



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการการพัฒนาาระบบสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ
สำหรับผู้ดูแลในชุมชน

Development of Geriatric Life Support system
of Caregiver in Community



ผู้วิจัย

ผศ.ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตரியง

ผศ.ดร.ทัศนีย์ สุนทร

นพ.จารุวัฒน์ สำลีพันธ์

พว.เนาวรัตน์ ชุศร

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดี

สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead)
ด้านสังคม : แผนงานระบบบริการสุขภาพ โดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ชื่อวิจัย: การพัฒนาระบบสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน

ผู้วิจัย: ผศ.ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตரிய
ผศ.ดร.ทัศนีย์ สุนทร
นพ.จารุวัฒน์ สำลีพันธ์
พว.เนาวรัตน์ ชูศร

ออกแบบและพิมพ์: อรุณวดี กรรมสิทธิ์

จัดทำโดย: หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
239 ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่
โทรศัพท์ 0 5394 2504

พิมพ์ครั้งแรก: ตุลาคม 2565

พิมพ์ที่: บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด
โทรศัพท์ 0 5321 6962

สนับสนุนโดย: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

คำนำ

การพัฒนาาระบบสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน มีความมุ่งหวังในการสนับสนุนชุมชนท้องถิ่นที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในพื้นที่ห่างไกลและมีความยากลำบากทั้งด้านการคมนาคม และการติดต่อสื่อสาร การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในเขตอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เขาสูง ซึ่งเป็นถือเป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนาอันนำไปสู่การถ่ายทอดและเป็นต้นแบบของพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันของประเทศไทย กระบวนการวิจัย มุ่งเน้นการทำ ความเข้าใจสภาพปัญหาและดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง โดยอาศัยกลไกความร่วมมือของพื้นที่ ผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนท้องถิ่น ในประเด็น การช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง การช่วยเหลือเบื้องต้น และการขอความช่วยเหลือ โดยดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพอันนำมาสู่การลดอัตราการความพิการและการตายในอนาคต

คณะผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดี จากท้องถิ่น อำเภอวิภาวดี ทั้งในระดับหน่วยราชการ ได้แก่ อำเภอวิภาวดี สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง รวมถึงหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน รวมถึงทีมอาสาสมัคร และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต่างมุ่งมั่นในการดำเนินงาน ทั้งการร่วมกันออกแบบระบบสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพ และการเข้าเฝ้าเพื่อพัฒนาสมรรถนะในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน คณะผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณในความเสียสละและทุ่มเทของผู้ร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ในทุกกระบวนการเป็นอย่างสูง และคณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลลัพธ์จากโครงการวิจัยนี้ ได้แก่ 1) หลักสูตรเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล 2) แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพอำเภอวิภาวดี และ 3) อาสาสมัครผู้ผ่านการอบรมการฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 40 ราย จะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถต่อยอดเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไปในอนาคต

คณะผู้วิจัย
ตุลาคม 2565

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ในพื้นที่อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาความต้องการ 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การทดลองใช้ และ 4) การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกรดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวน 25 ราย บุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 16 ราย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ และแบบสอบถามประเมินความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์มูลเชิงเนื้อหา สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณได้มีการนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ประกอบด้วย 1) หลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ที่มีการให้ความรู้แบบผสมผสานทั้งการให้ความรู้ภาคทฤษฎีด้วยการบรรยาย การฝึกภาคปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง การปฏิบัติทบทวนทักษะรูปแบบฐานปฏิบัติการ และการปฏิบัติเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน และ 2) รูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ภายหลังจากนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง ก่อน และหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 4 ระยะ ($F_{(1, 39)} = 4622.348$, $P < .01$; $F_{(1, 39)} = 6423.913$, $P < .01$; $F_{(1, 39)} = 35998.594$, $P < .01$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุที่เน้นการประยุกต์สถานการณ์ตามวิถีชีวิตชุมชน และเน้นการปฏิบัติที่มีความต่อเนื่องส่งเสริมให้มีการยกระดับศักยภาพของคนในชุมชนเพื่อสนับสนุนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพนอกโรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำสู่การขยายผลในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในพื้นที่ตามหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นการสนับสนุนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ระบบสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพ, ผู้สูงอายุ, ผู้ดูแล, ชุมชน

ABSTRACT

This study was study type Research and Development. Objective was to develop guidelines assisting resuscitation geriatric for caregivers in community in area of Vibhavadi district, Surat Thani province study divided into 4 phases which were 1)study needs 2)design and development 3)trial and 4)evaluation selected sample group type specific including representative from community who involved in caring and helping when emergency situation occurred amount 25 persons, personnel with knowledge and experience in medical emergency amount 16 persons and caregiver geriatric 40 persons. Tools used in collecting data including questions in interview and questionnaire evaluating knowledge, confidence and ability in surveillance life threatening of caregiver geriatric. There was analysis qualitative data by content analysis, for quantitative data, it was analyzed by using descriptive statistics and Repeated Measures ANOVA.

Research results found that guidelines assisting resuscitation geriatric for caregiver in the community consisted of 1)course for surveillance and helping emergency condition geriatric for caregiver which provided knowledge type combination of providing knowledge theory by lecturing, training practical via scenarios, practice repeated skill type practice base and practice connecting guidelines in resuscitation geriatric for caregiver in the community and 2) type resuscitation geriatric for caregiver in the community after bringing guidelines developed to use found that average knowledge, confidence and ability in surveillance life threatening of caregiver geriatric between before and after using guidelines assisting resuscitation geriatric for caregiver in the community in week 1, week 4 and week 8 found that had difference significantly in all 4 stages ($F_{(1, 39)} = 4622.348$, $P < .01$; $F_{(1, 39)} = 6423.913$, $P < .01$; $F_{(1, 39)} = 35998.594$, $P < .01$ respectively). Research results demonstrated that development course of surveillance and rescue condition life threatening geriatric which emphasized on modification situation according to way of life of the community and emphasized practice continuously to promote upgrading of people in the community to assist system resuscitation outside the hospital which could be expanded in development potential of people in the area following course developed to assist system resuscitation in the community further.

Key words: system assisting resuscitation, geriatric, caregiver, community

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| คำนำ | ก |
| บทคัดย่อ | ข |
| ABSTRACT | ค |
| สารบัญ | ง |
| สารบัญรูปภาพ | จ |
| สารบัญตาราง | ฉ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| 1. ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา | 1 |
| 2. วัตถุประสงค์การวิจัย | 2 |
| 3. คำถามการวิจัย | 3 |
| 4. สมมติฐานทางการวิจัย | 3 |
| 5. นิยามศัพท์ | 3 |
| บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม | 5 |
| 1. สถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี | 5 |
| 2. การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี | 6 |
| 3. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการช่วยฟื้นคืนชีพในชุมชน | 7 |
| 4. กรอบแนวคิดการวิจัย | 9 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 12 |
| 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 12 |
| 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 13 |
| 3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง | 15 |
| 4. ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล | 16 |
| 5. การวิเคราะห์ข้อมูล | 18 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล | 19 |
| 1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 19 |
| 2. การอภิปรายผล | 35 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ | 40 |
| 1. สรุปผลการวิจัย | 40 |
| 2. ข้อจำกัดการวิจัย | 42 |
| 3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ | 42 |
| เอกสารอ้างอิง | 44 |
| ภาคผนวก ก แบบสอบถามประเมินความรู้ฯ | 51 |
| ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์กลุ่ม | 57 |
| ภาคผนวก ค หลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล | 66 |
| ภาคผนวก ง สถานการณ์จำลอง (Scenario) | 76 |
| ภาคผนวก จ เอกสารชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง | 72 |
| ภาคผนวก ฉ เอกสารแสดงความยินยอม | 81 |
| ภาคผนวก ช ขั้นตอนดำเนินการวิจัย | 82 |
| ภาคผนวก ซ กำหนดการการอบรมหลักสูตรเฝ้าระวังฯ | 84 |
| ภาคผนวก ฌ ประวัตินักวิจัย | 85 |

สารบัญรูปภาพ

| ภาพ | | หน้า |
|-----|---|------|
| 1 | กรอบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดการเรียนรู้ของบลูม | 10 |
| 2 | กรอบแนวคิดการวิจัย | 11 |
| 3 | แนวคิดหลักสูตรการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน | 24 |

สารบัญตาราง

| ตาราง | | หน้า |
|-------|---|------|
| 1 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่ในชุมชน | 21 |
| 2 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 จำแนกตาม เพศ อาชีพ หน่วยงาน/สังกัด | 24 |
| 3 | จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ หน้าที่พิเศษในชุมชน ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน และจำนวนครั้งของประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน | 25 |
| 4 | เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ | 29 |
| 5 | เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 | 27 |
| 6 | เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ | 28 |
| 7 | เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 | 28 |
| 8 | เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ | 29 |
| 9 | เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 | 29 |
| 10 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ | 30 |

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตและลดความพิการ ทูพลภาพได้ (Myat et al., 2018) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่ออาการกำเริบและความผิดปกติของสัญญาณชีพทำให้ต้องเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิต (Andersen et al., 2016) ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรอดชีวิต ได้แก่ ญาติ ผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิด ผู้พบเห็นเหตุการณ์ขณะที่มีอาการกำเริบรุนแรง หรืออาการแยลงจนหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมในการเรียกขอความช่วยเหลือ การช่วยเหลือเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาล (Rhee et al., 2020) และหากต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ มีการช่วยเหลือโดยใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator, AED) (Limesuriyakan, 2018) การกดหน้าอกทันทีเมื่อพบว่าหมดสติ (Bystander CPR) จะช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตสูงตามลำดับ (Rhee et al., 2020)

สำหรับระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System) ในการช่วยเหลือฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย มีการขับเคลื่อนระดับนโยบายในการบริการที่มีลักษณะ “เชื่อมโยงบริการในสถานพยาบาลไปจนถึงบ้านผู้ป่วยตอบสนองการเจ็บป่วยเฉียบพลันแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มุ่งให้เกิดระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless care)” ถึงแม้ว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยยังคงมีข้อจำกัดในหลาย ๆ ด้านทั้งทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์หรือด้านเทคโนโลยีที่สนับสนุนการบริการ (Sittichanbuncha et al., 2014) ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลแม่ข่าย สถานบริการสาธารณสุข ทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉิน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มภาคีเครือข่ายภาคสังคม ชุมชน ตลอดจนครอบครัวผู้ดูแล ทั้งนี้จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Suriyawongpaisal et al., 2019) สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บฉุกเฉินในสวนภูมิภาคนั้น อาศัยความร่วมมือของชุมชนเป็นฐาน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยในครัวเรือนร่วมกับลูกหลานและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ดังนั้นปัญหาที่ถูกสะท้อนและเป็นมุมมองของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว พบว่าความไม่มั่นใจในการประเมิน ขาดความรู้ ทักษะ และเครื่องมือในการช่วยตัดสินใจ ยืนยันได้ว่าผู้สูงอายุอาการคงที่หรือแยลง แม้กระทั่งรุนแรงวิกฤตคุกคามชีวิตก็กังวลในการพูดคุย สื่อสาร ขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานของภาครัฐ (Soontorn et al., 2020) การสนับสนุน ส่งเสริม สมรรถนะผู้ดูแล หรือแกนนำในชุมชนให้สอดคล้องตามบริบทเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน

การศึกษานี้ ทำการศึกษานำร่องการพัฒนาแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน เขตอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูงเชิงเขา เส้นทาง

การคมนาคม มีความคดเคี้ยวและห่างไกลจากระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลวิภาวดี และพบว่า การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความยากลำบากในหลายพื้นที่ เช่น พื้นที่ ต.ตะกุกเหนือ และ ต.คลองมด ส่งผลให้ประชาชนต้องใช้ระยะเวลานานมากกว่า 1 ชั่วโมง เพื่อเข้ารับการรักษาในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับความเสี่ยงการเกิดความรุนแรงของโรคที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงที โดยเฉพาะ 2 โรคหลัก ที่คุกคามชีวิตส่งผลกระทบต่อความพิการและเสียชีวิตได้บ่อยในพื้นที่ ได้แก่ เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง และจำเป็นต้องทำการส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อ ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่มีระยะทางในการส่งต่อยาวนานมากกว่า 1 ชั่วโมง จากปัจจัยดังกล่าวทำให้เห็นว่า การพัฒนาแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ และการตัดสินใจ การช่วยเหลือเบื้องต้น และการเชื่อมต่อระบบการส่งต่อสู่สถานบริการสุขภาพหลักในพื้นที่ มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียที่อาจตามมา

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้มุ่งพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุรวมถึงผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยเน้น สมรรถนะการประเมินภาวะคุกคามชีวิต การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน และการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ อีกทั้งมุ่งออกแบบให้เกิดแนวทางการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังศูนย์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) นำข้อมูลที่ส่งต่อเข้าสู่การบริหารจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ มีการเชื่อมต่อระบบเพื่อการช่วยเหลือระหว่างชุมชน หน่วยบริการทางสุขภาพในพื้นที่และโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี คาดหวังให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มสูงขึ้นจากความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยฟื้นคืนนอกโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสู่การเข้าถึงระบบช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินระดับสูงต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน
3. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน
4. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน

3. คำถามการวิจัย

1. แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนมีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนเป็นอย่างไร
3. ความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนเป็นอย่างไร
4. สมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนเป็นอย่างไร

4. สมมติฐานทางการวิจัย

1. คะแนนความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อน และภายหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกัน

2. คะแนนความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อน และภายหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกัน

3. คะแนนสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อน และภายหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกัน

5. นิยามศัพท์

หลักสูตรเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล หมายถึง หลักสูตรการอบรม ซึ่งผ่านการพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการศึกษาบริบทเชิงพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นหลักสูตรที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการประเมิน เฝ้าระวัง ช่วยเหลือเบื้องต้น และประสานเชื่อมต่อการช่วยเหลือระหว่างระบบบริการสำหรับพื้นที่ห่างไกล เนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สัญญาณเตือนก่อนหัวใจหยุดเต้น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยมีรูปแบบการอบรมผสมผสาน การศึกษาด้วยตัวเองผ่านสื่อ ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ การอบรมให้ความรู้โดยวิทยากร การฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง (Case Scenario) และการฝึกทบทวนความรู้และทักษะในรูปแบบฐานปฏิบัติการ (OSCE) รวมจำนวนระยะเวลาของหลักสูตรทั้งสิ้น 24 ชั่วโมง แบ่งเป็นระยะพัฒนาศักยภาพ 8 ชั่วโมง ระยะทบทวนสมรรถนะ การเชื่อมต่อแนวทางและติดตามผล 16 ชั่วโมง

ความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิต หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สัญญาณเตือนก่อนหัวใจหยุดเต้น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

ความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิต หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในการตัดสินใจและการช่วยเหลือเบื้องต้น หากประสบเหตุฉุกเฉินหรือภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ/คนในครอบครัว หรือชุมชน โดยสามารถตัดสินใจให้การ ดูแลเบื้องต้นและขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานทางสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว

สมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิต หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติการในการประเมินอาการเบื้องต้นจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน ได้แก่ อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการเตือนก่อนหัวใจหยุดเต้น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน หรือทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ เช่น อสม. ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Care giver, CG) และผู้ที่สมัครใจอาสาสมัครเข้าอบรมหลักสูตร 24 ชั่วโมง (ทฤษฎีและปฏิบัติ)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน โดยแบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาความต้องการ 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การทดลองใช้ และ 4) การประเมินผล ศึกษาในพื้นที่อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกล การทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการช่วยฟื้นคืนชีพในชุมชน

1. สถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

จากจำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในจังหวัดสุราษฎร์ธานีส่งผลให้ระบบสาธารณสุขมีความจำเป็นในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มาพร้อมกับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความจำเป็นในการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้สูงอายุ ความเสื่อมที่เป็นไปตามระยะเวลาและกลไกการเปลี่ยนแปลงของร่างกายส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ รวมถึงโครงสร้างของผู้สูงอายุมีการทำงานที่ถดถอยลง และกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอันเกิดจากพฤติกรรมที่ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการประเมินและดูแลสุขภาพที่มีความแตกต่างของกลุ่มผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะความเสื่อมของร่างกายร่วมกับภาวะโรคร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทยที่พบได้สูง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น จากประเด็นดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว พบว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งรูปแบบของการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตก หกล้ม หรือการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม ที่อาจเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของคนผู้สูงอายุตามมาได้

จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี ปี 2565 พบว่า อำเภอวิภาวดีมีผู้สูงอายุจำนวน 1,586 ราย ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวานจำนวน 1,264 ราย (จัดเป็นยอดตามทะเบียนผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี จำนวน 1,264 ราย ข้อมูลจาก HCD จำนวน 570 ราย และที่ดูแลอยู่จำนวน 485 ราย) โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,422 ราย (จัดเป็นยอดผู้ป่วยตามทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลวิภาวดี จำนวน 2,422 ราย ข้อมูลจาก HDC จำนวน 1,337 ราย และที่ดูแลอยู่จำนวน 929 ราย) ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญ ของหน่วยบริการทางสุขภาพในพื้นที่จำเป็นต้องวางแผนในการดูแลทั้งมิติของการส่งเสริมสุขภาพป้องกันสุขภาพการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินประกันชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอวิภาวดี พบว่า ส่วนใหญ่มาด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 6 ราย และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเฉียบพลันเฉียบพลัน 3 ราย อุบัติการณ์โรคดังกล่าว พบว่า อัตราการพิการและอัตราการตายสูง เนื่องจากสภาพพื้นที่การเกิดโรคของประชาชนส่วนใหญ่เกิดในพื้นที่ที่ห่างไกลการเข้าถึงบริการสุขภาพ จะมียังพบว่า การตัดสินใจของญาติผู้ดูแลถึงภาวะความฉุกเฉินเร่งด่วนหรือการประเมินเบื้องต้นในการ

ขอความช่วยเหลือหรือเข้ารับการรักษาจากหน่วยงานทางสุขภาพ ยังเป็นอุปสรรคและความท้าทายเนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถตัดสินใจต่อสถานการณ์ความเร่งด่วนและการให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพอาการและความรุนแรงของโรคที่มีความแตกต่างกันออกไปได้

จากสภาพปัญหาขั้นต้น หน่วยงานโรงพยาบาลวิภาวดี ได้เห็นถึงความสำคัญและพยายามหากลวิธีในการแก้ไขโดยการดำเนินโครงการเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลในชุมชนให้มีความรู้ และสามารถประเมินอาการและตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในประเด็นของการประเมินอาการบ่งชี้ ที่จำเป็นต้องให้ผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลโดยรวดเร็ว อย่างไรก็ตามกิจกรรมหรือโครงการยังไม่ครอบคลุมในประเด็นของการพัฒนาสมรรถนะในการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมถึงการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ดูแลหรือประชาชนโดยทั่วไป จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งประชาชนในชุมชนหรือพื้นที่ที่มีความห่างไกลซึ่งจะช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการดูแลเบื้องต้น และทำการส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและ ความปลอดภัยจนถึงการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

2. การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีมี เป็นอำเภอที่มีภูมิประเทศเป็นพื้นที่ภูเขาสูง เส้นทางคมนาคมส่วนใหญ่นั้นเป็นเส้นทางที่มีความคดเคี้ยว มีความยากลำบากในการสัญจรนักการเดินทางโดยทั่วไปของประชาชนในพื้นที่และในเขตพื้นที่ห่างไกลสภาพเส้นทางเดินทางเป็นพื้นผิวถนนดินแดง และทางลูกรัง นับเป็นอุปสรรคในการคมนาคม จากประเด็นเรื่องของลักษณะภูมิประเทศในพื้นที่ที่มีความห่างไกลที่มีลักษณะเฉพาะ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายขอบอำเภอและอยู่ในชุมชนห่างไกล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือต้องการการเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วนส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการได้รับการดูแลจากหน่วยงานทางสุขภาพ โรงพยาบาลวิภาวดีคือหน่วยบริการระดับทุติยภูมิที่ดูแลครอบคลุมประชากรทั้งหมดของอำเภอวิภาวดี มีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 3 แห่ง กระจายครอบคลุมในเขตพื้นที่ 2 ตำบล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะกุกเหนือ ตั้งอยู่ที่หมู่ที่ 12 ตำบลตะกุกเหนือ ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะกุกใต้ ตั้งอยู่ที่หมู่ที่ 4 ตำบลตะกุกใต้ ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองใส ตั้งอยู่ที่หมู่ที่ 8 ตำบลตะกุกเหนือ เปิดให้บริการการรักษาโรคเบื้องต้นที่ไม่มีความรุนแรง ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินประชากรส่วนใหญ่ ที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่มีความห่างไกลทุกรันดารหรืออยู่บนพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยากลำบาก สัญญาณโทรศัพท์ไม่ชัดเจนการขอความช่วยเหลือจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 ไม่สามารถทำได้ จึงเป็นที่มา ที่ต้องทำการนำคนเจ็บป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลวิภาวดีโดยญาติผู้ดูแลหรือคนในชุมชน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม เขตอำเภอวิภาวดีมีหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพเบื้องต้น (Emergency Medical Responder: EMR) 4 แห่ง ได้แก่ 1.หน่วยบริการกู้ชีพเบื้องต้นหน้าตลาด 2.หน่วยบริการกู้ชีพเบื้องต้นบ้านท่านหญิง(ปัจจุบันงดให้บริการชั่วคราวเนื่องด้วยสถานการณ์การระบเปิดของผู้ป่วยโควิด 19) 3.หน่วยบริการกู้ชีพเบื้องต้นบ้านเกาะใหญ่ 4.หน่วยบริการกู้ชีพเบื้องต้นกุศลศรีท้าววิภาวดี แต่อาจไม่ครอบคลุมและกระจายตัวได้ครอบคลุมพื้นที่ที่สามารถทำให้เข้าถึงกลุ่มประชากรที่มีความเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลได้ทั้งหมด รวมถึงสมาชิกในหน่วยบริการดังกล่าวข้างต้นยังไม่ได้รับการอบรมเพื่อขอขึ้นทะเบียนและทั้ง 3 หน่วยบริการกู้

ชีพเบื้องต้นเพิ่งก่อตั้งเป็นหน่วยบริการยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนที่ถูกต้อง เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ต้องชะลอการจัดอบรมจากทางสำนักงานสาธารณสุขสุราษฎร์ธานีไว้ก่อน

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินและคุกคามต่อชีวิตไม่สามารถได้รับการช่วยเหลือจากทีมแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างครอบคลุมและทันเวลาจากสภาพปัญหาพื้นที่และความยากลำบากในการเข้าถึงรวมถึงอุปสรรคในการติดต่อขอความช่วยเหลือปัญหาของสัญญาณโทรศัพท์ที่มีข้อจำกัดในหลักในพื้นที่ การตัดสินใจนำส่งขึ้นอยู่กับผู้ดูแลและคนในชุมชนเป็นหลักจากการประเมินและให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่สายเวชปฏิบัติแนะนำเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลวิภาวดีพูดว่าการนำส่งผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในพื้นที่อำเภอวิภาวดีคิดว่าญาติผู้ดูแลหรือคนในชุมชนใช้วิธีการนำส่งโรงพยาบาลด้วยตนเองและขอใช้รับบริการ 1669 หรือหน่วยกู้ภัยในพื้นที่ค่อนข้างน้อยและยังพบว่าการนำส่งมีการเคลื่อนย้าย และการดูแลระหว่างการนำส่งที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสมผลกระทบต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยและอัตราการรอดชีวิตของผู้เจ็บป่วยมีเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย และจากการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในพื้นที่ ในการจัดประชุม เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2564 ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอวิภาวดียังมีข้อจำกัดในเรื่องบริบทของพื้นที่ , ความรู้ความเข้าใจของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาการและอาการแสดงของกลุ่มโรคฉุกเฉิน รวมทั้งทักษะในการตัดสินใจในการเรียกใช้บริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินคุกคามชีวิต จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าเมื่อเกิดสถานการณ์ดังกล่าวขึ้นประชาชนส่วนใหญ่ ใช้การนำส่งผู้ป่วยด้วยตนเอง และ การเลือกใช้บริการหน่วยกู้ชีพในพื้นที่พบ ในกรณี อุบัติเหตุทางจราจรเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม นั้น มีการใช้บริการน้อย และอีกทั้ง พื้นที่ที่ยังไม่มีระบบการประสานงาน หรือแนวทางที่ทำให้ประชาชนเข้าใจและใช้บริการอย่างเป็นระบบ จากสภาพปัญหาข้างต้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานรวมถึงการประเมินการตัดสินใจการขอความช่วยเหลือเชื่อมต่อกับหน่วยงานทางสุขภาพ เพื่อให้สามารถนำส่งผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมีการดูแลระหว่างการส่งต่อเนื่องถูกต้องและได้รับการรักษาต่อยังหน่วยงานที่มีศักยภาพสูงตามลำดับ

3. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการช่วยฟื้นคืนชีพในชุมชน

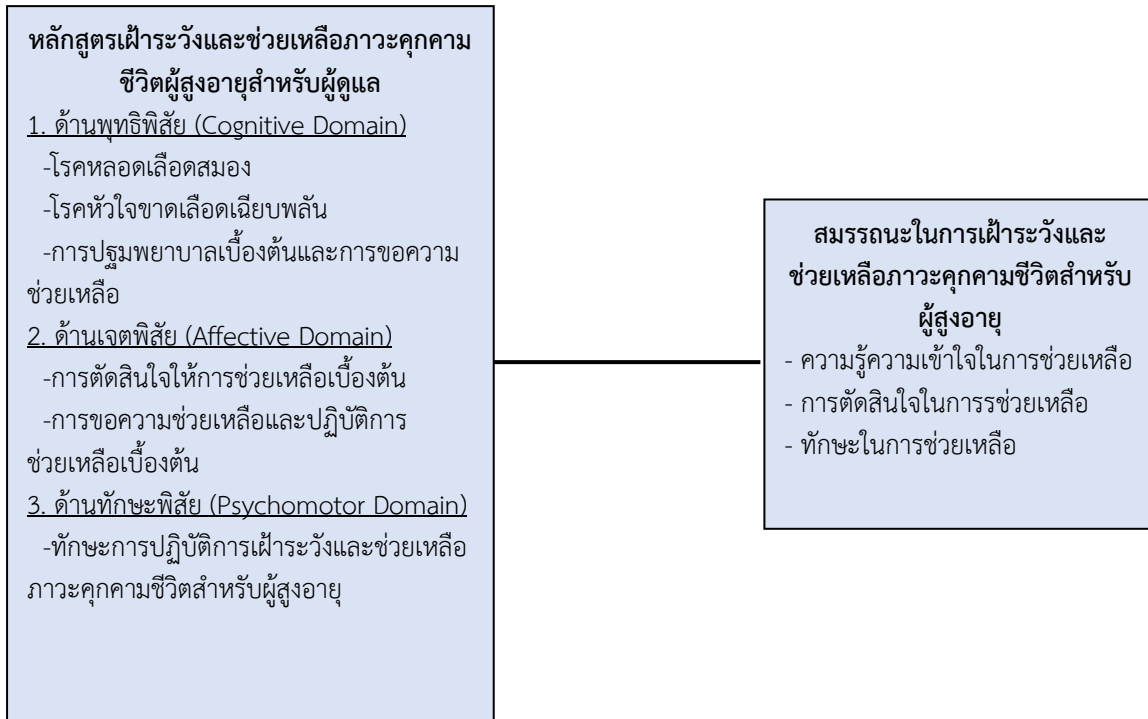
จากการศึกษาสถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ อำเภอวิภาวดี และสถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ญาติผู้ดูแลขาดทักษะการตัดสินใจในการขอความช่วยเหลือ มีการนำสถานบริการส่งโดยคนในครอบครัวและชุมชน การเข้าถึงของหน่วยแพทย์ฉุกเฉินหลายพื้นที่ ไม่สามารถเข้าถึงได้ ด้วยสภาพความยากลำบากของพื้นที่ เส้นทางคมนาคม และการเชื่อมต่อสัญญาณโทรศัพท์ และชุมชนยังไม่มีระบบการช่วยเหลือที่มีแบบแผนในกรณีไม่สามารถติดต่อ 1669 ได้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีการจัดวางระบบ โดยใช้ทรัพยากรของชุมชน ทั้งทรัพยากรบุคคล สิ่งสนับสนุน และองค์กร ซึ่ง อำเภอวิภาวดี มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริการฉุกเฉิน คือหน่วยบริการกู้ชีพเบื้องต้น EMR จำนวน 4 แห่ง มีอาสาสมัครกู้ภัย รวม 50 ราย นอกจากนี้ ชนชน ยังมีกำลังหลัก เป็น กลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 486 คน อาสาสมัคร

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน ซึ่งหากสามารถนำทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยสนับสนุนการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ จะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ดียิ่งขึ้น

