ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

*เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, คม. **
ดวงกมล วัตราดุลย์, พยด. ***
วรณิช พัวไพโรจน์, วทม. **
กนกพร แจ่มสมบูรณ์, พยม. ****
ลัดดาวัลย์ เตชางกูร, พยม. *****
ยุพา อยู่ยืน, พยบ. ******

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi experimental research: one group pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็น อสม.ที่ขึ้นทะเบียน ตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 50 คน เข้าร่วมโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 วัน ประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) การทำกระบวนการกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ 3)การฝึกทักษะการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด 4) ฝึกทักษะการกู้ชีวิตเบื้องต้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบประเมินการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ แบบสังเกตและประเมินผลการฝึกทักษะการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และแบบประเมินการกู้ชีวิตเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ Paired t-test ประเมินผลการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ ทักษะการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และการกู้ชีวิตเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมการการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วม อสม. มีความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) อสม. ทุกรายมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจในระดับดีมาก และสามารถผ่านการประเมินทักษะการประเมินหัวใจและหลอดเลือดและการกู้ชีวิตเบื้องต้นร้อยละ100 ในระดับดี

งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในอสม.ช่วยสร้างเสริมพลังอำนาจของอสม. และมีประสิทธิภาพในการการสร้างศักยภาพ อสม. นอกจากนี้โปรแกรมฯนี้ช่วยสนับสนุนให้ อสม.เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์เพื่อสร้างพลังอำนาจแก่กลุ่มอสม.ในชุมชนอื่น

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ, การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, โรคหัวใจและหลอดเลือด, อาสาสมัครสาธารณสุข

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
*** พยาบาลผู้เชียวชาญโรคหัวใจ สถาบันทรวงอก นนทบุรี
**** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
****** พยาบาลประจำการ อบต.คูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี

Effects of Health Volunteer's Capacity Building based on Participating Learning Program on Knowledge and Skill of Caring Patients with Cardiovascular Disease and a Risk Group of Cardiovascular Disease

*Penchan Sanprasan, RN, Ed.M. **
*Duangkamol Wattradul, APN, DNS. ***
*Knokporn Jamsomboon, RN, MNS. ****
*Voranich Puapairoj, MSPH. **
*Laddawan Techangkul, RN, MNS. *****
*Yupha Yuyuen, RN, BNS. ******

Abstract

The study of quasi experimental one group pre-test and post-test research design aimed to investigate the effects of training program for health volunteers (HVs) based on concept of participatory learning (PL) for patients with cardiovascular disease (CVD) and a risk group of CVD. Purposive sample of 50 HVs, who registered at Bangkuluang sub-district, Pratumthani Province was selected to participate in training program for 3 days. The PL program consisted of 1) the knowledge of caring patients with CVD. 2) group process of participatory learning of CVD and risk of CVD, 3) skill training of assessment of CVD system, and 4) skill training of basic life support. The data were collected by using evaluation form of knowledge of CVD and perception of caring patients with CVD and risk group of CVD. The observation forms were used to evaluate skill of assessment CVD system and skill of basic life support. Pre and post test of knowledge of CVD were analyzed using paired t-test. Descriptive statistic was used to analyze the perception of caring patients with CVD and risk group of CVD including observation of skill training of CVD assessment and basic life support.

The findings revealed that the level of CVD knowledge of HVs were signicantly higher than those prior to participate in the program. All of HVs had mean score of perception of caring patients with CVD and risk group of CVD at an excellent level. 100% of them could pass the evaluation of skill of CVD assessment and basic life support at a good level.

This study indicated that the training program based on the concept of PL could empower and effectively increase the capacity of HVs. This program supported to build capacity of HVs as an integral part of healthcare team and involved them to participate in problem solving of health problems in community. This program should be applied for capacity building HVs in other communities.

