

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

เบญจวรรณ ชันใส* ✉, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์**, นันทวรรณ ทิพย์เนตร**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

✉ keerati_kc51@hotmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครสกลนคร ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 60 คน แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มทดลอง คือ อสม. ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1 จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ อสม. เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม คือ อสม. ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 จำนวน 30 คน ได้รับการให้ความรู้ตามปกติเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในโรงเรียน อสม. และมอบคู่มือเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกลับไปศึกษาที่บ้าน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามลักษณะทางประชากร แบบสอบถามความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบประเมินการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแบบสอบถามความพึงพอใจของ อสม. ที่มีต่อโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ อสม. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Signed Rank Test และ Mann Whitney U Test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ อสม. กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผลของโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ อสม. เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะของ อสม., การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Article info:

Received: Feb 5, 2020

Revised: Aug 30, 2020

Accepted: Aug 31, 2020

Original article

Effects of smart safe program on self efficacy for basic life support of village health volunteers in community Thadcherngchum Sub-district, Muang District, Sakon Nakhon Province

Benchawan Khunsawai*✉, Terdsak Promarak**, Nantawan Tipayanate**

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**Faculty of Medicine, Mahasarakham University

✉ keerati_kc51@hotmail.com

Abstract

This quasi-experimental research design with a two group pretest-posttest design was a case study aiming to determine the Effects of Smart Safe Program on Self Efficacy for Basic Life Support of village health volunteers in Community Thadcherngchum Sub-district Muang District Sakon Nakhon Province based on Self-efficacy theory of Bandura. The samples were village health volunteers at the Sakon Nakhon Municipality Public Health Service Centers, Thadcherngchum Sub-district, Muang District in Sakon Nakhon Province. The 60 subjects participants were randomly selected following inclusion criteria into two groups. Thirty subjects from Municipality Public Health Service Center I were randomly assigned into the experimental group that participated in three-week program while 30 subjects from Municipality Public Health Service Center II were randomly assigned into the control group that participated in routine knowledge about Basic Life Support in Village Health Volunteers School with Basic Life Support handbook. Data were collected using a demographics questionnaire, a knowledge of Basic Life Support questionnaire, a perceived self-efficacy for Basic Life Support questionnaire, Basic Life Support Practice Assessment Form, and a satisfaction of Smart Safe Program on Self Efficacy for Basic Life Support of VHV questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Paired t-Test, Independent t-Test, Wilcoxon Signed Ranks Test, and Mann Whitney U Test.

The results revealed that after participation in a Smart Safe Program on Self Efficacy for Basic Life Support of VHV, the experimental group had an average score on knowledge of Basic Life Support, a perceived self-efficacy for Basic Life Support and Basic Life Support Practice higher than before the intervention and the control group ($p < .001$, $p < .001$, $p < .001$, respectively). And had an average score on satisfaction of Smart Safe Program on Self Efficacy for Basic Life Support at a high level.

The results in this study shows that the Effects of Smart Safe Program on Self Efficacy for Basic Life Support of VHV is a standard effective strategy for Basic Life Support in the community.

Keywords: Effects of smart safe program on self efficacy of VHV, basic life support, village health volunteers

บทนำ

ปัจจุบันการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย โดยส่วนใหญ่เกิดจากโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ และอุบัติเหตุทางถนน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นส่วนมากจะไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า และเกิดขึ้นภายนอกโรงพยาบาล ซึ่งการเจ็บป่วยฉุกเฉินมีภาวะคุกคามต่อชีวิตหากไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงทีแล้วอาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น (จักรพงศ์ ปิติโชคโกคินท์, พัชร อมรสิน, สุกัญญา สระแสง และสายชล ชินภกรม, 2562) ในส่วนจังหวัดสกลนคร จากรายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉิน มีการออกเหตุในเรื่องภาวะหัวใจหยุดเต้นในช่วงปี พ.ศ. 2555-2558 จำนวน 57 ราย และพบอัตราการออกเหตุเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 จำนวน 78 ราย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน, 2562) และปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมไปถึงภาวะเครียด นอกเหนือจากสาเหตุข้างต้นแล้วยังมีสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวจากสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ ลิ้มเลือดอุดตันเส้นเลือดที่ปอด โรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว การได้รับยาหรือสารพิษเกินขนาด ไฟฟ้าช็อต ไฟผ่า รวมถึงอุบัติเหตุต่างๆ หรือการจมน้ำ การสำลักควันเกินขนาด เป็นต้น (แพทย์พัชร์ไชยสงเมือง และชัชคณะ แพระชาว, 2560)