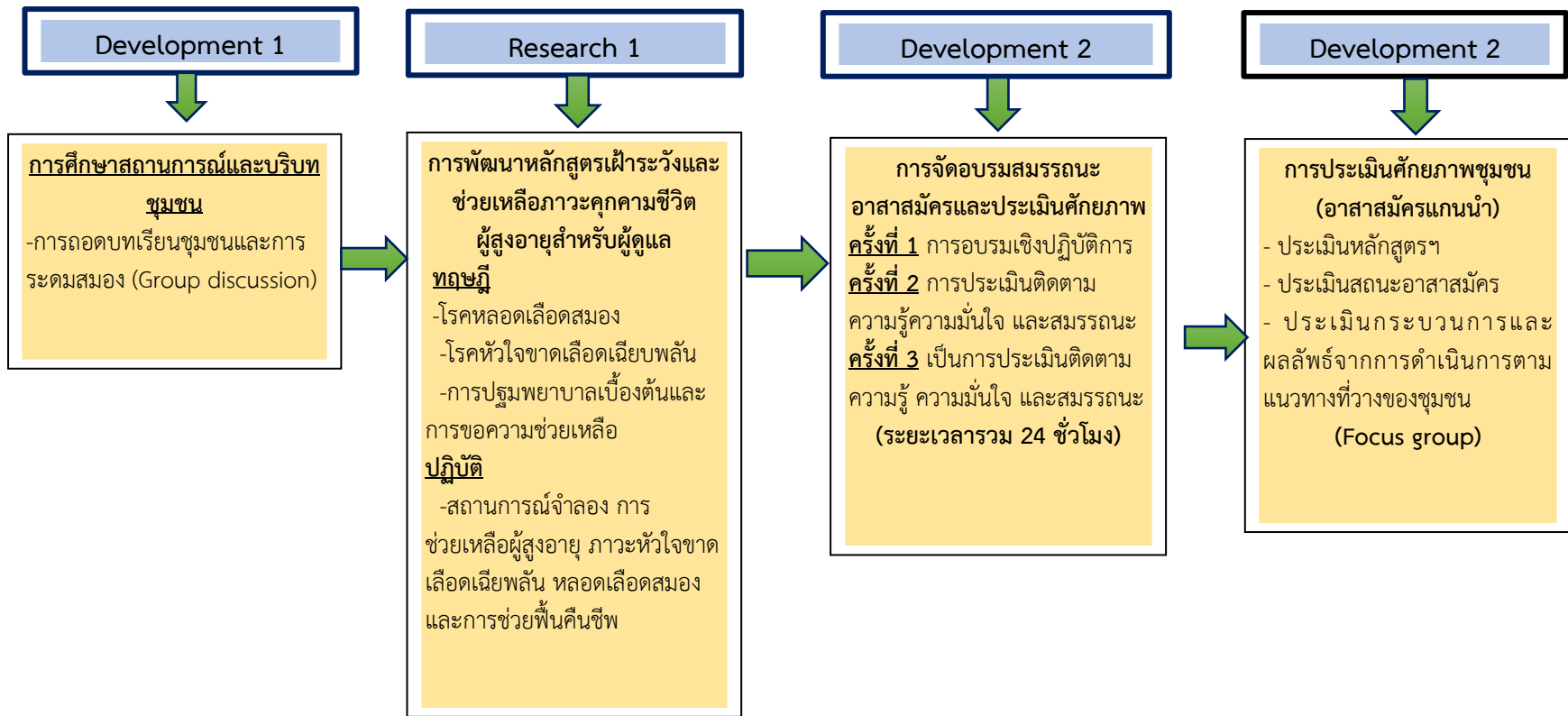
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจุบันเริ่มมีการศึกษา ด้านการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ ฉุกเฉินในชุมชน ซึ่งการศึกษาต่าง ๆ มีทั้งรูปแบบการพัฒนาเชิงระบบ และการพัฒนาความรู้ สมรรถนะของ อาสาสมัครในพื้นที่ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลองในการเปรียบเทียบผลของโปรแกรม ต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นในการวัด ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของคนในชุมชน เช่น จากการศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี (นภาพร ลีหมอกไล่, โยทะกา ภาคพงศ์ และ ปรียกมล รัชกุล, 2558) ที่ทำการศึกษา แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบในกลุ่ม อสม และตัวแทน ครอบครัว เพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ ของคนในชุมชน ตามกรอบแนวคิดของ The United nation Development program ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านทัศนคติและความรู้สูงขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาเพื่อพัฒนา สมรรถนะแห่งตน ในการมุ่งส่งเสริม ความรู้ ทักษะ และ สมรรถนะในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน (นิกร จันภิรม และ ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, 2561) มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ โดยการศึกษาดังกล่าว เป็นการวิจัยแบบกึ่ง ทดลองแบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม โดยดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ แบนดูรา มีการดำเนินกิจกรรม 2 วัน และการติดตามผล ในระยะ 4 และ 12 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง มี ความรู้ ทักษะและสมรรถนะในการบริการฉุกเฉิน เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการ วิเคราะห์ ผลการศึกษาดังกล่าว มีจุดแข็งของระเบียบวิธีวิจัยการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง และการจัดกิจกรรมที่มี การติดตามในระยะยาว ในด้านการศึกษา ที่มุ่งเน้นการพัฒนสมรรถนะของผู้เข้าอบรม พบว่า มีการศึกษาที่ใช้ สถานการณ์จำลอง เพื่อกระตุ้นให้เกิดทักษะและการตัดสินใจที่ดี จากการศึกษาของ สุนทร ปราบเขต (2564) ที่ใช้สถานการณ์จำลอง ร่วมกับสถานการณ์จริง ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะ การปฏิบัติ การแพทย์ฉุกเฉิน ทำการวัดผลก่อนหลังการทดลอง ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มี ความรู้และสมรรถนะในการปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มขึ้น นอกจากการศึกษาแบบกึ่งทดลองแล้ว จากการทบทวน พบการวิจัยเชิงพัฒนา ซึ่งเป็นการศึกษาการพัฒนาแบบการปฏิบัติการฉุกเฉินของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตามกรอบแนวคิดของจากแนวคิดของซูเบอร์-สเคอร์วิท โดยเน้นการปฏิบัติการที่มีส่วนร่วมของส่วนที่เกี่ยวข้อง มีระยะ ของการกำหนดปัญหา การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการตามแผน และการประเมินผลลัพธ์ โดย ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบฯ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับดี (ภักดิ์ฐ วิร ขจร, สุรีย์ จันทรโมลี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ มยุนา ศรีสุภานันต์, 2560) จากผลการศึกษาที่ผ่านมา ส่วน ใหญ่เป็นการศึกษาในรูปแบบกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะและสมรรถนะในการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดย กิจกรรมมีความแตกต่างกันออกไป เน้นการจัดอบรมแบบระยะสั้น และมีการติดตามผลระยะยาว เป็นต้น สำหรับการวิจัยเชิงพัฒนา เน้นกระบวนการตามบริบทของพื้นที่และการร่วมกันค้นหาปัญหาเพื่อการออกแบบ แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากที่สุด

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ในพื้นที่อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยแบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาความต้องการ โดยสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชน และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาการช่วยเหลือผู้สูงอายุและการส่งต่อสู่สถานบริการทางสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแล 2) การออกแบบและพัฒนา เป็นการพัฒนาหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาความต้องการร่วมกับการใช้แนวคิดการเรียนรู้ของบลูม (Bloom et al, 1956) ที่แบ่งการเรียนรู้ เป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) คือ มีความรู้ความเข้าใจในหลักการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ในประเด็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการขอความช่วยเหลือ เพื่อเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือที่ถูกต้อง ด้านเจตพิสัย (Affective Domain) โดยได้กำหนดการเรียนรู้ ในขั้นการตอบสนอง (Respond) โดยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ และตอบสนองต่อเหตุการณ์ กระตุ้นการตัดสินใจ ส่งเสริมความมั่นใจในการช่วยเหลือฉุกเฉินและด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) โดยได้กำหนดขั้นความถูกต้อง (Precision) ของการปฏิบัติทักษะ ด้วยกระบวนการฝึกปฏิบัติ ตามสมรรถนะที่ต้องการในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ในประเด็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการขอความช่วยเหลือ ด้วยรูปแบบฐานปฏิบัติการ และสถานการณ์จำลอง 3) การทดลองใช้ เป็นการนำหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 4) การประเมินผล โดยประเมินความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อน และภายหลังการใช้จัดอบรมให้ความรู้ภายในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 (ภาพที่ 1-2)



ภาพ 1 กรอบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดการเรียนรู้ของบลูม (Bloom et al, 1956)



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน โดยแบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาความต้องการ 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การทดลองใช้ และ 4) การประเมินผล ศึกษาในพื้นที่อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกตามกระบวนการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาความต้องการ

ประชากร คือ ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 25 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

- 1) อาศัยหรือปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 2) มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- 3) สนใจในการเข้าร่วมประชุม

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา

ประชากร คือ บุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 16 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2) สนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ระยะที่ 3 และ 4 การทดลองใช้และการประเมินผล

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และญาติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) อายุ 18-50 ปี
- 2) ไม่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว
- 3) ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ หอบหืด
- 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครบตามเวลา (เข้าอบรม 3 วัน วันละ 8 ชม.)

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีอาการผิดปกติ ทางร่างกาย ขณะฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การคำนวณผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป G power โดยเลือกใช้สถิติ t-test (means: one sample case) กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพล คำนวณจากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Janpilom & Tangkawanich, 2018) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.50 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 34 ราย และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (drop out) ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะนี้ เป็น 40 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

1.2 แบบสอบถามประเมินความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วน (ภาคผนวก ก) คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา หน้าที่พิเศษในชุมชน ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน และจำนวนครั้งของประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิต สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ โดยแบบสอบถามแต่ละข้อมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีวิธีให้คะแนนคือ ตอบถูกได้

1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 25 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิต สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน (rating scale) ประเมินค่า 5 ระดับ โดยแบบสอบถามแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ข้อ และข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อความเชิงบวก (positive statement) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 15 และข้อความเชิงลบ (negative statement) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 2, 4, 5, 8, 11, 13, 14, โดยมีวิธีการให้คะแนน ดังนี้

| | ข้อความเชิงบวก (Positive Statement) | ข้อความเชิงลบ (Negative Statement) |
|------------|--|---------------------------------------|
| มากที่สุด | 5 | 1 |
| มาก | 4 | 2 |
| ปานกลาง | 3 | 3 |
| น้อย | 2 | 4 |
| น้อยที่สุด | 1 | 5 |

หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน คะแนนต่ำสุด คือ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 75 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ประเมินโดยวิทยากรประจำฐาน) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ โดยแบบสอบถามแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติครบถ้วนสมบูรณ์ ปฏิบัติแต่ไม่สมบูรณ์ และไม่ปฏิบัติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินสมรรถนะขณะฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์จำลองโดยวิทยากรประจำฐานในแต่ละฐาน เลือกตอบเพียง 1 ข้อ ที่ตรงกับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างเพียงข้อเดียวโดยวิธีให้คะแนน คือปฏิบัติครบถ้วนสมบูรณ์ = 3 คะแนน ปฏิบัติแต่ไม่สมบูรณ์ = 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน คะแนนต่ำสุด คือ 10 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 30 คะแนน