Keywords : capacity building, participatory Learning, cardiovascular disease, health volunteer

---

* Instructor, Nursing Faculty, Shinawatra University

** Assistant Professor, Adult and Geriatric Nursing Department, the Thai Red Cross College of Nursing

*** Expert Nurse, Central Chest Institute of Thailand

**** Police Colonel, Police General Hospital

***** Register Nurse, Kubangluang Sub district Administrative Organization, Pathum Thani

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทยโดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 26.9 ต่อ 100,000 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 23 ต่อ 100,000 ประชากร[1] นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมือง มีการใช้เครื่องทุ่นแรงมาก ประชาชนออกกำลังกายลดลง รับประทานอาหารที่มีแคลอรี่สูงและมีกากน้อยทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตและสภาพสังคมเศรษฐกิจ จากเดิมที่เคยเสียชีวิตด้วยภาวะทุพโภชนาการและการติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่กลับเปลี่ยนเป็นเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด[2] ดังนั้น กลยุทธที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดคือการสร้างเสริมสุขภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งหมดในชุมชนและสังคมร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพ และควรสนับสนุนให้มีกระบวนการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพตนเอง[3]

การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นในการที่จะบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงและปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม[4] พยาบาลนับว่าเป็นบุคลากรสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและสร้างศักยภาพให้ประชาชนในชุมชนให้มีความรู้ในการป้องกันโรคหัวใจ ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่สอดคล้องกับสิทธิและหน้าที่ของคนไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความมีส่วนร่วมของภาคประชาชนลดความชุกของประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[5]

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับประชาชน มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและกลุ่มเสี่ยงให้เข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพ ช่วยเหลือให้ประชาชนมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังลดน้อยลง โดยการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเหล่านั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ภาวะของโรคไม่รุนแรงมากขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้[4] นอกจากนี้ ในการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจและและการป้องกันการเกิดโรคหัวใจในกลุ่มเสี่ยง พยาบาลต้องทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และจำเป็นต้องมีการเสริมพลังอำนาจแก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) ต้องทำงานด้านการสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ[6,7]

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีโปรแกรมให้ความรู้แก่ อสม.ให้มีศักยภาพในการให้ความรู้และให้บริการแก่ประชาชนโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า อสม.ได้ทำงานร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลและควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงในชุมชนโดยจัดการด้านการมาตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ช่วยให้อัตราการเสียชีวิตลดลง[9,10] นอกจากนี้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีความรู้ในการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน และมีส่วนร่วมในการทำงานด้านภาวะฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน พบว่า อสม.มีความรู้ และมีทักษะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น[11]

ดังนั้นในการที่จะส่งเสริมให้ อสม. เป็นผู้ร่วมงานและมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน และให้การดูแลแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ และประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการเสริมพลังอำนาจแก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง[7] ผู้วิจัยจึงได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงทดลอง โดยจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้แก่ อสม.แบบมีส่วนร่วม[12] ขึ้น โดยการสร้างพลังอำนาจและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนผสมผสานกับกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ[13] คือ การชี้นำด้านสุขภาพ (Advocacy) การเพิ่มความสามารถ (Enabling) และการไกล่เกลี่ย (mediating) เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดความตระหนักและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ มีทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีทักษะในการช่วยชีวิตเบื้องต้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อดำเนินงานในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดูแลและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเป็นรูปธรรมและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับดี - ดีมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านการประเมินทักษะในการประเมินร่างกายและกู้ชีวิตเบื้องต้นร้อยละ 100 ในระดับดี-ดีมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ[11] โดยส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อสม.ซึ่งเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Knowles และคณะ[12] ด้วยการประเมินต้องการของ อสม.ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยให้ อสม.และผู้มีส่วนร่วมร่วมกันกำหนดความต้องการความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลุ่มเสี่ยง เช่น ความรู้เรื่องโรคหัวใจและโรคร่วมที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต โรคหลอดเลือดสมองตีบ พัฒนาทักษะการตรวจร่างกายขั้นต้น รวมทั้งการประเมินเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติ และการกู้ชีวิตเบื้องต้น[14]

ในการส่งเสริมให้ อสม.เป็นผู้นำในการในการสร้างเสริมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการการเรียนรู้และฝึกทักษะอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participation learning) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่[15] 1) ประสบการณ์ (Experience) ผู้วิจัยจะ

