

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

นงนุช หอมเนียม พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สุภาพร มะรังษี พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ดลนภา จิระออน พย.บ. (พยาบาลศาสตรบัณฑิต) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกรักษ์ใหญ่

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบก่อนทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ต่อความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ อสม. จำนวน 30 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และมีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson (1993) ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 4 ขั้นตอน คือ (1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และ 2) คู่มือการปฏิบัติของ อสม. ตามทักษะต่างๆ จำนวน 8 ทักษะ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินความรู้และแบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.81 และ 0.85 ตามลำดับ และทดสอบค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.73 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติค่าที (Dependent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52 ปี จบชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยภายหลังเข้าโปรแกรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.97$, $S.D. = 1.54$) เป็นระดับดี ($\bar{X} = 16.07$, $S.D. = 2.32$) และทุกคนสามารถผ่านการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในระดับดี ร้อยละ 100

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้ป่วยติดบ้าน, ผู้ป่วยติดเตียง

The Effects of A Potential Development Program for The Village Health Volunteers Caring for Housebound and Bedridden Patients in Chumhed Sub-district, Mueang District, Buriram Province, Thailand

Nongnuch Hormniam, MN.S., (Nursing Administration), Lecturer; Faculty of Nursing, Buriram Ratjabhat University
Supaporn Marangsee, MN.S., (Advanced Midwifery), Lecturer; Faculty of Nursing, Buriram Ratjabhat University
Donnapa Jira-on, BN.S., (Bachelor of Nursing), Registered Nurse; Professional Level, Krok Khi Nu Subdistrict Health Promotion Hospital

Abstract

The aims of this pre - experimental research were to develop and investigate the effects of community the village health volunteers on knowledge and skills in caring for housebound and bedridden patients. The 30 village health volunteers who had bedridden patient under responsibility and resided in the Chumhed municipality area, Mueang District, Buriram Province, Thailand, were recruited and chosen by purposive sampling. The study was performed on March 2021 – May 2021. The research instrument was (I) empowering program that developed strategies based on Gibson's paradigm. There were four steps as follows: 1) discovering reality, 2) critical reflection, 3) taking charge, and 4) holding on. (II) A practice manual for the volunteers according to 8 skills. (III) The knowledge assessment form and the house care skills assessment form were used by the researchers' collecting data before and after participation in the program, content validity index (CVI) by three experts were 0.81 and 0.85, respectively. The reliability of the KR-20 formula were between 0.73 and 0.86, respectively. The descriptive statistics and dependent T-test were used to analyze the data.

The findings revealed that after participating in the village health volunteers program, their knowledge in caring for housebound and bedridden patients increased statistically significant at the 0.001 level. The village health volunteers increased their mean score of knowledge from moderate level ($\bar{X} = 12.97$, S.D. = 1.54) to high level ($\bar{X} = 16.07$, S.D. = 2.32), and all of them passed the skill testing for housebound and bedridden patients care at high level.

Keywords: bedridden patients, housebound patients, potential development program, the village health volunteers

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health volunteer; VHV) หรือ อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กำหนด¹ เป็นผู้ที่มิจิตอาสา เสียสละจนได้รับการยอมรับจากสังคม และยกฐานะเป็น อสม. หมอประจำบ้าน มีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ ส่งเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งโรคเรื้อรังและโรคอุบัติการณ์ใหม่ สนับสนุนในทางสาธารณสุขมูลฐานและการใช้กัญชาทางการแพทย์ รวมทั้งใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์โทรเวชกรรม (Telemedicine) และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ จนปัจจุบัน อสม. ได้กลายเป็นทุนทางสังคม (Social capital) ที่สำคัญของระบบสุขภาพ² แต่จากสถานการณ์ในปัจจุบันที่ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ตั้งแต่นั้นปี พ.ศ. 2564 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็น 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด และพบว่าร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุเจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพ³ โดยมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย และต้องพึ่งพิงญาติอย่างน้อย 1 คนคอยดูแลระยะยาวประมาณร้อยละ 3 หรือมากถึง 4 แสนคน จากผู้สูงอายุที่มีอยู่ประมาณ 13 ล้านคน⁴ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีอุบัติการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตในสังคมเมืองสมัยใหม่ พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จากเหตุการณ์ที่กล่าวมานี้ส่งผลให้มีผู้ที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่องและระยะยาวในชุมชนเพิ่มมากขึ้นและยังได้รับการดูแลไม่ทั่วถึง สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁵ ณ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเข้าถึงบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงร้อยละ 52.96 ดังนั้น การเตรียมความพร้อมทั้งสังคม ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ติดบ้าน ติดเตียงในท้องถิ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรด้านหน้าแบบ อสม. ที่ต้องปฏิบัติงานในการดูแล

สุขภาพเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน และหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงมีสุขภาพที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างสมศักดิ์ศรี รวมทั้งลดการพึ่งพาโรงพยาบาลได้

จากการศึกษาผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม. ของณฐนท บริสุทธิ์⁶ พบว่า ปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ลดลง ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น แต่มีข้อเสนอในการพัฒนา อสม. เพิ่มเติมคือ ควรพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการ เพิ่มทักษะในการทำงาน รวมถึงส่งเสริมให้สังคมเห็นคุณค่าการทำงาน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า อสม. ยังขาดกระบวนการเรียนรู้ และยังไม่เข้าใจในกระบวนการดำเนินงานต่างๆ ที่ตนเองต้องปฏิบัติ ถึงจะมีการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อสร้างองค์ความรู้ ทักษะอย่างต่อเนื่องให้สามารถปฏิบัติงานจริงในชุมชน แต่ยังขาดการติดตามถึงประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ประกอบกับการได้มาของ อสม. เป็นแบบสมัครใจ มีคุณสมบัติและผ่านกระบวนการตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เพียงว่า ให้มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ จึงพบว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.8 ในปี 2563)⁷ ซึ่งระดับการศึกษาส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งยังไม่มีกำหนดการเกษียณอายุไว้ ทำให้กำลังคน อสม. มีอายุมากและมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามี อสม. จำนวนไม่น้อยยังมีศักยภาพที่ต่ำ ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสาร มีทัศนคติไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน และยังคงใช้เทคนิคการทำงานแบบเดิมๆ ไม่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข⁸⁻⁹ ดังนั้นการจัดอบรมให้มีการฝึกปฏิบัติจริงรวมทั้งประเมินความรู้และประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะๆ จากครูพี่เลี้ยง ให้ความรู้เสริมในส่วนที่ อสม. ยังขาด และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ จะเป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องต่อบริบทความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม¹⁰

ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรผู้สูงอายุ 21,299 คน มีผู้สูงอายุ 966 คน (ร้อยละ 4.54) มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 265 คน (ร้อยละ 27.43

ของผู้สูงอายุ) มีผู้ป่วยติดบ้าน/ ติดเตียง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 3.11 ของผู้สูงอายุ) โดยมีอัตราการการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี มี อสม. จำนวน 121 คน¹¹ จากการสัมภาษณ์ตัวแทนสุขภาพในชุมชนและลงพื้นที่สำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่า อสม. ได้รับการอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงจากหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขและ รพ.สต. ในพื้นที่ไม่ครบทุกคนและไม่สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงได้จริง ซึ่งหัวข้อความรู้ที่ อสม. ต้องการเพิ่มเติม คือ สาเหตุของการติดบ้าน ติดเตียง อาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและการป้องกัน และหลักการดูแลเบื้องต้น สำหรับทักษะปฏิบัติมี 3 ประเด็น คือ (1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (2) การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ (3) การให้การพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความมั่นใจในการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องจากจำเนื้อหาไม่ได้ ไม่ได้ปฏิบัติทักษะการดูแลเบื้องต้นมาก่อน กอปรกับสภาพการณ์ในชุมชนเป็นแบบกึ่งเมืองที่มีความแตกต่างกันในหลากหลายอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์และไม่รู้จักกัน ทำให้ชุมชนส่วนใหญ่ขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพ ส่งผลให้ อสม. เกิดทัศนคติไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹² ที่ประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ¹²⁻¹³ จะทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงสาเหตุปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหา นั่นๆ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและการร่วมมือกันแก้ปัญหา เพื่อให้ อสม. เกิดความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนมีทักษะปฏิบัติ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. ที่ผ่านโปรแกรมพัฒนาศักยภาพโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะเพิ่มมากขึ้น¹⁴⁻¹⁵

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในชุมชน ผ่าน

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงที่มีประสิทธิภาพ และแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง
2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