1.3 แบบสัมภาษณ์กลุ่ม ผู้วิจัยขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินผลการนำแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 6 ข้อ ดังแสดงในภาคผนวก ข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1 หลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล เป็นหลักสูตรที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาบริบทเชิงพื้นที่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาความต้องการ การทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการใช้แนวคิดการเรียนรู้ของบลูม (Bloom et al, 1956) เป็นหลักสูตรที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะของผู้เข้าอบรมในการประเมินอาการเบื้องต้นจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน ได้แก่ อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลัน อาการเตือนก่อนหัวใจหยุดเต้น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยมีรูปแบบการอบรมผสมผสาน การศึกษาด้วยตัวเองผ่านสื่อสมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย การอบรมให้ความรู้โดยวิทยากร การฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง (Case Scenario) และการฝึกทบทวนความรู้และทักษะในรูปแบบฐานปฏิบัติการ (OSCE) และแบ่งการอบรมเป็น 3 ครั้ง ครั้งละ 8 ชั่วโมงรวมจำนวนระยะเวลาของหลักสูตรทั้งสิ้น 24 ชั่วโมง ดังแสดงในภาคผนวก ค

2.2 สถานการณ์จำลอง (Scenario) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 5 สถานการณ์จำลอง ได้แก่ Scenario 1: First Aid and Call for Help Scenario 2: Stroke Fast Track and Call for Help Scenario 3: MI Fast Track Sign and BLS and Call for Help Scenario 4: เหตุเกิด ณ ศาลาประชาคม (การเผชิญเหตุผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในชุมชน) และ Scenario 5: เหตุเกิด ณ ศาลาการเปรียญ (การเผชิญเหตุผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในชุมชน) โดยแต่ละสถานการณ์จำลองได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ Prebrief Scenario running และ Debriefing ดังแสดงในภาคผนวก ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประเมินความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุไปทดลองใช้กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามแต่ละส่วนมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแต่ละเครื่องมือ โดยแบบประเมินความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน-20 (Kuder-Richardson formula 20 [KR-20]) เท่ากับ 0.78 และแบบประเมินความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแบบประเมินความรู้สมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU-EC 2021/055 ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในทุกกระบวนการและทุกระยะของการดำเนินการวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ความเสี่ยงและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมถึงการชี้แจงข้อมูล (ภาคผนวก จ) อย่างละเอียดในทุกกระบวนการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก่อนการเซ็นยินยอมเข้าร่วม (ภาคผนวก ฉ) และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล การใช้ชีวิตในชุมชน ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่สามารถอ้างอิงถึงตัวบุคคลได้ บุคคลอื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้ ตลอดการดำเนินการวิจัยและจะทำลายข้อมูลการวิจัย 5 ปี ภายหลังจากการเก็บข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมไม่มีการกล่าวถึงตัวบุคคล

4. ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (ภาคผนวก ข) ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาความต้องการ (Research 1)

ทำการศึกษาสถานการณ์และบริบทชุมชน (Situation analysis) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการศึกษาสภาพปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชน

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 25 ราย

2) จัดประชุมตัวแทนชุมชน เป็นระยะ เวลา 1 วัน เพื่อสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาการช่วยเหลือผู้สูงอายุและการส่งต่อสู่สถานบริการทางสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแล ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น

3) สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา (Development 1)

ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการศึกษาบริบทเชิงพื้นที่ และการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาความต้องการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการเรียนรู้ของบลูม (Bloom et al, 1956) มาออกแบบและพัฒนาหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล

1) ออกแบบหลักสูตรโดยมุ่งเน้นการประเมิน เฝ้าระวัง ช่วยเหลือเบื้องต้น และ ประสานเชื่อมต่อความช่วยเหลือระหว่างระบบบริการสำหรับพื้นที่ห่างไกล เนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สัญญาณเตือนก่อนหัวใจหยุดเต้น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยมีรูปแบบการอบรมผสมผสาน การศึกษาด้วยตัวเองผ่านสื่อของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ การอบรมให้ความรู้โดยวิทยากร การฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง (Case Scenario) และการฝึกทบทวนความรู้และทักษะในรูปแบบฐานปฏิบัติการ (OSCE) รวมจำนวนระยะเวลาของหลักสูตรทั้งสิ้น 24 ชั่วโมง แบ่งเป็นระยะพัฒนาศักยภาพ จำนวน 8 ชั่วโมง ระยะทบทวนสมรรถนะ การเชื่อมต่อระบบสนับสนุนฯ และติดตามผล จำนวน 16 ชั่วโมง

2) ออกแบบสถานการณ์จำลอง (scenario) เพื่อประกอบหลักสูตร ได้แก่ Scenario 1: First Aid and Call for Help Scenario 2: Stroke Fast Track and Call for Help Scenario 3: MI Fast Track Sign and BLS and Call for Help

3) นำร่างหลักสูตรให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนา

4) ปรับแก้ไขร่างหลักสูตรตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การจัดทำตารางกิจกรรม ฯลฯ ออกแบบและพัฒนาแบบสอบถามประเมินความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

5) นำร่างหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินเชิงกระบวนการ เนื้อหา และกิจกรรมของการจัดอบรม โดยให้กลุ่มดังกล่าวสะท้อนการดำเนินการที่ได้รับหลังการอบรมเสร็จสิ้น

6) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากการนำไปทดลองใช้

7) จัดประชุมบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย อาจารย์ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 16 ราย เพื่อแลกเปลี่ยนและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาร่างหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล

8) ปรับปรุงแก้ไขจนได้ต้นแบบหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ (Research 2)

นำหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลไปใช้ในพื้นที่การวิจัย

1) คัดเลือกผู้ดูแลสูงอายุในชุมชนตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 40 ราย

2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินความรู้และความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Pre-test)

3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ตามกระบวนการในหลักสูตรฯ (ภาคผนวก ค) ที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ครั้ง ครั้งละ 8 ชั่วโมง (ภาคผนวก ช) ดังนี้

ครั้งที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 8 ชั่วโมง แบ่งเป็น 1) ภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมง โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ ในประเด็นการประเมินภาวะคุกคามชีวิต การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ และภาคปฏิบัติ จำนวน 4 ชั่วโมง โดยมุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติ การตัดสินใจ การขอความช่วยเหลือเบื้องต้น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยใช้สถานการณ์จำลอง เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ ภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง (ภาคผนวก ง) โดยมีวิทยากรประจำฐานทำหน้าที่ในการฝึกปฏิบัติอย่างใกล้ชิด หลังจากนั้นทำการวัดผลความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะหลังการอบรม 1 สัปดาห์ (Post-test 1)

ครั้งที่ 2 ประเมินติดตามความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล โดยดำเนินกิจกรรมห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรม ประเมินอุบัติการณ์ในชุมชน การทบทวนความรู้ สมรรถนะ และการประเมินโดยการใช้สถานการณ์จำลองการเกิดเหตุฉุกเฉินในผู้สูงอายุ รวมระยะเวลากิจกรรม 8 ชั่วโมง หลังจากนั้นทำการวัดผลความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะหลังการอบรม (Post-test 2)

ครั้งที่ 3 เป็นการประเมินติดตามความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ดำเนินกิจกรรม ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรม ประเมินอุบัติการณ์ในชุมชน การทบทวนความรู้ สมรรถนะ และการประเมิน โดยการใช้สถานการณ์จำลองการเกิดเหตุฉุกเฉินในผู้สูงอายุ รวมระยะเวลากิจกรรม 8 ชั่วโมง หลังจากนั้นทำการวัดผลความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะหลังการอบรม (Post-test 2)

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Research 2)

ทำการประเมินผลการนำแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนไปใช้ โดยการสะท้อน มุมมอง แนวคิด ด้านศักยภาพ การเชื่อมต่อแนวทางการช่วยเหลือระหว่างชุมชน หน่วยบริการ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และสะท้อนมุมมองหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงและจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) คัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมการอบรมในระยะที่ 3 ตามความสมัครใจ จำนวน 14 ราย พร้อมนัดวันและเวลาในการสัมภาษณ์ ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

2) ดำเนินการสนทนากลุ่มจำนวน 2 กลุ่ม ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น เป็นระยะเวลาประมาณ 45-90 นาที ในสถานที่ที่มีความเหมาะสม ณ ห้องประชุม ศาลาประชาคม อำเภอวิภาวดี ตามที่กลุ่มตกลงร่วมกัน ระหว่างการสัมภาษณ์กลุ่ม ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเทป โดยเทปบันทึกเสียงดังกล่าวจะถูกนำไปถอดเป็นบทสัมภาษณ์ โดยบุคคลที่ 3 ซึ่งไม่สามารถเผยแพร่ จัดกระทำใด ๆ ต่อข้อมูลได้ ข้อมูลต่าง ๆ เช่น ชื่อ สถานที่องค์กร ที่ถูกกล่าวถึง จะถูกตัดออกเพื่อป้องกันการเชื่อมโยงถึงตัวบุคคล หรือความล่อแหลมที่ส่งผลต่อชื่อเสียงในวงกว้าง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลในภาพรวมต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์มูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการ coding และ theming ตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 6 ขั้นตอนของ Creswell (2016)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 คะแนนความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน 4 ช่วงเวลา คือ ก่อน หลังการใช้ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาความต้องการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 หลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินการ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ระยะที่ 4 การประเมินผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินผล

ระยะที่ 1 การศึกษาความต้องการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวแทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 25 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 40.00 และมีอายุระหว่าง 31-40 ปี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่ในชุมชน (n=25)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 4 | 16.00 |
| หญิง | 21 | 84.00 |
| อายุ (ปี) | | |
| 18-30 | 3 | 12.00 |
| 31-40 | 10 | 40.00 |
| 41-50 | 6 | 24.00 |
| 51-60 | 6 | 24.00 |
| ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่ในชุมชน | | |
| อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน | 7 | 28.00 |
| ผู้ดูแลผู้สูงอายุ | 4 | 16.00 |
| ผู้นำชุมชน | 3 | 12.00 |
| เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ | 7 | 28.00 |
| อื่นๆ | 4 | 16.00 |
| หน่วยงาน/สังกัด | | |
| โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 5 | 20.00 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | 2 | 8.00 |
| กรมการปกครอง | 3 | 12.00 |
| องค์การบริหารส่วนตำบล | 4 | 16.00 |
| ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน | 7 | 28.00 |
| ไม่มีสังกัด | 4 | 16.00 |

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการดำเนินการวิจัยในการถอดบทเรียนเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน ผลการสะท้อนปัญหาและความต้องการในการดูแลและรับมือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีดังนี้