การศึกษาของดาเยา และคณะ (Daya et al., 2015) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพตามขั้นตอนห่วงโซการรอดชีวิต (Chain of Survival) 5 ขั้นตอนจะช่วยเพิ่มการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ร้อยละ 50 โดยบุคคลที่พบเห็นเหตุการณ์จะเริ่มดำเนินการช่วยชีวิต จะมีบทบาทโดยตรงในการช่วยเหลือ (แพทย์พัชร์ไชยสงเมือง และชัชคณะ แพระชาว, 2560) ทำการประเมินสถานการณ์ต่างๆ โทรแจ้ง 1669 หน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้มาช่วยเหลือที่เกิดเหตุให้เร็วที่สุด ทำการนวดหัวใจที่มีคุณภาพ ใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้ากรณีมีการติดตั้งในบริเวณ

เกิดเหตุ ดำเนินการไปเรื่อยๆ จนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะมาถึง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS) จะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่หยุดหายใจหรือ หัวใจหยุดเต้นกลับมาให้มีการหายใจและการเต้นของหัวใจ เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

ในต่างประเทศมีการตั้งเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนมีความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เช่น สหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2010 ประชาชนได้เรียนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศในประเทศญี่ปุ่น และประเทศเกาหลีใต้ ร้อยละ 40-50 โดยในประเทศเกาหลีใต้ ออกกฎหมายให้ผู้ที่สอบใบอนุญาตขับรถรถยนต์จะต้องผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อน (พัชรียา ศรีสุข และคณะ, 2560) สำหรับประเทศไทยพบว่าประชาชนที่ผ่านการอบรมเป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน (อชช.) ช่วงปี พ.ศ. 2556-2561 จำนวน 794,516 คน คิดเป็นร้อยละ 1.20 ของประชากรทั้งประเทศ จำนวน 66,413,979 คน ในส่วนจังหวัดสกลนคร จำนวน 41,259 คน คิดเป็นร้อยละ 3.60 ของประชากรในจังหวัดสกลนคร จำนวน 1,152,282 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561; ระบบสถิติทางการแพทย์, 2561) แม้ว่าการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจะมีความสำคัญแต่ในประเทศไทยผู้ที่มีความรู้และผ่านการอบรมในเรื่องนี้ยังมีน้อยกว่าร้อยละ 5 ของประชากรประเทศไทย และยังมีน้อยกว่าต่างประเทศอยู่มาก อีกทั้งการศึกษาวัยจบในกลุ่มประชาชนยังมีไม่มากนัก ยังคงจำกัดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก

ทั้งนี้ในปี 2562 รัฐบาลให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง และชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีเครือข่ายในการดำเนินงานที่สำคัญ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (วรรณทิพย์ สายใจ, กุลวรรณ โสรัจจ์ และจำลอง วงษ์ประเสริฐ, 2561) โดยมีจำนวน อสม. ทั่วประเทศ จำนวน 1,073,658 คน จังหวัดสกลนครจำนวน 23,343 คน ส่วน อสม. ในเขตเทศบาลนครสกลนคร จำนวน 564 คน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนงานสุขภาพภาคประชาชน, 2562)