สมมติฐานการวิจัย

1. อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ
2. อสม. ผ่านการประเมินทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงร้อยละ 100 ในระดับดี - ดีมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยก่อนทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pre -experimental research: one group pretest – posttest design) มีวิธีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993)¹² ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2564 รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นการค้นพบสภาพการณ์จริงในชุมชน โดยการพิจารณาไตร่ตรองสิ่งที่เผชิญอยู่ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรู้และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ทีมผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. เลือกประเด็นการวิจัยโดยการประสานงานกับผู้อำนวยการและพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. ในเขตตำบลชุมเห็ดถึงปัญหาสาธารณสุขในชุมชน สถิติการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่ อุปสรรคในการดำเนินงานของ อสม. แนวทางการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และแนวทางในการลงพื้นที่ชุมชน

2. ค้นหาปัญหาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนโดยการเยี่ยม

บ้าน และจัดประชุมกลุ่มตัวอย่าง ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. และตัวแทนจากเทศบาลเมืองชุมเห็ดเพื่อหาแนวทางในการร่วมดำเนินงาน

3. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทีมผู้วิจัยนัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายกิจกรรมในภาพรวม ทดสอบความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และบรรยายแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเพื่อฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในห้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีหุ่นจำลอง วัสดุและครุภัณฑ์ที่เสมือนจริง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายและสาธิตตามความเข้าใจก่อน แล้วทีมผู้วิจัยบรรยายเพิ่มเติมให้ครอบคลุมทุกประเด็น

4. ชี้แจงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และข้อตกลงในการร่วมกิจกรรม

5. ปรับปรุงกิจกรรมตามข้อเสนอแนะ พร้อมนัดหมายในสัปดาห์ที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคลในการตรวจสอบและค้นหาสิ่งที่ตนเองสนใจ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 โดยทีมผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในห้องปฏิบัติการพยาบาลตามหัวข้อที่ฝึกปฏิบัติจากขั้นตอนที่ 1

1. แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน ตามพื้นที่ที่อยู่ใกล้เคียงกัน เพื่อสนทนา

2. กลุ่ม ครั้งที่ 1 โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยการวิเคราะห์ตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีแนวคำถามและให้เขียนคำตอบที่ได้ในประเด็นต่อไปนี้ (1) คุณคิดว่าตนเองได้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่รับผิดชอบ ในเรื่องใดที่อยู่แล้ว (2) คุณคิดว่าอะไรทำให้คุณดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่รับผิดชอบในเรื่องนั้นได้ดี (3) คุณคิดว่าคุณดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่รับผิดชอบ ไม่ดีในเรื่องใดบ้าง (4) คุณคิดว่าอะไรทำให้คุณดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่รับผิดชอบ ในเรื่องนั้นไม่ดี

แล้วนำเสนอความคิดเห็นจากกิจกรรมการสะท้อนคิดดังกล่าว ผู้วิจัยประจำกลุ่มสรุปผลจากกิจกรรม ช่วยเหลือให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละคน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. รวมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อสรุปประเด็นความรู้ ปัญหา อุปสรรคที่พบจากการสะท้อนคิดของกลุ่มย่อย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ทีมผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. แบ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยใช้กลุ่มเดิม เพื่อสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 โดยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็นต่างๆ เพื่อร่วมกันวางแผนเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ซึ่งไม่จำเป็นต้องปฏิบัติเหมือนกัน กลุ่มตกลงให้มีการเยี่ยมบ้านด้วยกันเพื่อให้คำแนะนำและกำลังใจต่อกัน

2. ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงช่องทางการขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรดูแลที่มีประโยชน์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวกเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 ทีมผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. จัดสนทนากลุ่มย่อยครั้งที่ 3 โดยใช้กลุ่มเดิม เพื่อสนทนาผลที่ได้จากการปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างแต่ละบุคคลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติ กลุ่มให้ข้อเสนอแนะถ้ายังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

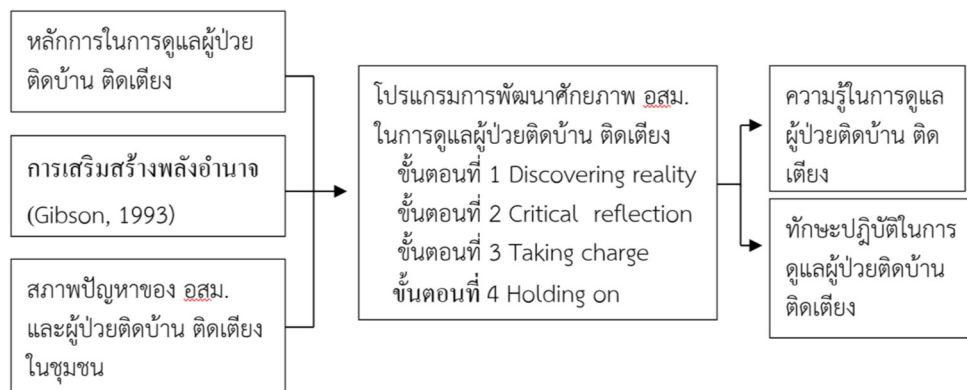
2. กระตุ้นกลุ่มให้มีการชมเชย ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เมื่อปฏิบัติตามแผนได้ดี

3. ทดสอบความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

กรอบแนวคิด (conceptual framework)

การวิจัยก่อนทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนา และศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของ อสม. พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993)¹² ร่วมกับการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับหลักการในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และ

การลงพื้นที่ศึกษาชุมชนเพื่อนำมาวิเคราะห์สภาพปัญหา และความต้องการของ อสม. เพื่อให้ อสม. เกิดความรู้ ตลอดจนมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาในชุมชนเพิ่มมากขึ้น สามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิด ได้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 75 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีจำนวน 30 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย

- 1) เป็น อสม. ที่มีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
- 2) มีระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 3) สนใจเข้าร่วมการวิจัย
- 4) สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 1.1) โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993)¹² ร่วมกับการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการลงพื้นที่

เยี่ยมบ้านเพื่อนำปัญหามาวิเคราะห์ถึงความต้องการของ อสม. และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน คือ (1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินการ 5 สัปดาห์

1.2) อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติของ อสม. ตามทักษะต่างๆ จำนวน 8 ทักษะ โดยทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง¹⁶⁻¹⁹ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปศึกษาและประเมินตนเอง รวมถึงหุ้้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล วัสดุและครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกทักษะปฏิบัติ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. ประสบการณ์การอบรมต่างๆ และจำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ในความรับผิดชอบ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน

ติดเตียง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาความรู้เป็นไปตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในชุมชน และความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบให้เลือกตอบถูก ผิด จำนวน 20 ข้อ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แปลระดับคะแนนตามเกณฑ์การแบ่งระดับการเรียนรู้ของบลูม (Bloom)²⁰ ที่มีเกณฑ์ในการแบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 16 – 20 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีการเรียนรู้ในระดับดี

คะแนน 13 – 15 (ร้อยละ 60.1 – 79.9) หมายถึง มีการเรียนรู้ในระดับปานกลาง

คะแนน ≤ 12 (ร้อยละ 60 และน้อยกว่า) หมายถึง มีการเรียนรู้ในระดับน้อย

2.3) แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการ

ค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง¹⁶⁻¹⁹ โดยมีเนื้อหาเป็นไปตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในชุมชน และความต้องการของกลุ่มตัวอย่างครอบคลุม 3 ประเด็น รวมทั้งหมด 8 ทักษะและมีทักษะย่อย 56 ข้อ ดังนี้ (1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การจัดทำ จำนวน 6 ข้อย่อย การเคลื่อนย้าย จำนวน 5 ข้อย่อย และการบริหารข้อต่างๆ จำนวน 5 ข้อย่อย (2) การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบนเตียง จำนวน 13 ข้อย่อย และการช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร จำนวน 3 ข้อย่อย และ (3) การให้การพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น ได้แก่ การทำแผล จำนวน 10 ข้อย่อย การให้อาหารทางสายยาง จำนวน 8 ข้อย่อย และการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ จำนวน 6 ข้อย่อย รวมทักษะย่อยทั้งหมด จำนวน 56 ข้อ

แบบประเมินทักษะเป็นแบบสังเกตการปฏิบัติ (check list) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน ทีมผู้วิจัยประจำกลุ่มๆ ละ 1 คน คอยสังเกตการณ์ตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดการปฏิบัติในแต่ละทักษะ แล้วบันทึกลงในแบบประเมินรายบุคคลโดยไม่กำหนดระยะเวลา มีน้ำหนักคะแนนเท่ากันทุกข้อ ถ้าปฏิบัติถูกต้องตามขั้นตอนย่อยในทักษะนั้นๆ ได้ 1 คะแนน ถ้าไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ปฏิบัติได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 60 ถือว่าผ่านเกณฑ์ ถ้าปฏิบัติได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างจะต้องทดสอบใหม่จนกว่าจะผ่านการประเมินทุกทักษะ