1. การขาดความรู้ในการช่วยเหลือ (Insufficient Knowledge)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนในประเด็นด้านความรู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งจากประสบการณ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินในผู้สูงอายุ ไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ในเบื้องต้นเนื่องจากขาดความรู้ในการช่วยเหลือ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคได้

“คนเป็นลมเนี่ยคะ นั่งเก้าอี้แล้วก็ล้มแต่เราไม่สามารถช่วยได้ เราไม่มีความรู้ในด้านนั้นเลยที่จะช่วยเขา ก็เลยติดต่อเจ้าหน้าที่ ตอนนั้นเจ้าหน้าที่อยู่ค่ะ แล้วก็ส่งให้แกมาดูอาการแต่ที่เราช่วยอะไรเขาไม่ได้”

2. การสื่อสารและการแจ้งเหตุ (Call for help)

การสื่อสารและการแจ้งเหตุเป็นประเด็นข้อค้นพบที่สำคัญ ที่พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เกิดความไม่มั่นใจและไม่กล้าโทรแจ้งเหตุเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นในชุมชน การเรียบเรียงข้อมูล และการถ่ายทอดสื่อสารเพื่อให้ทางสถานบริการเข้าใจและสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ยังคงเป็นประเด็นในการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน

“พี่เขยที่มีโรคประจำตัวเหมือนโรคหัวใจ แกมีอาการปากเขียว แขนขาทั้งซีกยกไม่ได้ พูดไม่ชัด เราก็ไม่ได้นำส่งโรงพยาบาล คิดว่าไม่รุนแรง คอยได้ ไม่ได้ติดต่อใคร คอยญาติพี่น้องกว่าจะส่งโรงพยาบาล.... สุดท้ายอาการหนักเสียชีวิต”

“เคยมีประสบการณ์การโทรแจ้งเหตุสมัยเป็น อสม.ใหม่ๆ มันลนไปหมด ไม่รู้ว่าจะบอกเค้ายังไง ไม่รู้จะเริ่มต้นแบบไหน.....ในขณะที่เราไม่มีความรู้ พยาบาลถามเยอะ เรายังตะทวดทวดกลัวว่าอย่าถามมาก”

3. สติและความมั่นใจ (Consciousness/confidence)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงประเด็นของการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินที่สำคัญ ได้แก่ ประเด็น ของการตัดสินใจ ซึ่งพบว่า สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินช่วยเหลือหรือตัดสินใจได้ คือ ประเด็นของการขาดสติเมื่อประสบเหตุการณ์ นอกจากนี้ ความมั่นใจ เป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจในการขอความช่วยเหลือหรือไม่ และนำมาสู่การดูแลที่เหมาะสมที่สุดในขณะนั้น

“ส่วนใหญ่ก็ผมเชื่อว่าหลายท่านก็คงจะเคยเจอนะครับ เพียงแต่ว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือผมคิดว่าที่ทุกคนควรจะมีก็คือสติครับ”

“ส่วนใหญ่พอเกิดเหตุ เราก็งงเล ไม่มั่นใจ จะโทรแจ้งเหตุก็ไม่รู้ว่าจะมีใครแจ้งหรือยัง”

4. ไม่สามารถประเมินอาการเบื้องต้น (Missing Assessment)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะอาการ ของการออกแรง ความ

รู้สึกตัวลดลง เจ็บแน่นหน้าอก เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจนัย คือ “เป็นลม” ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่นำมาสู่การช่วยเหลือเบื้องต้น โดยการบรรเทาอาการด้วยการดมยาดม หรือกลืนน้ำมันหอมระเหยต่าง ๆ และการบีบนิ้ว หรือไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจนทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น

“หลายๆ คนเจอผู้ป่วยที่คิดว่าเป็นลมแต่ความจริงไม่ใช่เป็นเป็นลมและก็เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หลายๆ คนก็ตามมาคือเสียชีวิต.... ผมเคยเจอเหตุการณ์จริงคนใกล้ตัวคืออาของ ผมเองมีอาการแต่ก็ประเมินไม่ได้ สุดท้ายกลับมากก็ไม่ปกติเหมือนคนเดิม”

5. ความต้องการการพัฒนาสมรรถนะ (Need competency development)

จากประเด็นปัญหาของการขาดความรู้ ความมั่นใจ และไม่มีสมรรถนะในการช่วยเหลือเบื้องต้น และการสื่อสารที่ดีเพื่อการขอความช่วยเหลือด้วยความรวดเร็ว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ สะท้อนถึงความต้องการในการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเบื้องต้นกล้าตัดสินใจในการประเมินอาการและขอความช่วยเหลือ ซึ่งต่างสะท้อนว่า ที่ผ่านมาไม่เคยผ่านการอบรมด้านการช่วยฟื้นคืนชีพหรือหากมีมักผ่านมาเป็นระยะเวลาช้านาน ซึ่งจำเป็นในการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

“เราไม่เคยได้อบรมเลยทำให้ไม่รู้ว่าจะช่วยยังไง พี่เคยมีประสบการณ์แม่ของแฟนล้มในห้องน้ำ เราก็มักล่าช่วย ไม่กล้าช่วย รอรพพยาบาลอย่างเดียว”
“พี่เคยอบรม CPR ตอนเป็น อสม. เมื่อนานมาแล้วมันก็ลืม”

โดยสรุป ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ สะท้อนถึงปัญหาในประเด็นเกี่ยวกับ การขาดความรู้ในการประเมินอาการเบื้องต้น ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจในการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งไม่มั่นใจในการขอความช่วยเหลือหรือแจ้งเหตุ มีความยากลำบากในการสื่อสารในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเมื่อประสบเหตุการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนถึงความต้องการในการพัฒนาความรู้ และทักษะที่เกี่ยวข้องในการประเมิน การร้องขอความช่วยเหลือ และการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนการได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการประเมินและการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม จากผลการสะท้อนในระยะเวลาการศึกษาสถานการณ์ จึงเป็นที่มาของการพัฒนาหลักสูตรการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ในระยะที่ 2 ของการศึกษารั้งนี้ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพของชุมชน ผ่านการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในพื้นที่ ในการประเมินอาการผู้ป่วย การช่วยเหลือเบื้องต้น และการเชื่อมต่อกับระบบบริการฉุกเฉินที่มีอยู่ของพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างทัน่วงที

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อถอดบทเรียนเพื่อการพัฒนาหลักสูตรฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 เป็นพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมา เป็น แพทย์ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 18.75 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการพัฒนาหลักสูตรฯ ส่วนใหญ่ สังกัด

โรงพยาบาลชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข) ร้อยละ 56.25 รองลงมา สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 18.75

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 จำแนกตาม เพศ อาชีพ หน่วยงาน/สังกัด (n=16)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 4 | 25.00 |
| หญิง | 12 | 75.00 |
| อาชีพ | | |
| อาจารย์ | 1 | 6.25 |
| พยาบาลวิชาชีพ | 8 | 50.00 |
| แพทย์ | 3 | 18.75 |
| นักวิชาการสาธารณสุข | 1 | 6.25 |
| เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | 3 | 18.75 |
| หน่วยงาน/สังกัด | | |
| กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ และนวัตกรรม | 1 | 6.25 |
| โรงพยาบาลชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข) | 9 | 56.25 |
| โรงพยาบาลจังหวัด (กระทรวงสาธารณสุข) | 1 | 6.25 |
| โรงพยาบาลศูนย์ (กระทรวงสาธารณสุข) | 1 | 6.25 |
| สาธารณสุขอำเภอ | 1 | 6.25 |
| โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 3 | 18.75 |

ส่วนที่ 2 หลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล

ผู้วิจัยพัฒนาหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม ในการพัฒนาครอบคลุม ความรู้ ความมั่นใจ และทักษะ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะคุกคามชีวิต ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้การส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (ภาพ 3) ที่ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้บริบทและวิถีชีวิตของคนในชุมชน ร่วมกับการพัฒนา ความรู้ ความมั่นใจและทักษะ ที่มุ่งเน้นการปฏิบัติจริงในแต่ละทักษะสู่การบูรณาการกิจกรรมและสถานการณ์เพื่อยกระดับสมรรถนะที่จำเป็นในการสนับสนุนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น การปฏิบัติตามสถานการณ์จำลองในการประเมินอาการ การโทรขอความช่วยเหลือ และการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนทีมสุขภาพเข้าช่วยเหลือ ซึ่งหลักสูตรนี้มีจุดเน้น คือ การพัฒนาสมรรถนะและติดตามต่อเนื่องเพื่อเป็นการฟื้นฟูทักษะที่จำเป็น เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การใช้เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ การโทรแจ้งเหตุ การประเมินอาการและการช่วยเหลือเบื้องต้น ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง กระตุ้นการเรียนรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง

ภายในหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล แบ่งเป็นการให้ความรู้ในภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมง การฝึกภาคปฏิบัติจำนวน 4 ชั่วโมง การปฏิบัติทบทวนทักษะจำนวน 8 ชั่วโมง และการปฏิบัติเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนจำนวน 8 ชั่วโมง และแบ่งกระบวนการเรียนรู้เป็น 3 ครั้ง ครั้งละ 8 ชั่วโมง โดยการติดตามและฝึกปฏิบัติในครั้งที่ 2 ห่างจากการอบรมให้ความรู้ในครั้งที่ 1 ระยะเวลา 1 เดือน และการติดตามและฝึกปฏิบัติในครั้งที่ 3 ห่างจากการติดตามในครั้งที่ 2 ระยะเวลา 1 เดือน ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ค



ภาพ 3 แนวคิดหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินการ

ผลจากการนำหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลไปทดลองใช้ในกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ข้อเสนอแนะในปรับปรุงหลักสูตรฯ ดังนี้

1) ควรปรับสถานการณ์จำลองให้มีความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นหรือชุมชนนั้น ๆ เช่น วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในการทำบุญตักบาตรที่วัด หรือสถานการณ์การเกิดเหตุขณะพบปะพูดคุยของเพื่อนบ้าน เป็นต้น

2) เพิ่มเติมในประเด็นของแนวทางการช่วยเหลือ/ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองอาจส่งผลให้มีการบาดเจ็บร่วมจากการพลัดตกหกล้มจึงจำเป็นต้องได้รับการปฐมพยาบาลที่ถูกต้องร่วมด้วย เช่น การจัดทำ การเคลื่อนย้าย การห้ามเลือดและการจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยการตาม เป็นต้น