ส่งเสริมให้ อสม.นำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ 2.) การสะท้อนความคิดและถกเถียง (Reect and Discussion) โดยสนับสนุนให้ อสม.ได้มีโอกาสแสดงออกในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรียนรู้กันและกัน 3) ส่งเสริมความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization) โดยให้ อสม.เป็นฝ่ายริเริ่มแสดงความคิดเห็นและอภิปราย 4.) การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (Experience) โดยให้ อสม.ได้มีโอกาสนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติ การส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้จะช่วยให้ อสม.มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจเพิ่มขึ้น มีทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพ และมีทักษะในการกู้ชีวิตเบื้องต้นเพิ่มขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi experimental research : one group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยทำการวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่งในตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข และอาศัยอยู่ในชุมชนหมู่ที่ 1 ถึงหมู่ที่ 13 ตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 130 คน

คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) การศึกษานี้เป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง กำหนดอำนาจทดสอบ(power of test) ที่ 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.60 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาเท่ากับ 30 คน[16] และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 ราย

โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) ทำงานเป็น อสม. อายุระหว่าง 18-70 ปี ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการอบรม 2) ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่มากกว่า 1 ปี 3) อ่านเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารได้ดี 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) อสม. ที่มีโรคประจำตัวที่อาการรุนแรงไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด และสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่สามารถฝึกการกู้ชีวิตเบื้องต้นได้

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย ใช้วิธีการวิเคราะห์ความต้องการของชุมชนในผู้นำชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 ราย อสม. 4 ราย ผู้ป่วยโรคหัวใจที่เคยใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 ราย ประชาชนนับถือศาสนาพุทธ 2 ราย และอิสลาม 2 ราย รวม 12 ราย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนผสมผสานกับกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ[8] คือ กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนร่วมกัน และการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ได้เนื้อหาการจัดทำหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ การฝึกทักษะการประเมินภาวะสุขภาพ และการกู้ชีวิตเบื้องต้น

จัดโปรแกรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวน

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่[15] 1) ประสบการณ์ (Experience) ผู้วิจัยจะส่งเสริมให้ อสม.นำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ 2.) การสะท้อนความคิดและถกเถียง (Reect and Discussion) โดยสนับสนุนให้ อสม.ได้มีโอกาสแสดงออกในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรียนรู้กันและกัน 3) ส่งเสริมความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization) โดยให้ อสม.เป็นฝ่ายริเริ่มแสดงความคิดเห็นและอภิปราย และผู้วิจัยเป็นฝ่ายให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (Experience)

2. อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ จัดทำแผนการสอนตามเนื้อหาคำสอน จัดทำคู่มือการเรียนรู้ และวิดีทัศน์เนื้อหาการสอน หลักสูตรและเนื้อหาการสอนนี้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 5 คน แล้วรับรองคุณภาพของหลักสูตรจากการสัมมนาหลักสูตรโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก จำนวน 15 คน และเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 4 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะสุขภาพ การรักษา ระยะเวลาการเป็น อสม. ประสบการณ์การอบรมต่างๆ เป็นต้น

2.2 แบบประเมินความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าจากตำราและทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการและการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน ทั้งหมดมีค่าคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลค่าคะแนน 8 -10 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 11-13 อยู่ในระดับดี และคะแนน 14 -15 อยู่ในระดับดีมาก แบบประเมินนี้ได้ความการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรง test –retest reliability เท่ากับ 1

2.3 แบบประเมินการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าจากตำราและทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 4 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจ และปัจจัยเสี่ยง การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ลักษณะคำตอบเป็นการรายงานกลุ่มโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์โดยใช้แผนที่ความคิด (mind mapping) มีค่าคะแนน ความรู้ ความครอบคลุม การนำเสนอ การมีส่วนร่วม การคิดริเริ่มสร้างสรรค์จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 2 รวมค่าคะแนนระหว่าง 1-10 คะแนน การประเมิน คะแนน 8.1-10 อยู่ในระดับดีมาก คะแนน 7.1 – 8.0 อยู่ในระดับดี คะแนน 6.1- 7.0 อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งคะแนนจะต้องมากกว่า 7.1 ถึงจะผ่านการประเมิน แบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบกับ อสม.จำนวน 5 คนที่ไม่ได้อยู่ในโครงการวิจัย และผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรง test –retest reliability เท่ากับ 1

2.4 แบบประเมินทักษะในการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินทักษะ อสม. ได้แก่ ทักษะการวัดความดันโลหิต การนับชีพจร เป็นแบบสังเกตขั้นตอนการปฏิบัติ (check list) โดยสังเกตการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มทำการตรวจจนสิ้นสุดการประเมินมีจำนวน 6 ข้อ ถ้าทำถูกได้ข้อละหนึ่งคะแนน ถ้าทำผิดค่าคะแนนจะเป็นศูนย์ ถ้านับค่าคะแนน 0 ข้อใดข้อหนึ่ง ผู้ปฏิบัติจะต้องทดสอบใหม่จนกว่าจะทำได้ถูกต้อง และต้องผ่านการประเมินทุกข้อ โดยมีการประเมินระดับของทักษะที่ผ่านการประเมิน 3 ระดับ ได้แก่ พอใช้ ดี และ ดีมาก

แบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรง test –retest reliability เท่ากับ 1 และนำไปทดสอบโดยการทำ pilot study ในกลุ่ม อสม. ที่ตำบลอื่น จำนวน 5 ราย ใช้การประเมินด้วยการสังเกตโดยคณะวิจัย 2 คน ได้ค่า inter rater reliability = 1 ก่อนนำไปใช้

2.5 แบบประเมินการช่วยชีวิตเบื้องต้น เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติแบบเป็นขั้นตอน (check list) สังเกตการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มทำการตรวจจนสิ้นสุดการประเมินมีจำนวน 9 ข้อ เริ่มตั้งแต่ ไม่ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน สังเกตการปฏิบัติ ตั้งแต่เริ่มทำการตรวจจนสิ้นสุดการประเมิน มีจำนวน 6 ข้อ ถ้าทำถูกได้ข้อละหนึ่งคะแนน ถ้าทำผิดข้อใดข้อหนึ่ง ค่าคะแนนจะเป็นศูนย์ นับว่าไม่ผ่านการทดสอบ ต้องทดสอบใหม่ จนกว่าจะทำได้ถูกต้อง และต้องผ่านการประเมินทุกข้อ โดยมีการประเมินระดับของทักษะที่ผ่านการประเมิน 3 ระดับ ได้แก่ พอใช้ ดี และ ดีมาก แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรง test –retest reliability เท่ากับ 1 และนำไปทดสอบโดยการทำ pilot study ในกลุ่มอสม.ที่ตำบลอื่น จำนวน 5 ราย ใช้การประเมินโดยการสังเกตโดยคณะวิจัย 2 ท่าน ได้ค่า inter rater reliability = 1 ก่อนนำไปใช้

2.6 อุปกรณ์ที่ใช้การฝึกอบรม ได้แก่ หุ่นจำลองฝึกกู้ชีวิต เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง ผู้วิจัยใช้อุปกรณ์จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งผ่านการรับรอบและตรวจสอบคุณภาพค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ตามเอกสารรับรองเลขที่ CVTR0002/2557 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูบางหลวง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูบางหลวง เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจก่อนเก็บข้อมูล โดยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการให้ทำบทบาท อสม.หรือการดูแลรักษา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำมาเผยแพร่โดยไม่เปิดเผยชื่อและไม่ระบุเป็นรายบุคคล ผลการวิเคราะห์นำไปใช้เพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชนต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยได้ขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูบางหลวง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูบางหลวงภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยนัดประชุม อสม.จากทุกหมู่บ้านเพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และลักษณะการดำเนินโครงการวิจัย แล้วทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างครบ 50 ราย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินงานวิจัยและรายละเอียดของการดำเนินโครงการวิจัย