ซึ่ง อสม. เป็นตัวแทนประชาชนผู้มีจิตอาสา เสียสละ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ถือเป็นจุดเชื่อมที่สำคัญในการนำนโยบายต่างๆ จากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม และถือเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ และมีความโดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะที่เป็นกลุ่ม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2550) และยกระดับ อสม. ให้เป็นหมอประจำบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาลได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (ธนภัทร ทวยจิต, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์, 2559) เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้ตามวิถีพอเพียง ตลอดจนทำหน้าที่ประสานงานสาธารณสุขระหว่างบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้ดำเนินการไปด้วยดี แต่การพัฒนาสมรรถนะต่างๆ ของ อสม. ด้วยการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถแสดงได้ว่า อสม. จะมีความมั่นใจในการปฏิบัติจริง ต้องมีปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ ปัจจัยนั้น คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997; พริยาทิวทอง, 2552) ซึ่งการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นปัจจัยช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นปฏิบัติกรงานต่างๆ ได้เป็นอย่างดี (ภัชรินทร์ วงศ์ศรีดา, 2561) อีกทั้งความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของ อสม. 4.0 โดยเฉพาะเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และต้องมีการทบทวนความรู้เป็นประจำทุกปี

ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อมาช่วยในการพัฒนาโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ อสม. เพื่อเสริมสร้างให้ อสม. มีความรู้ ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้องและทันท่วงทีตามแนวทางของสมาคมหัวใจอเมริกัน (สุภามาศ ผาติประจักษ์, 2558; Berg et al., 2010)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายไว้ว่าสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะมีการตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่าจะกระทำพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใด สามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่สามารถทำได้ตามขอบเขตหน้าที่ของตนเองและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เกินความสามารถของตนเอง เมื่อประเมินความสามารถของตนว่าสามารถกระทำได้อีกจะพยายามทำกิจกรรมนั้นด้วยความอดทน เมื่อพบอุปสรรคจะเป็นตัวกระตุ้นตนเองให้มีความพยายามมากขึ้นส่งผลให้ประสบความสำเร็จ การพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตน มี 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (Enactive Mastery Experience) 2) การได้เห็นตัวแบบ หรือ ประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) 3) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (Verbal Persuasion) 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective States) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรม และประเมินผลลัพธ์ของ อสม. ประกอบด้วยความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และความถูกต้องในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตามแนวทางของสมาคมหัวใจอเมริกัน

สมมติฐานของการวิจัย

1. อสม. กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน คะแนนการปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังสิ้นสุดโปรแกรม SMART SAFE สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม SMART SAFE

2. อสม. กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน คะแนนการปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังสิ้นสุดโปรแกรม SMART SAFE สูงกว่า อสม. กลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Control Group Design) ประชากร คือ อสม. เครือข่ายศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครสกลนคร ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็น อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข และขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประจำปี 2562 2) อาศัยอยู่เป็นการประจำและมีชื่อในทะเบียนบ้าน ในเครือข่ายศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครสกลนครปฏิบัติงานในชุมชนมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป 3) อายุ 18-59 ปี บริบูรณ์ ทั้งเพศชายหรือเพศหญิง 4) มีโทรศัพท์ Smart Phone 5) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย โดยจับสลาก แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มทดลอง คือ อสม. ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1 (นาเวง) เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ อสม. เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม คือ อสม. ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 (เลียงเมือง) จำนวน 30 คน ได้รับการให้ความรู้ตามปกติ (ได้รับการสอนจากโรงเรียน อสม.) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self Efficacy Theory)

ของแบนดูรา (Bandura, 1997) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ อสม. มีความรู้และการรับรู้สมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โปรแกรมนี้ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ตรวจความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ นายแพทย์ชำนาญการด้านอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชบำบัดวิกฤต 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1