จากข้อเสนอแนะที่ได้ ผู้วิจัยได้มีการปรับแก้ไขรายละเอียดหลักสูตร ดังนี้

1) ปรับสถานการณ์จำลอง (Scenario) จำนวน 2 สถานการณ์ ให้เป็นไปตามบริบทและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และมีการบูรณาการสมรรถนะที่จำเป็นรวบรวมในหนึ่งสถานการณ์เพื่อมุ่งหวังให้ผู้เข้าอบรมได้ฝึกปฏิบัติการอย่างครอบคลุม ได้แก่ Scenario 4: เหตุเกิด ณ ศาลาประชาคม (การเผชิญเหตุผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในชุมชน) และ Scenario 5: เหตุเกิด ณ ศาลาการเปรียญ (การเผชิญเหตุผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในชุมชน)

2) มีการปรับกิจกรรมและปฏิบัติการในสถานการณ์ที่ 1 ในประเด็นการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจัดทำ การเคลื่อนย้าย การห้ามเลือดและการจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยการตาม ร่วมกับแนวทางการสื่อสารที่ถูกต้องในการขอความช่วยเหลือ

3) ปรับเพิ่มการปฏิบัติการ การใช้เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ (AED)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.00 เป็นเพศหญิง อายุ ระหว่าง 46-50 ปี มากที่สุด คือร้อยละ 32.50 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 41-45 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.00 จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุดถึงร้อยละ 72.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหน้าที่พิเศษในชุมชน คือ อสม. รองลงมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 60.00 และ 12.50 ตามลำดับและพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.50 ไม่เคยมีประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน

อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินการวิจัยการจัดอบรมพัฒนาความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน มีลักษณะกิจกรรมและการศึกษายาวนานต่อเนื่องถึง 8 สัปดาห์ โดยในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีการนัดหมายในการอบรมจำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือนในแต่ละครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าอบรมไม่ต่อเนื่องและไม่ครบจำนวน 3 ครั้งตามเกณฑ์ จำนวน 14 ราย ผู้วิจัยได้ทำการจัดการข้อมูลโดยนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เหลือและเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมครบตามกำหนด มีความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ เพียง 26 รายเท่านั้น

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ หน้าที่พิเศษในชุมชน ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน และจำนวนครั้งของประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน (n=40)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 4 | 10.00 |
| หญิง | 36 | 90.00 |
| อายุ (ปี) | | |
| 20-25 | 1 | 2.50 |

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 26-30 | 5 | 12.50 |
| 31-35 | 6 | 15.00 |
| 36-40 | 6 | 15.00 |
| 41-45 | 8 | 20.00 |
| 46-50 | 13 | 32.50 |
| 51-55 | 1 | 2.50 |
| การศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 7 | 17.50 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช | 8 | 20.00 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส | 16 | 40.00 |
| ปริญญาตรี | 9 | 22.50 |
| อาชีพ | | |
| รับจ้าง | 3 | 7.50 |
| เกษตรกรกรรม | 29 | 72.50 |
| รับราชการ | 6 | 15.00 |
| รัฐวิสาหกิจ | 1 | 2.50 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 1 | 2.50 |
| หน้าที่พิเศษในชุมชน | | |
| อสม | 24 | 60.00 |
| ผู้ดูแลผู้สูงอายุ | 5 | 12.50 |
| กู้ชีพ/กู้ภัย | 1 | 2.50 |
| ไม่มี | 4 | 10.00 |
| อื่น ๆ | 6 | 15.00 |
| ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วย | | |
| ฉุกเฉินในชุมชน | | |
| มี | 15 | 37.50 |
| ไม่มี | 25 | 62.50 |
| จำนวนครั้งของประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน (N=15) | | |
| 1-2 ครั้ง | 12 | 80.00 |
| 3-5 ครั้ง | 3 | 20.00 |

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ก่อนและหลังการใช้หลักสูตรฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 4 ระยะ ($F_{(1, 39)} = 4622.348$, $p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบทีละคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอโรนนิ (Bonferroni) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภายหลังจากทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และก่อนการได้รับความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภายหลังจากทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และก่อนการได้รับความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ($n = 40$)

| แหล่งความแปรปรวน | SS | df | MS | F |
|------------------|-----------|----|-----------|------------|
| ความแปรปรวนร่วม | 13057.829 | 1 | 13057.829 | 4622.348** |
| ความคลาดเคลื่อน | 110.172 | 39 | 2.825 | |
| รวม | 13168.001 | 40 | | |

** $p < .01$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($n = 40$)

| ตัวแปร | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย | | | |
|------------------------|-----------|----------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 1 | หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 | หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 |
| ก่อนทดลอง | 52.500 | 6.255 | - | -.675 | -1.458* | -1.438* |
| หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 1 | 52.175 | 5.737 | .675 | - | -.783 | -.763 |
| หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 | 54.767 | 4.975 | -1.458* | .783 | - | .020 |
| หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 | 54.323 | 5.590 | 1.438* | .763 | -.020 | - |

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ก่อน และหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 4 ระยะ ($F_{(1, 39)} = 6423.913, p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบทีละคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจ ภายหลังจากทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ($n = 40$)

| แหล่งความแปรปรวน | SS | df | MS | F |
|------------------|------------|----|------------|------------|
| ความแปรปรวนร่วม | 114237.884 | 1 | 114237.884 | 6423.913** |
| ความคลาดเคลื่อน | 693.546 | 39 | 17.783 | |
| รวม | 114931.43 | 40 | | |

** $p < .01$

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($n = 40$)

| ตัวแปร | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย | | | |
|------------------------|-----------|----------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 1 | หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 | หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 |
| ก่อนทดลอง | 52.500 | 6.255 | - | .325 | -2.267 | -1.823 |
| หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 1 | 52.175 | 5.737 | -.325 | - | -2.592* | -2.148 |
| หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 | 54.767 | 4.975 | 2.267 | 2.592* | - | .444 |
| หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 | 54.323 | 5.590 | 1.823 | 2.148 | -.444 | - |

* $p < .05$

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ก่อน และหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 4 ระยะ ($F_{(1, 39)} = 35998.594, p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบทีละคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ($n = 40$)

| แหล่งความแปรปรวน | SS | df | MS | F |
|------------------|-----------|----|-----------|-------------|
| ความแปรปรวนร่วม | 28271.518 | 1 | 28271.518 | 35998.594** |
| ความคลาดเคลื่อน | 30.629 | 39 | 0.785 | |
| รวม | 28302.147 | 40 | 28272.303 | |

** $p < .01$

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($n = 40$)

| ตัวแปร | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย | | |
|-----------------------|-----------|----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | หลังทดลองสัปดาห์ที่ 1 | หลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 | หลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 |
| หลังทดลองสัปดาห์ที่ 1 | 25.65 | 2.020 | - | -.650 | -2.156* |
| หลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 | 26.30 | .721 | .650 | - | -1.506* |
| หลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 | 27.81 | 1.559 | 2.156* | 1.506* | - |

* $P < .05$, ** $P < .01$

ระยะที่ 4 การประเมินผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนทั้งหมด 40 ราย มี 14 รายที่ยินยอมเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จากตารางที่ 10 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.00 อยู่ในกลุ่มอายุ 46-55 ปี ร้อยละ 71.43 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และพบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังไม่เคยประสบเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินในผู้สูงอายุหลังเข้ารับการอบรม

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ (n=14)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 1 | 7.14 |
| หญิง | 13 | 92.86 |
| อายุ (ปี) | | |
| 25-35 | 3 | 21.43 |
| 36-45 | 4 | 28.57 |
| 46-55 | 7 | 50.00 |
| การศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 2 | 14.28 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช | 3 | 21.43 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส | 3 | 21.43 |
| ปริญญาตรี | 6 | 42.86 |
| อาชีพ | | |
| รับจ้าง | 1 | 7.14 |
| เกษตรกรกรรม | 10 | 71.43 |
| รับราชการ | 3 | 21.43 |
| การประสบเหตุฉุกเฉินหลังการอบรม | | |
| ไม่เคย | 14 | 100 |

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินผล

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและการสะท้อนคิดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดอบรมหลักสูตร และสมรรถนะในการสนับสนุนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน พบว่า

ประโยชน์และคุณค่า (benefits and value)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนถึงประโยชน์จากการเข้ารับการอบรมพัฒนาสมรรถนะในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ ที่ทำให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือคนในชุมชนด้วยกันเมื่อเกิด

เหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งจากการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลหลายรายในประเด็นคุณค่าที่ได้จากการพัฒนาศักยภาพของตน คือการเกิดผลกระทบต่อชุมชนและพื้นที่ท้องถิ่น ซึ่งทำให้ผู้ผ่านการอบรมได้ตั้งศักยภาพเพื่อนำมาดูแลช่วยเหลือเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในพื้นที่ใกล้เคียงในหลากหลายประเด็น เช่น การประเมินอาการ การลำดับเหตุการณ์ การติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

“เป็นโครงการที่มีประโยชน์มาก จากที่เราเป็นเจ้าของหน้าที่สาธารณสุข แต่เราไม่ได้รับผิดชอบงานด้าน CPR โดยตรงนะคะ ถึงแม้มีการอบรมทุกปี แต่เราก็คงรู้สึกไม่ชำนาญ เราารู้สึกเราทำไม่ได้ แต่พอเข้าโครงการนี้ไม่รู้ทำไมเหมือนกันว่า เราารู้สึกว่าเราน่าจะช่วยเหลือคนอื่นในสังคมได้ เราารู้สึกชีวิตเรามีค่ามากขึ้น โดยเฉพาะต่อส่วนรวมไม่ว่าจะเป็นคนในหมู่บ้าน หรือคนที่ล้นจร คือกล้าที่จะช่วยเหลือคนได้มากขึ้น” (FG2)