แล้วนำทุกทักษะมาประเมินเชิงคุณภาพ 4 ระดับ²¹ คือ ดีมาก หมายถึง มีพฤติกรรมครบตามที่กำหนดใช้อ้างอิง

ดี หมายถึง มีพฤติกรรมเกือบครบตามที่กำหนดพอใช้ หมายถึง มีพฤติกรรมที่ต้องได้รับการพัฒนาโดยใช้เวลาพัฒนาระยะหนึ่ง

ควรปรับปรุง หมายถึง ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมได้จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม และคู่มือการปฏิบัติของ อสม. โดยตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมกับบริบทชุมชนโดยทีมผู้วิจัยและอาจารย์พยาบาลในสาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาลและการผู้ใหญ่และการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน และประเมินด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีคุณวุฒิปริญญาเอกด้านการวิจัยและการวัดประเมินผลทางการศึกษา พยาบาลชำนาญการด้านเวชกรรมสังคม และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยให้ปรับลดระยะเวลาจากเดิมที่วางแผนจาก 8 สัปดาห์ เป็น 5 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรม และให้แบ่งกลุ่มดำเนินการเป็นกลุ่มย่อยเท่าๆ กัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ตนเองถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานได้อย่างทั่วถึง ตลอดจนการสรุปผลในภาพรวมแบบกลุ่มใหญ่เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index; CVI) และการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 0.81 และ 0.85 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) โดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้ (try out) กับ อสม. ในชุมชนใกล้เคียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 และ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และทักษะปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ค่าคะแนนของความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติค่าที (dependent T-test)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration)

ทีมวิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ หมายเลขใบอนุญาต เลขที่ 012/ 2564

ผลการวิจัย

1. สร้างโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

โดยนำข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่า อสม. ร้อยละ 93.5 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 52 ปี จบการศึกษา

ระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.7 มีระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 3.7 ปี มีประสบการณ์การอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 87.1 และหลักสูตรอื่นๆ ร้อยละ 12.9 มาพัฒนาโปรแกรมขึ้น มีผลการศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และทักษะการปฏิบัติจากทีมผู้วิจัยมีเนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ได้แก่สาเหตุของการติดบ้าน ติดเตียง อาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนติดเตียงและหลักการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และทักษะปฏิบัติครอบคลุม 3 ประเด็น คือ (1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การจัดทำ การเคลื่อนย้าย และการบริหารข้อต่างๆ (2) การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบนเตียง และการช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร และ (3) การให้การพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น ได้แก่ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง และการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ รวมทั้งหมด 8 ทักษะ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้คัดเลือกหัวหน้ากลุ่ม และกำหนดข้อตกลงร่วมกันที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามที่ทีมผู้วิจัยกำหนดทุกครั้ง โดยมีเป้าหมายคือ เพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่พบในชุมชนไปประยุกต์ใช้ได้จริง และต้องการเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติให้เกิดการยอมรับจากชุมชนอีกทางหนึ่งด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณผ่านกิจกรรมวิเคราะห์ตนเองจากคำตอบที่ได้ในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและปฏิบัติทักษะได้ดียิ่งแล้ว และยังไม่เข้าใจหรือปฏิบัติทักษะยังไม่ได้ รวมถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุดังกล่าว แล้วนำเสนอในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาตนเองและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนว่ามีความรู้มากขึ้นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง แต่ด้านทักษะปฏิบัติยังไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด โดยเฉพาะทักษะที่มีความซับซ้อน เช่น การทำแผล และการให้อาหารทางสายยาง ต้องการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความมั่นใจจนกระทั่งสามารถแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงได้

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ผ่านกิจกรรมการสนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันวางแผนแนวปฏิบัติที่เหมาะสมของกลุ่มและของบุคคล โดยข้อตกลงของกลุ่มคือ ให้มีการเยี่ยมบ้านร่วมกันในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อช่วยกันให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มได้ตกลงวัน เวลา ร่วมกัน รวมทั้งให้ความช่วยเหลือ อสม. ที่ยังไม่มีประสบการณ์โดยการเป็นพี่เลี้ยงแบบพี่สอนน้อง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผ่านกิจกรรมการสนทนากลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ เพื่อสรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติ มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ ข้อเสนอแนะ และเสริมแรง เช่น คำชมเชยเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลผู้ป่วยและสามารถสาธิตทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่มีในชุมชนมาดูแลผู้ป่วย เช่น เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้ผ้าห่มมารองเสื่อที่ผู้ป่วยนั่งเพื่อหนุนแรง การบริหารข้อโดยโยนเชือกจากเพดานบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยดึง การแนะนำหลานผู้ป่วยให้ช่วยสังเกตอาการผิดปกติเมื่อผู้ดูแลหลักต้องออกไปขายของนอกบ้าน เป็นต้น

2. ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง การประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

ติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังเข้าโปรแกรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.97$, S.D. = 1.54) เป็นระดับดี ($\bar{X} = 16.07$, S.D. = 2.32) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. (N = 30)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง	$\bar{X}$ (S.D.)	t	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	12.97 (1.54)	-7.13	< 0.001
หลังเข้าโปรแกรม	16.07 (2.32)		

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงของ อสม. (N = 30)

ทักษะ	จำนวน ทักษะย่อย (ข้อ)	ผู้ผ่านการประเมิน		ผ่านการประเมิน เกณฑ์ระดับดี (ร้อยละ)
		ครั้งที่ 1 จำนวน (ร้อยละ)	ครั้งที่ 2 จำนวน (ร้อยละ)	
1. การจัดทำ	6	25 (83.33)	5 (16.67)	100
2. การเคลื่อนย้าย	5	27 (90.0)	3 (10.0)	100
3. การบริหารข้อต่างๆ	5	30 (100.0)	-	100
4. การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบนเตียง	13	25 (83.33)	5 (16.67)	100
5. การช่วยเหลือการรับประทานอาหาร	3	30 (100.0)	-	100
6. การทำแผล	10	9 (30.0)	21 (70.0)	100
7. การให้อาหารทางสายยาง	8	12 (40.0)	18 (60.0)	100
8. การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	6	21 (70.0)	9 (30.0)	100

อภิปรายผล

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน มีเนื้อหาสอดคล้องกับความต้องการของ อสม. และสภาพชุมชน ผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยการแบ่งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย ร่วมกับการสรุปเนื้อหาทุกครั้งทำให้การเรียนรู้ที่ติดมากขึ้น เนื่องจาก อสม. อยู่ในวัยกลางคนถึงสูงอายุ ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา โดย อสม. ให้ความสนใจและ

การประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผลการประเมินทั้ง 8 ทักษะ พบว่า ทักษะที่ อสม. สามารถผ่านการประเมินโดยการปฏิบัติเพียง 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 ได้แก่ การบริหารข้อต่างๆ และการช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร และทักษะที่ต้องประเมินซ้ำในครั้งที่ 2 โดยเรียงลำดับทักษะที่ผ่านการประเมินจากมากไปน้อย ได้แก่ การเคลื่อนย้าย การจัดทำ และการทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบนเตียง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยาง และการทำแผล โดยหลังจากฝึกปฏิบัติและทำการประเมินซ้ำ กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถปฏิบัติได้ถูกทุกข้ออย่างถูกต้องในระดับดี ดังตารางที่ 2

ตั้งใจในการมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม จากการสังเกตพฤติกรรม การเรียนรู้พบว่ามีความกระตือรือร้น ใฝ่หาความรู้จากทีมผู้วิจัย ชักถามข้อสงสัยที่ตนเองประสบจากการปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนความคิด และอภิปรายปัญหา อุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมประเมินติดตามผล การดำเนินงาน แสดงให้เห็นว่า อสม. มีพลังอำนาจในตนเอง เนื่องจากมีความตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ มีความมุ่งมั่นในการ

แก้ปัญหาด้วยตนเอง หากยังพบว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็จะนำมาอภิปรายเพื่อให้กลุ่มช่วยหาแนวทางการดำเนินงาน ทั้งนี้ยังมีการให้กำลังใจ ชื่นชมกันเป็นระยะๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้^{8,14-15,22}