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “ การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ” จำนวน 3 วัน แก่ให้แก่ อสม. ที่องค์การบริหารส่วนตำบลคูบางหลวง 3 รอบๆละ 15 - 20 ราย จนครบ 50 ราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ภาคเช้า เวลา 9.00 -12.00 น. จัดอบรมภาคทฤษฎี บรรยาย ความรู้ เรื่องโรคหัวใจ

และหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยง การให้คำแนะนำในดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายในเนื้อหาเดียวกันทั้ง 3 รอบ

การทำกระบวนการกลุ่ม โดย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนความคิด และอภิปราย โรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 4 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจ และปัจจัยเสี่ยง ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน[15] ได้แก่

1) สนับสนุนให้ผู้อบรมนำประสบการณ์เดิมของตนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเรื้อรังมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้

2.) ให้ผู้เข้าอบรมได้มีโอกาสแสดงออกในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรียนรู้กันและกันในกลุ่ม

3) ให้ผู้เข้าอบรมสร้างความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด โดยการสร้างแผนที่ความคิด ผู้วิจัยเป็นฝ่ายสนับสนุนและให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างปรับปรุงให้สมบูรณ์

4.) ส่งเสริมให้ผู้อบรมได้มีโอกาสนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปฝึกทักษะในสถานการณ์จำลองจนเกิดความชำนาญ

ผู้วิจัยประเมินความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังเข้ารับการอบรม (Pretest และ Posttest) โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด และประเมินคะแนนการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำรายงานกลุ่มโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์โดยใช้แผนที่ความคิด (mind mapping) การดูแลโรคเรื้อรัง และเสนอผลงานเป็นกลุ่มโดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ

2.2 จัดการทดลองปฏิบัติ เวลา 13.00 – 16.30 น. จำนวน 3 วัน โดยสาธิตการประเมินภาวะสุขภาพ และสาธิตการกู้ชีวิตเบื้องต้น โดยคณะผู้วิจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง จนเกิดความชำนาญ ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และสาธิตการกู้ชีวิตเบื้องต้นภายใต้การสอน ให้กำลังใจ และกำกับด้วยความใกล้ชิดจากวิทยากรที่ได้รับประกาศนียบัตรการกู้ชีวิตเบื้องต้นจากสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะจนมั่นใจ ผู้วิจัยประเมินทักษะการประเมินการช่วยชีวิตเบื้องต้นและประเมินทักษะในการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้การสังเกตแบบคู่ขนาน ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านการประเมินในแต่ละขั้นตอนจะให้ไปฝึกทักษะเพิ่มเติมและได้รับการประเมินใหม่จนผ่านในระดับดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการทำแผนที่ความคิด การรับรู้แนวทางปฏิบัติตนในการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และผลการฝึกทักษะให้ผ่านเกณฑ์ในการประเมินเบื้องต้น และการกู้ชีวิตเบื้องต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยตรวจสอบคุณสมบัติของข้อมูลว่ามีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติจับคู่ค่าที (Paired t-test)

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92 (46 คน) อายุเฉลี่ย 63.8 ปี (range 41-70) ร้อยละ 32 มีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนระดับการศึกษาพบว่าร้อยละ 50 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ร้อยละ 92 ไม่ได้ประกอบอาชีพอื่นแต่ทำหน้าที่เป็น อสม. ร้อยละ 30 เป็นอสม.มา 2-10 ปี ร้อยละ 70 เป็นอสม.มามากกว่า 10 ปี ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมในบทบาทของอสม. พบว่าร้อยละ 68 มาร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเดือนละ 1-2 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่าอสม. ร้อยละ 66 เป็น

ผู้มีสุขภาพดีไม่โรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34 มีโรคประจำตัวและอยู่ในการรักษาและควบคุมได้ และพบว่าร้อยละ 22 เป็นความดันโลหิตสูงควบคุมได้ ร้อยละ 8 เป็นเบาหวาน และ ร้อยละ 4 เป็นไขมันในเลือดสูง

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการวิจัยพบว่า อสม.มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=50)

ข้อมูล	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		T	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ	9.74	3.2	12.06	1.96	-6.069	0.000***

