภา ชาดา (2550) ได้ศึกษาเรื่องทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า อสม.ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการที่ต่างกัน รวมถึงความรู้และการได้รับข่าวสารมีผลต่อทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อีกทั้งการเลือกรูปแบบการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสมกับ อสม.มีผลให้ระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่อง ภาวะความเป็นผู้นำการติดต่อสื่อสาร การจูงใจ การเรียนรู้ การทำงานเป็นทีมและเจตคติที่ดีต่อสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นได้ (อดิศักดิ์ ปลอดภัย, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 และ 3 คือคะแนนเฉลี่ยความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากออกแบบโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้มีการนำรูปแบบการพัฒนามาใช้ในหลายรูปแบบ เพื่อให้เหมาะกับบริบทของผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพในแต่ละขั้นตอน เช่น ในขั้นตอนการประเมินศักยภาพเดิมของอสม.ใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่ม (Group process) โดยการให้ อสม. มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มย่อยทราบปัญหา รับรู้ความสามารถของตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองมาก อีกทั้งยังมีการสาธิตย้อนกลับเพื่อให้ อสม. สามารถเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง จึงทำให้อสม. มีความสนใจมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการและสามารถนำไปถ่ายทอดแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากความรู้ที่ต้องพัฒนาเพื่อให้เกิดศักยภาพที่ดีขึ้นแล้ว โปรแกรมนี้ยังมองรวมถึงทัศนคติที่มีส่วนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคล การให้ความรู้หรือข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และนอกจากรูปแบบของโปรแกรมที่นำมาปรับใช้แล้ว ลักษณะของโปรแกรมแต่ละขั้นตอนก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมที่อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของ The United Nations Development Programme (UNDP) ปี 2008-2013 เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในการพัฒนาตัวบุคคล ให้บุคคลได้ลงมือปฏิบัติอย่างแท้จริง เช่นตามโปรแกรมขั้นตอนที่ 4 มีการให้ อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ดึงศักยภาพของตนออกมาใช้โดยการนำไปถ่ายทอดแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วยเช่นกัน อีกทั้งทำให้ อสม.เกิดการพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้น ส่งเสริมให้เกิดภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม และในขั้นตอนที่ 5 ของโปรแกรมมีการประเมินผลศักยภาพหลังจากที่พัฒนาไปทำให้สามารถประเมินผลศักยภาพ อสม. ได้ว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม.มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด สามารถนำไปปรับปรุงรูปแบบของโปรแกรมให้เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพในครั้งต่อไปให้ดีขึ้น ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น ปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขอย่างมีรูปแบบชัดเจน

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพ (capacity building model) ของ The United Nations Development Programme (UNDP) ปี 2008-2013 สามารถสร้างความเป็นผู้นำ ความมั่นใจ ทำให้ อสม. เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาตัวเองจนเกิดประสิทธิผลของโปรแกรมสามารถทำให้ อสม. มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในด้านการจูงใจ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม อีกทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่แก่ประชาชนได้อย่างมั่นใจ และประชาชนมีความรู้และทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลต่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

มีข้อเสนอแนะควรมีการนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ไปขยายผลให้เกิดความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลในอำเภอหนองเสือ

ควรมีการนำผลการวิจัยมาการวางแผนพัฒนางานในด้านการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ แก่อสม.และประชาชนในพื้นที่ อีกทั้งในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของตนเองทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ และภาวะผู้นำ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและคงอยู่ของศักยภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการติดตามประเมินผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในระยะยาว ทั้งในด้านระยะเวลาที่ศึกษาและการประเมินพฤติกรรมของประชาชนในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การมีกลุ่มเปรียบเทียบ และระยะเวลาในการพัฒนาศักยภาพให้มากขึ้น ควรมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพในการให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาในด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรมีการวัดผลลัพธ์ที่ประชาชนในด้านการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) อีกทั้งในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประเมินผลศักยภาพเป็นระยะเพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจน

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้วัดผลของศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน แม้ผลการศึกษาพบว่า มีความรู้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนห่างกันเพียงเล็กน้อยดังนั้นในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงหรือนำไปใช้ ควรพิจารณาถึงข้อจำกัดนี้ อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษาก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งเป็นช่วงสั้นซึ่งอาจยังไม่เห็นความคงอยู่หรือความต่อเนื่องของศักยภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.โยทะกา ภคพงศ์ และผศ.ดร.ปรีย์กมล รัชนกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขจนวิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่ได้สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ชาตรี เจริญชีวกุล. (2552). *การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินครั้งที่ 12.* กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.

สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2555). นโยบายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เว็บไซต์: www.emit.go.th

นันทวิภา ชาดา. (2550). *ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีรวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิตยา เดชพิทักษ์ศิริกุล. (2551). *ปัจจัยการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปิยวรรณ เพียรภายลุน. (2554). *ความรู้ทัศนคติและความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิจิตร ศรีสุพรรณ (2547). *การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ.* พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิทยา ชาติบัญชาชัย, นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์ และไพศาล โชติกล่อม. (2547). *การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น.* รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลขอนแก่น. จังหวัดขอนแก่น.

วิลาวรรณ แก้วลาน. (2551). *คุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศูนย์กู้ชีพนเรนทรโรงพยาบาลาราชวิถี. (2554). *พระราชบัญญัติการการแพทย์ฉุกเฉิน.* สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2554, จาก http://www.narenthorn.or.th/node/78.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554). *การดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.* นนทบุรี: บริษัทนิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

สายสมร ภัทรจิตรานนท์, (2551). *อุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Australian Government. (2006). *A staged approach to assess, plan and monitor capacity building.* Retrieved October 2010, from http://www.google.co.th/search?hl=th&source=hp&q=caacity ++building+model&riz=1W1WZPA en&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs rfai=.Health/Lippincott Williams & Wilkins

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). Nursing research: Principles and method. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

United Nations Development Programme. (2011). *Supporting Capacity Building the UNDP Approach: UNDP.* Retrieved April 4, 2011, from http://www.undp.org/capacity/ourapproach.shtml.

World Health Organization. (2002). *The world health report 2002, reducing risk promoting healthy life.* Geneva: World health Organization.