1.2 หุ่นฝึกช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานแบบครึ่งตัว พร้อมชุดประเมินผล (Resusci Anne QCPR Torso with SkillGuide, Cat.no.171-00150) ใช้ในการฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานรายบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากร จำนวน 12 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 20 ข้อ ได้ค่า Kuder-Richardson Reliability เท่ากับ 0.86

2.3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจำนวน 20 ข้อ ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.88

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อโปรแกรมสมาร์ท อสม. ในการเสริมสร้างทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 20 ข้อ ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.90

2.5 แบบประเมินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (นันทวรรณ ทิพย์เนตร, 2560) ประกอบด้วยแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 17 ข้อ จำแนกเป็นการประเมินสภาพ 3 ข้อ การเรียกขอความช่วยเหลือ จำนวน 1 ข้อ การจัดท่าและเปิดทางเดินหายใจ จำนวน 2 ข้อ และการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ จำนวน 6 ข้อ การกดหน้าอกกดหัวใจและช่วยหายใจ จำนวน 5 ข้อ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ อสม.

2. ขออนุมัติการวิจัยในมนุษย์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 170/2562 วันที่รับรอง 18 กันยายน 2562 วันหมดอายุ 19 กันยายน 2563

3. ขออนุมัติหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครสกลนคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตดำเนินการศึกษา และขอความร่วมมือในการทำวิจัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครสกลนคร

4. ประชุมและเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครสกลนคร ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ได้ผ่านการอบรมพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติชุมชน 3 คน เพื่อให้เป็นผู้ช่วยในการจัดกิจกรรมกลุ่ม และการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียด พร้อมสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งกำหนดการอบรมตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมให้ทำการวิจัยและพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 60 คน โดยนัดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคนละวันกัน

6. ดำเนินการวิจัย ดังนี้

6.1 กลุ่มทดลอง มีกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ทีมวิจัยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่างๆ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม (Pre-Test) และจัด กิจกรรมดังนี้ 1) มอบคู่มือเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ อสม.สามารถนำไปศึกษาทบทวน ให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น 2) ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบสไลด์ให้ความรู้ 3) การชมวิดีโอเรื่องการ

ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) โดยวิดีโอจะเป็นสื่อให้เห็นตัวอย่าง ถ้าเจอเหตุการณ์จะได้นำไปปรับใช้ได้ อสม.จะเกิดการรับรู้สมรรถนะของตน ใช้เวลา 30 นาที 4) สอนการใช้งานแอปพลิเคชัน EMS 1669 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ใช้เวลารวม 4 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 ฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานรายบุคคล ด้วยหุ่นจำลอง เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรง (Enactive Mastery Experience) อสม. ฝึกทำจริง เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในการช่วยชีวิตผู้ป่วย และคุ้นเคยกับสถานการณ์มากขึ้น ใช้เวลา 4 ชั่วโมง และกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focused Group) โดยใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และเปิดโอกาสให้ อสม.ได้แสดงความคิดเห็น และกระตุ้นให้ตระหนักในความสามารถของตนเอง ที่สามารถกระทำได้ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกกับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและพูดคุยให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 3 ประเมินให้คะแนนการปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อประเมินการฝึกทักษะ อสม. ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ใช้เวลา 4 ชั่วโมง และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม (Post-Test)

6.2 กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ทีมวิจัยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่างๆ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม (Pre-Test) ได้รับการอบรมให้ความรู้ตามปกติเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในโรงเรียน อสม. และมอบคู่มือเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

สัปดาห์ที่ 3 การประเมินให้คะแนนการปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ใช้เวลา 4 ชั่วโมง และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม (Post-Test)

บทสรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวนเท่ากัน คือ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 อายุเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือ 51.97 ปี (SD=7.92) และ 50.83 ปี (SD=8.24) ตามลำดับ ประมาณ