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง สอดคล้องกับ

สมมติฐานการวิจัยที่พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ และสามารถฝึกทักษะและผ่านการประเมินทั้ง 8 ทักษะในระดับดี ซึ่งในแต่ละทักษะจะมีความยากง่ายแตกต่างกัน โดยในทักษะที่มีขั้นตอนของทักษะย่อยหลายข้อและต้องใช้หลักการที่ยาก ซับซ้อน เช่น ทักษะการทำแผล และทักษะการให้อาหารทางสายยาง อสม. จะใช้การฝึกปฏิบัติหลายครั้งจนเกิดความชำนาญจนกว่าจะสามารถสอบผ่านทักษะดังกล่าวนี้ จากการที่ อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้เข้าร่วมรับฟังความรู้ ฝึกทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่ตนเองประสบปัญหาจากการปฏิบัติงาน และนำมาพิจารณาในแง่มุมต่างๆ ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่มเพื่อให้เกิดความเข้าใจอันจะนำไปสู่การตั้งเป้าหมายและแก้ปัญหาพร้อมกัน ตลอดจนได้รับคำชื่นชม ให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นระยะๆ มีการตั้งกติกางานร่วมกันแบบพี่สอนน้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกมีพลังในความรู้ความสามารถและมีพลังในการปฏิบัติหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการวางแผน มีการคิดวิเคราะห์ รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขจากสภาพปัญหาที่ตนเองประสบในสภาพจริง ตลอดจนวางแผนแนวทางการดำเนินงานด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนร่วมกัน ทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหามากยิ่งขึ้น และร่วมกันคิดหาแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ จะส่งผลให้มีความรู้และการปฏิบัติทักษะเพิ่มขึ้น¹⁴⁻¹⁵ โดยเฉพาะการใช้ศักยภาพปฏิบัติงานที่ตอบโจทย์ปัญหาในชุมชน จะเป็นแรงเสริมให้ อสม. ปฏิบัติงานได้อย่างภาคภูมิใจและให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชนต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยและสถานะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยร่วมด้วยอันจะส่งผลลัพธ์ที่เป็นประจักษ์เพิ่มมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการขยายผลไปยังบริบทอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถขยายผลการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชนได้กว้างขวางมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. นนทบุรี: กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมอบประจำบ้าน. นนทบุรี: มาตมก กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. รายงานประจำปีสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2565 เมษายน 22] เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary-report>
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566 – 2570. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 27] สืบค้นจาก เข้าถึงได้จาก: <https://www.nesdc.go.th>
6. ธรรมนูญ บริสุทธิ. การศึกษาสถานการณ์และทิศทางการพัฒนา อสม. ในยุคประเทศไทย 4.0. นนทบุรี: กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพปี พ.ศ. 2563; 2563.
7. วิเชียร เทียนจรรพณา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และสายสมร วชิระประพันธ์. แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต. ว.วิชาการสาธารณสุข. 2564;30(2): 353-366.

8. ชนิดา เตชะปัน, สิวลี รัตนปัญญา และสามารถ ใจเตี้ย. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2562; 9(1): 17-23.

9. คมสันต์ ธงชัย และสุชาตามณี บุญจรัส. การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่. 2560; 9(3): 206-220.

10. ปิยรัตน์ ชูมี และ จิราพร อุดมกิจพัฒน์. ความรู้ด้านโรคเรื้อรังและสมรรถนะในการให้บริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 2564; 7(4): 277-293

11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู. แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลเมืองชุมเห็ด. 2563.

12. Gibson, C. H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;21(6): 1201-1210.

13. วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. 2555; 2(2): 14-20.

14. กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และประจวบ แหลมหลัก. ผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. ว.มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. 2561; 25(1): 275-290.

16. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. ว.พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2558; 26(1): 119-132.

16 คณะทำงานพัฒนาคู่มือการดูแลระยะยาว: ผู้ป่วยติดบ้าน/ ติดเตียง. คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับทีมหมอกรอบครัว. 2559. กรุงเทพฯ: บริษัท ไชเบอร์พริ้นท์ กรุ๊ป จำกัด.

17. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ (LTC). 2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

18. สุภาณี เสนาดีสัย และวรรณภา ประไพพานิช. (บรรณาธิการ). การพยาบาลพื้นฐาน ปรับปรุงครั้งที่ 2. 2563. กรุงเทพฯ: บริษัท จุฑาทอง จำกัด.

19. Taylor, Carol. and others. *Fundamentals of nursing the art and science of nursing care*. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2018.

20. Bloom, B.S. *Taxonomy of Education*. David McKay Company Inc., New York; 1975.

21. ประวีณา เอี่ยมยี่สุน. การประเมินผลการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain Assessment). ว.วิทย์พัฒนาศิลป์ บัณฑิตศึกษา. 2564;1(2): 18-32.

22. วิภารัตน์ เบ็ญจมาศ การสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชนดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานบ้านหนองบัว ตำบลลาดบัวขาว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2560;23(1): 31-43.