***P<.001

การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ในการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยการทำกระบวนการกลุ่ม การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังไม่ติดต่อและการวิเคราะห์การทำแผนที่ความคิดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังไม่ติดต่อและการวิเคราะห์จากการทำแผนที่ความคิด

การรับรู้กลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ	**คะแนนเฉลี่ย**	**การแปลผล**
1.โรคเบาหวาน	8.5	ดีมาก
2.โรคความดันโลหิตสูง	9	ดีมาก
3.โรคหลอดเลือดสมองตีบ	8.1	ดีมาก
4.โรคหลอดเลือดหัวใจ	8.5	ดีมาก

ทักษะการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด

จากการการประเมินการฝึกทักษะการประเมินหัวใจและหลอดเลือด พบว่า อสม. ไม่สามารถทำได้ถูกต้องทุกกิจกรรมในการทดสอบครั้งแรก เช่น การวัดทดสอบการวัดความดันโลหิตซ้ำเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 70 ส่วนการจับชีพจรสามารถทำได้ดีเป็นส่วนมาก เพราะต้องทำซ้ำเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น หลังจากที่ฝึกปฏิบัติซ้ำทุกคนสามารถผ่านการทดสอบในระดับดีได้ทั้งหมด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินการฝึกทักษะการประเมินหัวใจและหลอดเลือด

หัวข้อ	ผ่านการประเมิน		ผ่านการประเมินระดับดี (ร้อยละ)
	ครั้งที่1 จำนวน(ร้อยละ)	ครั้งที่2จำนวน(ร้อยละ)	
1.การจับชีพจร	40 (80)	10 (20)	100
2.การวัดความดันโลหิต	15 (30)	35 (70)	100
3.การนับการหายใจ	40 (80)	10 (20)	100
4.การวัดอุณหภูมิ	40 (80)	10 (20)	100

การประเมินทักษะในการกู้ชีวิตเบื้องต้น

จากผลการประเมินทักษะในการกู้ชีวิตเบื้องต้น ประกอบด้วย การประเมินภาวะวิกฤตและช่วยประสานการกู้ชีวิต และทักษะการช่วยชีวิต พบว่าส่วนมากร้อยละ 60 -70 ต้องทดสอบซ้ำและฝึกทักษะซ้ำ 6 กระบวนการ ได้แก่ การช่วยประสานงานการช่วยชีวิต กระบวนการประเมินเรียกขอความช่วยเหลือ การประเมินการหายใจ การช่วยหายใจ การประเมินชีพจร การนวดหัวใจ หลังจากการฝึกปฏิบัติซ้ำ กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถปฏิบัติได้ทุกข้ออย่างถูกต้องในระดับดี ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนผลการประเมินการฝึกทักษะการกู้ชีวิตเบื้องต้น

หัวข้อ	ผ่านการประเมิน		ผ่านการประเมินระดับดี (ร้อยละ)
	ครั้งที่1จำนวน (ร้อยละ)	ครั้งที่ 2 จำนวน (ร้อยละ)	
1.การประเมินในภาวะวิกฤต	40 (80)	10 (20)	100
2.การช่วยประสานงานการช่วยชีวิต	15 (30)	35 (70)	100
3.การเรียกเพื่อขอความช่วยเหลือ	20 (40)	30 (60)	100
4.การประเมินการหายใจ	20 (40)	30 (60)	100
5.การช่วยการหายใจ	20 (40)	30 (60)	100
6.การประเมินชีพจร	20 (40)	30 (60)	100
7.การนวดหัวใจ	20 (40)	30 (60)	100

การอภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นลักษณะของ อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยกลางคนถึงสูงอายุ ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา บางรายมีโรคประจำตัว แต่สามารถควบคุมได้เนื่องจากไปรับการรักษาและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ไม่เป็นอุปสรรคในการทำหน้าที่เป็น อสม. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงวัยกลางคนถึงสูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาของสุดารัตน์ หล่อเพชร[17] แต่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ ภูดิท เตชาติวัฒน์ นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์[18] ซึ่งเป็นกลุ่มอสม.ที่มีอายุไม่เกิน 55 ปี ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว แต่เป็นกลุ่มที่มีความสนใจและตั้งใจในการมีส่วนร่วมในการอบรมเชิงปฏิบัติการทุกบทเรียน เนื่องจากผู้วิจัยได้สังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความกระตือรือร้น มีความสนใจใฝ่หาความรู้ ซักถามข้อสงสัย มีส่วนร่วมในการทำกระบวนการกลุ่ม โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนความคิด และอภิปรายปัญหาสุขภาพในการเกิดโรคเรื้อรังและความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชาชนในชุมชน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพลังอำนาจในตนเอง เนื่องจากมีความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเองและชุมชน และมีความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองและประชาชนในชุมชน จึงมีความตั้งใจเรียนรู้และฝึกทักษะจนสามารถผ่านการทดสอบทุกบทเรียน[12,13,19]

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลของงานวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย พบว่า อสม.มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$ และผ่านการประเมินการเรียนรู้การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังไม่ติดต่อการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับดีมาก รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถฝึกทักษะและผ่านการประเมินผลทักษะเรื่องการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และผ่านการประเมินทักษะในการกู้ชีวิตเบื้องต้นในระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัยของวิทยา สิ้นภัยและพรทิพย์ คำพอ[20] ที่ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ส่งผลให้ อสม.มีความรู้และการปฏิบัติในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของประเสริฐ มงคลศิริ และคณะ[21] ที่ได้ใช้รูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อสม.มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพส่งผลให้ อสม.มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และ อสม.ทุกคนผ่านการประเมินผลทั้งด้านความรู้และทักษะต่างๆ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เนื่องจากโปรแกรมฯ มีหลักสูตรการอบรมที่มีเนื้อหาความรู้ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาสุขภาพในชุมชน และตอบสนองความต้องการการเรียนรู้ของอสม. ซึ่งเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ส่งเสริมให้ให้อสม.และผู้เกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ ร่วมสร้างเนื้อหาของหลักสูตร และมีสนใจในการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการและเรียนรู้จนประสบความสำเร็จ[12,13,19]

นอกจากนี้ระหว่างที่มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มอสม.ได้มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะจากผู้สอนหลายครั้งจนเกิดความมั่นใจ รวมทั้งผู้วิจัยได้ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้แก่กลุ่มตัวอย่างทดสอบทักษะในการฝึกปฏิบัติหลายครั้ง จนเกิดความมั่นใจ และผ่านการทดสอบในครั้งที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการพัฒนาความสามารถของตนเอง

ต้องการเพิ่มความรู้และทักษะในการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และการฝึกทักษะการกู้ชีวิต เนื่องจากโปรแกรมนี้มีการจัดการเรียนแบบผู้ใหญ่ (Adult learning)[22] ซึ่งส่งเสริมการชี้นำด้วยตัวเอง (Self-direction) และตอบสนองความต้องการที่จะเรียนรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลุ่มเสี่ยงเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของตนในการทำงานและนำทักษะที่ได้เรียนรู้มาใช้งานได้ทันที รวมทั้งโปรแกรมฯนี้ได้ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม[15] โดยใช้ประสบการณ์ของอสม.มาเป็นทรัพยากรการเรียนรู้ที่มีคุณค่า ผู้สอนสนับสนุนให้กำลังใจและให้ผู้เข้าอบรมได้มีโอกาสแสดงออกในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรียนรู้กันและกัน และเกิดความคิดรวบยอด

จากการที่ อสม.ได้ฝึกทักษะการกู้ชีวิตเบื้องต้นและฝึกการประเมินร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือดหลายๆ ครั้ง และสามารถผ่านการทดสอบในระดับดี ทำให้ อสม.เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน และพร้อมที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชน แสดงให้เห็นว่าประสิทธิผลของโปรแกรมฯ นี้ได้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับอสม. ให้มีความสามารถและทักษะในการดูแลตนเอง และประชาชนที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน มีความรับผิดชอบและตระหนักถึงปัญหาสุขภาพในชุมชน เกิดการยอมรับและหาวิธีการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของตนเอง[19, 23]