ครึ่งหนึ่งของทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.33 และ 56.67 ระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 และ 46.70 ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 และเป็นแม่บ้าน เท่ากันทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือนทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุม คือ 5,400 บาท (S.D.=2676.20) และกลุ่มทดลองคือ 4,600 บาท (S.D.=3432.76) ระยะเวลาอาศัยอยู่ในพื้นที่ทั้งสองกลุ่ม คือ 32.30 ปี (S.D.=13.33) และ 35.40 ปี (S.D.=16.77) ระยะเวลาที่เป็น อสม.ทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือ 12.13 ปี (S.D.=5.53) และ 10.03 ปี (S.D.=5.75) และจำนวนหลังคาเรือนรับผิดชอบ คือ 25.63 หลังคาเรือน (S.D.=7.77) และ 19.27 หลังคาเรือน (S.D.=5.47) ทั้งสองกลุ่มไม่เคยมีประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทั้งสองกลุ่มเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากการประชุมชี้แจงหรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เท่ากันร้อยละ 100 และหนึ่งในสามของอสม.รับความรู้เพิ่มเติมจาก เอกสารแผ่นพับ และสื่อออนไลน์

ผลการศึกษาภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้ ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับความรู้มาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับการรับรู้มาก 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 และระดับการรับรู้ปานกลาง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 การปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีระดับคะแนนความถูกต้องในการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ระดับความถูกต้องมาก 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 และระดับความถูกต้องปานกลาง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 มีระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง คะแนนการปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน คะแนนการปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง คะแนนการปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน คะแนนการปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการกวดหน้าอกในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี (สุภามาศ ผาติประจักษ์, 2558) ผ่านกระบวนการประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95) ผ่านเกณฑ์ความรู้ มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และยังสอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขนักเรียนมัธยม (อสณม.) ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดมหาสารคาม (นันทวรรณ ทิพยเนตร, วชิร ชนะบุตร, ชลดา ทอนเสาร์ และเกียรติศักดิ์ ชัยพรหม, 2559) พบว่าภายหลังการอบรมมีความรู้ในระดับสูง และมีทักษะการฝึกปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นดีขึ้น และการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และจักรกนต์ แพรขาว, 2560) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสอนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และทักษะการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานหลังได้รับโปรแกรมพบว่าสามารถปฏิบัติทักษะได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทุกขั้นตอน เปรียบเทียบทักษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า มีความแตกต่างกัน ซึ่งในโปรแกรมนั้นมีกิจกรรมที่สำคัญเหมือนกันคือ จัดให้มีหุ่นจำลองฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับให้ผู้เรียนฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของวิศรา เบ้าบุญ (2562) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการแนะนำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานทางโทรศัพท์ กรณีพบผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของนักเรียนระดับ

มัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าภายหลังเข้าโปรแกรม ความรู้และทัศนคติเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งในโปรแกรมนั้นมีกิจกรรมที่สำคัญเหมือนกันคือ มีการนำวีดิทัศน์มาให้ดู เพื่อเป็นสื่อให้เห็นตัวอย่าง ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองมากขึ้น

ผลการศึกษากิจกรรมกระบวนการกลุ่ม ดังนี้

1. อสม. มีความรู้ ความเข้าใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จากการที่มีประสบการณ์จริงในการเข้าร่วมโปรแกรม เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกิจกรรม และจดจำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ในสถานการณ์จริงในชุมชน ดังจะเห็นได้จากความคิดเห็นของ อสม. รายหนึ่งที่ว่า “ที่ผ่านมา อสม. ก็ได้รับความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพมาบ้าง แต่ก็ไม่ได้เข้าใจมากนัก พอมาฝึกทำกิจกรรมแบบนี้ ทำให้พวกเรามีความรู้มากขึ้น มั่นใจมากขึ้น และคิดว่าหากประสบเหตุการณ์แบบที่ฝึกมานี้ ก็สามารทำได้”

2. อสม. มีความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดังจะเห็นได้จากลักษณะท่าทางคล่องแคล่วของ อสม. ในการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

3. อสม. เกิดความรู้สึกที่ดี มีความภาคภูมิใจในการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดังจะเห็นได้จากรอยยิ้มของ อสม. เมื่อวิทยากรในการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน กล่าวว่า “อสม. รุ่นนี้มีแต่คนเก่งๆ กดหน้าอกถูกตำแหน่ง แรงกดหน้าอกดี”

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างสมรรถนะตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ทำให้ อสม. มีความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น การรับรู้สมรรถนะตนเองทำให้มีความเชื่อในความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคที่ท้าทาย เป็นกุญแจสำคัญนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านบวก โดย อสม. ที่รับรู้สมรรถนะตนเองสามารถบริหารจัดการบริการสุขภาพที่มีความพิเศษเป็นไปตามความคาดหวังผลลัพธ์ได้ดี (Vareilles, Pommier, Marchal & Kane, 2017; ภัทรินทร์ วงศ์ศรีดา, 2561; รัตนกร จันได, ชวนชัย เชื้อสาธุชน และพนัญญ์ เสี่ยงมจิตต์, 2559) ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมขึ้นมาและเป็นที่มาของคำว่าโปรแกรม SMART SAFE ดังนี้

S = Symbolic Model เป็นต้นแบบของบุคคล, ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

M = Mastery Experience ประสบการณ์การเรียนรู้

A = Affective States and Physiological สภาวะอารมณ์และร่างกายต่อการเรียนรู้

R = Reliance การพึ่งพาตนเอง

T = Technology สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้

S = Safe ความปลอดภัยของผู้ป่วย

A = Application แอปพลิเคชัน EMS 1669

F = Framework กรอบแนวคิดในการช่วยเหลือผู้ป่วย

E = Emergency ภาวะฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยขยายระยะเวลาในการติดตามเป็นระยะ 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อความคงอยู่ของความรู้ และสมรรถนะของ อสม. ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในชุมชน

2. สามารถนำวิจัยนี้ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน และการฝึกอบรมยกระดับ อสม. ให้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และขอขอบพระคุณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้การสนับสนุนทุนการทำวิจัย สำหรับนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2562 ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะผู้บริหารเทศบาลนครสกลนคร เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครสกลนคร และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). SMART อสม. ค้นเมื่อ 14 เดือนมีนาคม 2562, จาก <http://110.77.139.142/phc/phoca-downloadpap/userupload/admin/smart%20VHv.pdf>.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อการยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน. ค้นเมื่อ 1 เดือนมกราคม 2562, จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/_center/dyn_mod/Manual_official.pdf.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ. (2550). อสม.: ศักยภาพและยุทธศาสตร์ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. วารสารหมอนามัย. 17(3), 7-20.
- จักรพงษ์ ปิติโชคโคคินทร์, พชร อมรสิน, สุกัญญา สระแสง และสายชล ชิดกรธรรม. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 8(1). 110-122.
- ธนภัทร ทวยจัด, กุลวดี โรจนไพศาลกิจ และวรากร เกียรติไกรศักดิ์. (2559). รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ด้านอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลวังใหม่ อำเภอโนนชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology). 11(12), 1-16.
- นันทวรรณ ทิพย์เนตร, วรวิ ชนบุญตร, ชลลดา ทอนเสาร์ และเกียรติศักดิ์ ชัยพรม. (2559). การพัฒนาสมรรถนะอาสาศาสตร์สาธารณสุขนักเรียนมัธยม (อสม.) ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดมหาสารคาม. Proceedings of The perspective of multidisciplinary research & practice in health sciences การประชุมวิชาการระดับชาติ ของเครือข่ายทศวรรษสำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประจำปี 2559. เชียงราย: สำนักรังรักษ์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
- นันทวรรณ ทิพย์เนตร และวิทยา จารุพูนผล. (2560). การพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้นิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามเพื่อเพิ่มจำนวนผู้อาจช่วยได้ในชุมชน. เอกสารประกอบการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 13 พ.ศ. 2560. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พัชรียา ศรีสุข, ภรกฎ อภิรัตน์วรกุล, กมลวรรณ เอี้ยงฮง, วัชร รัตนสีหา, แพรว โคตรจีน และมธุรส บุณยศักดิ์. (2560). ประสิทธิภาพของการอบรมระยะสั้นเรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี. ศรีนครินทร์เวชสาร. 32(4), 332-337.
- พิริยา ทิวทอง. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัชฌาณันท์ แพรวาว. (2560). ผลของโปรแกรมสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นต่อความรู้และทักษะของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับนานาชาติ 2560. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัทรินทร์ วงศ์ศรีดา. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองของอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระบบสถิติทางทะเบียน. (2561). จำนวนประชากรแยกอายุทั่วประเทศ. ค้นเมื่อ 14 เดือนมีนาคม 2562, จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php
- ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน. (2562). ประเภทเหตุการณ์. ค้นเมื่อ 14 เดือนเมษายน 2562, จาก https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/
- รัตนกร จันใด, ขวัญชัย เชื้อสาธุชน และพจนีย์ เสี่ยงมจิตร. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 5(1), 75-89.
- วรณัท สบายใจ, กุลวรรณ ไสรัจจ์ และจำลอง วงษ์ประเสริฐ. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มที่มีผลต่อพฤติกรรมการคุมครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 7(2), 6-17.
- วิศรา เบ้า. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการแนะนำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานทางโทรศัพท์ กรณีพบผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย. 2562(6), 37-47.
- สุกามาต ผาติประจักษ์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการจดจำ ในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 35(1), 119-134.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**. ค้นเมื่อ 28 เดือนเมษายน 2562, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>