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในอสม.ช่วยสร้างเสริมพลังอำนาจของอสม. และมีประสิทธิผลในการการสร้างศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและประชากรในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน นอกจากนี้โปรแกรมฯนี้ช่วยสนับสนุนให้ อสม.เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน และสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์เพื่อสร้างพลังอำนาจแก่กลุ่มอสม.ในชุมชนอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามพัฒนาศักยภาพอสม.อย่างต่อเนื่อง โดยติดตาม และนิเทศเป็นระยะเพื่อให้ อสม.สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมั่นใจ และควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถเป็นผู้สอน และติดตามนิเทศ อสม.โดยใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและส่งเสริม อสม.เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดปี 2550-2556 [อินเตอร์เน็ต] (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php
2. กัมปนาท วีรกุล, จิตติ โฆษิตไชยวัฒน์. 7R การลดอัตราตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ศรีนครดีไซด์ พริ้นติ้ง; 2557.
3. ประเวศ วะสี. บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพอภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.; 2541.หน้า 10-13.
4. พิสมัย จันทวิมล. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักพิมพ์สถาบันระบบสาธารณสุข; 2541. หน้า 57.
5. สำนักงานบริหารสาธารณสุข. แผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดัน

โลหิตสูง). นนทบุรี: สำนักงานบริหารสาธารณสุข; 2556.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. กลุ่มงานสุขภาพภาคประชาชน 2547. [อินเตอร์เน็ต] (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 28 มี.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://www.udo.moph.go.th/sw5/viewpage.php?page_id=1
7. มินตรา สาระรักษ์. การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. วารสารวิชาการ. 2553; 12(2) (พ.ค-ส.ค): 39 -47
8. นทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, รักชนก คชไกร.ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้เรื่องโรคและความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารไทยเภสัชศาสตรและวิทยาการสุขภาพ 2557;9(4):157-63.
9. Brownstein J, Bone L, Dennison C, Hill M, Kim M, Levine D. Community health workers as interventionists in the prevention and control of heart disease and stroke. Am J Prev Med 2005;29 (5):128-33.
10. Brownstein J, Chowdhury F, Norris S, Effectiveness of community health workers in the care of people with hypertension. Am J Prev Med 2007; 32(5):435-47.
11. กฤษฎ์ โพธิ์ศรี, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, จุฬาภรณ์ โสตะ.การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครกู้ชีพในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2554; 4(2): 59-69
12. Knowles MS, Hoiton III EF. Swanson RA. The adult learner: The denitive classic in adult education and human resource development. 6th ed. Boston: Elsevier; 2005. p.192-93.
13. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. November 17-21,1986. Ottawa, Ontario Canada. [cited 2015 Mar 12]. Available from http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf
14. สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย. รายงานโครงการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย. นนทบุรี: สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก; 2556.
15. Kolb A, Kolb DA. Experiential Learning Theory Bibliography 1971-2001. Boston: Ma: McBer and Co; 2001.[cited 2015 Mar 12]. Available from http://trgmcber.haygroup.com/Products/learning/bibliography.htm
16. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1983.
17. สุดารัตน์ หล่อเพชร.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 2554; 6(2):140-49
18. ภูดิท เตชาติวัฒน์ นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32 (1): 87-96.
19. ดวงกมล วัตราดุลย์. การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด: ผลลัพธ์ทางการพยาบาล วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2550;18(1): 21-9.
20. วิทยา สิ้นภัย, พรทิพย์ คำพอการพัฒนาศักยภาพ

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านนาง้ิว หมู่ที่ 1,7 ตำบลนาง้ิว อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 6(3):85-96

21. ประเสริฐ มงคลศิริ. อัจฉราพรรณ ค้ายาดี ธิดารัตน์ ชาญตะบะ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2557; 31(3), 205-19.
22. Knowles MS. The adult learner: A neglected species. Revised edition 1990 ed. Houston: Gulf Publishing Company;1973.
23. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991; 16(3): 354-61.