Bandura, A. (1997). **Self-Efficacy the Exercise of Control**. New York: W.H.Freeman and Company.

Daya, RM., Schmicker, HR., Zive, MD., Rea, DT., Nichol, G., Buick, EJ., ... Wang, H. (2015). Out-of-hospital cardiac arrest survival improving over time: Results from the Resuscitation Outcomes Consortium (ROC). **Resuscitation** 2015. 91(2015), 108-115.

Vareilles, G., Pommier, J., Marchal, B. & Kane, S. (2017). **Understanding the performance of community health volunteers involved in the delivery of health programs in underserved areas: a realist synthesis**. Retrieved May 1, 2018, from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fs13012-017-0554-3.pdf>



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง คะแนนการปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

ตัวแปรศึกษา	ก่อนรับโปรแกรม			หลังรับโปรแกรม			z	t	p
	Range	mean	S.D.	Range	mean	S.D.			
ความรู้	5-9	6.50	1.28	19-20	19.80	0.41	-4.82 ^a	-	<.001
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	22-32	26.10	2.51	44-57	51.07	3.13	-	-43.32 ^b	<.001
คะแนนการปฏิบัติการ	13-15	14	1.02	17-22	21.17	1.90	-4.87 ^a	-	<.001

หมายเหตุ ^a = ค่า z ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test

^b = ค่า t ใช้สถิติ Paired t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง คะแนนการปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ (N = 60)

ตัวแปรศึกษา	กลุ่มควบคุม (n=30)			กลุ่มทดลอง (n=30)			z	t	p
	Range	mean	S.D.	Range	mean	S.D.			
ความรู้	5-9	6.50	1.28	19-20	19.80	0.41	-6.91 ^a	-	<.001
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	22-32	27.13	2.56	44-57	51.07	3.13	-	-32.45 ^b	<.001
คะแนนการปฏิบัติการ	13-15	14.47	0.57	17-22	21.17	1.90	-7.02 ^a	-	<.001

หมายเหตุ ^a = ค่า z ใช้สถิติ Mann – Whitney U test

^b = ค่า t ใช้สถิติ Independent t-test

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Ubon Ratchathani Rajabhat University