“คือมันเป็นโครงการที่ดี พี่เป็นชาวบ้านธรรมดาที่เข้ามาร่วมตรงนี้ ถ้ามีใครในบ้านหรือหมู่บ้าน (เจ็บป่วยฉุกเฉิน) คิดว่าน่าจะช่วยเหลือได้ไม่มากก็น้อย อย่าง น้อย ๆ 1669 เราจำได้ กล้าโทรเรียกไว้ก่อน และน่าจะประเมินอาการของคนที่เราเป็นอยู่ตอนนั้นได้ อย่างเมื่อก่อนมีประสบการณ์คนในบ้านพ่อกับอาการพาส่งโรงพยาบาล ค่าบีมหัวใจ เราทำอะไรไม่ถูกช่วยอะไรไม่ได้เลย แต่ถ้าตอนนี้เราคิดว่าเราน่าจะช่วยเหลือได้” (FG1)

นอกจากนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนว่า ความเข้าใจในการจัดการ การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินของคนในชุมชนค่อนข้างน้อย หากได้มีการพัฒนาศักยภาพที่เพียงพอ จะเป็นประโยชน์และสนับสนุนให้สามารถเข้าถึงการดูแลจากทีมสุขภาพที่รวดเร็วขึ้น

“มีความมั่นใจ ว่าเราสามารถช่วยเหลือ หากเจอเหตุการณ์จริง เพราะความรู้ที่ได้จากการอบรมนี้มันมาเสริมทำให้เราช่วยคนอื่นได้ด้วย” (FG1)

“จริง ๆ อยากให้ชาวบ้านได้มาอบรมกันเยอะๆ เพราะว่าคนบ้านเราเค้าจะไม่ค่อยเข้าใจกับเรื่องแบบนี้ (การโทรแจ้งเหตุ)... อีกอย่างทางเข้าหมู่บ้านมันจะลำบาก รถโรงพยาบาลที่จะเข้าไป...ก็ไม่ถึง มันต้องข้ามห้วยและขึ้นเขา การเดินทางจะลำบากมากค่ะ...อย่างน้อยต่อไปเมื่อมีการวางแผนทำโครงการดี ๆ แบบนี้ ต่อไปคนไข้ที่อยู่แถวบ้าน มีอาการรุนแรง คนแก่ๆที่มีอาการฉุกเฉิน ได้มีการหาหมอได้ทันเวลา...ถ้าเค้าโทรหาโรงพยาบาลได้ จะได้ช่วยได้รวดเร็ว” (FG2)

ยกระดับสมรรถนะ (increased competency)

ผลการสะท้อนคิดจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านการอบรมพัฒนาสมรรถนะตามแนวทางของหลักสูตรฯ พบว่า หลังการอบรมต่อเนื่องทำให้มีสมรรถนะในการจัดการ ดูแล ช่วยเหลือในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในหลากหลายประเด็น เช่น ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องอาศัยทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องแม่นยำ นอกจากนี้ ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้พื้นฐานในการช่วยชีวิตเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับการอบรม ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถลำดับขั้นตอนในการช่วยเหลือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนเพิ่มเติมในประเด็นของ

สมรรถนะที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ ทักษะการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AED) ที่ผ่านการปฏิบัติจริง ซึ่งจำเป็นและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

“ได้มีความเข้าใจมากขึ้นในการ CPR อย่างเมื่อก่อนเราไม่ได้รู้ขั้นตอนว่าต้องทำยังไงเท่าไร คิดว่าตัวเองน่าจะไปช่วยคนอื่นได้ รู้สึกตัวเองมั่นใจขึ้น” (FG1)

“การอบรมครั้งนี้ทำให้ได้ความรู้หลายๆ ด้าน ทั้งการ CPR ทั้งการเจอผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ แล้วก็ทำให้เราประเมินเหตุการณ์ได้ว่าเราควรทำอะไรก่อน ลำดับขั้นตอนยังไงก่อน เราจะโทรไปโรงพยาบาล เราจะวิ่งไปเอาเครื่องกระตุ้นหัวใจหรือว่าเราจะประเมินผู้ป่วยว่าเค้าเป็นอะไร เป็น stroke (โรคหลอดเลือดสมอง) หรือเป็นลมปกติ (FG2)

“ได้ความรู้เพิ่มขึ้นค่ะ... เช่น คนเป็นลมอยู่กลางตลาดนัด เราสามารถบอกให้คนที่เข้ามาช่วยเราจะมีกี่คน ช่วยบอกให้เค้าหลีกเลี่ยงเพื่อที่จะประเมินสถานการณ์ค่ะ” (FG1)

“สำหรับเราอันดับแรกคือได้ความรู้เพราะเราไม่มีพื้นฐานอะไรเลยว่างเปล่า เหมือนได้เติมความรู้ คือเป็นสิ่งที่สำคัญมากเราสามารถแยกแยะได้ว่าควรจะทำลำดับเหตุการณ์ยังไงจะช่วยเค้าแบบไหนที่ปลอดภัยทั้งตัวเค้าและเรา” (FG2)

“บอกตรง ๆ เลยนะคะ เหมือนเครื่อง AED เนี่ยะ ตอนแรกอาจจะไม่รู้จุกด้วยซ้ำ ก็มารู้จุกกับโครงการนี้ บอกจากใจตรง ๆ เลยคะว่าไม่รู้จุก.....(หัวเราะ)... พอได้ปฏิบัติจริง ก็ได้รับแล้ว” (FG2)

ความมั่นใจ (Confidence)

ประเด็นความมั่นใจ เป็นประเด็นที่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกราย สะท้อนคิดหลังผ่านการอบรมสมรรถนะการประเมินภาวะคุกคามชีวิตและการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ต่างมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น ในการประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย จากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ความมั่นใจในทักษะที่จำเป็นในการช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น การประเมินอาการ การโทรขอความช่วยเหลืออย่างถูกต้องครบถ้วน การกดหน้าอก การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ ซึ่งหลายรายผ่านประสบการณ์การเผชิญเหตุบุคคลใกล้ตัวเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนการอบรม ซึ่งสะท้อนถึงความไม่มั่นใจในการให้การช่วยเหลือ และไม่สามารถลำดับขั้นตอนในการแจ้งเหตุและการช่วยเหลือเบื้องต้นได้

“เมื่อก่อนเคยอบรม CPR เค้าก็จับมือเราทำ แต่ไม่รู้ยังไง หรือเราโง่ คือเราไม่เข้าใจว่าเราจะทำได้มั้ยไม่มีความมั่นใจเลยคะที่จะทำ...หรือแค่เค้าสอนแค่ CPR ไม่ได้มีขั้นตอน แต่โครงการนี้มีการลงรายละเอียด ถ้าเราเจอคนคนหนึ่งที่หมดสติเราสมควรจะ CPR มั้ย ประเมินอาการประมาณไหนควรทำอย่างไร จึงทำให้เรารู้สึกเกิดความมั่นใจมากขึ้นถึงตอนนี้ยังไม่เจอเหตุการณ์จริง แต่คิดว่าถ้าเจอเราช่วยเหลือได้ค่ะ” (FG2)

“เมื่อก่อนเราไม่มีความมั่นใจเรื่อง CPR เลย ต้องกดประมาณไหน...การอบรมครั้งนี้ทำให้เราได้อะไรมาเยอะ...เป็นการอบรมที่ดี” (FG1)

“การอบรม...ทำให้เรามั่นใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่นมากขึ้นคะ เกิดความมั่นใจว่าถ้าเกิดเหตุการณ์เราสามารถวิ่งเข้าไปช่วยได้เลย ไม่เหมือนสมัยก่อนที่ เฮ้ย เราจะเข้าไปตีหม้อหรือเข้าไปแล้วเราจะทำอะไรแบบนี้คะ ตอนนี้เรารู้แล้วเรามั่นใจแล้วว่าเราสามารถวิ่งเข้าไปได้ ประเมินเหตุการณ์ได้ ไปลำดับขั้นตอนว่าเราสมควรทำอะไรก่อน เราจะโทรตามโรงพยาบาลมั๊ย เราจะโทรยังงี้ จะต้องบอกเหตุการณ์ยังงี้ หรือบอกให้คนรอบข้างต้องทำ ยังงี้อะไรแบบนี้คะ” (FG1)

การสร้างความยั่งยืน (Sustainability)

การฟื้นฟูทักษะและการติดตามต่อเนื่องเป็นประเด็นที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสะท้อนและเสนอแนะ เพื่อความยั่งยืนและเกิดผลกระทบในวงกว้าง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เล็งเห็นความจำเป็นของการทบทวนทักษะและความรู้อย่างสม่ำเสมอเดือนละ 1 ครั้ง หากหน่วยงานรัฐสามารถดำเนินการ ทั้งด้านทรัพยากรบุคคล เวลา และงบประมาณ ซึ่งส่งผลดีต่อการคงไว้ซึ่งสมรรถนะที่ต่อเนื่องเพราะประเด็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา หากคนในชุมชนไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดการเลือนหายของความรู้ ความมั่นใจและทักษะที่จำเป็นได้

นอกจากนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้สะท้อนประเด็นของการขยายผลกลุ่มผู้เข้าอบรมให้มีความครอบคลุมกระจายไปทุกหมู่บ้านของอำเภอ อาจมีการคัดเลือกจากผู้นำหมู่บ้านหรือการคัดเลือกจากตัวแทนหมู่บ้านเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ผ่านการอบรมกลับไปดูแลคนในชุมชนในอนาคตซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง

“ควรมีการติดตามต่อเนื่อง เช่นเดือนละครั้ง หรือจะอบรมให้คนใหม่เพื่อกระจายความรู้ให้คนในชุมชนน่าจะได้ประโยชน์ (FG2)

คิดว่าการทบทวนหากวิทยากรว่างน่าจะเป็นเดือนละครั้ง เพราะถ้านานกว่านี้น่าจะลืม แต่ถ้ามืออบรมรุ่นใหม่น่าจะเป็นเรื่องที่ดีเลย หรือถ้าเรา (รุ่น 1) มาร่วมด้วย จะเป็นการอย่างน้อยรุ่นหลังได้เห็นว่าเราเป็นรุ่นแรก หากอยู่หมู่บ้านเดียวกัน เพื่อเกิดเหตุได้โทรไปช่วยกัน เราสามารถช่วยเหลือกันได้” (FG2)

“อยากให้เพิ่มการสะท้อนการปฏิบัติของผู้เข้าอบรมแต่ละราย บางครั้งเราคิดว่าเราทำดีแล้วแต่ในทางวิชาการเราไม่แน่ใจ ซึ่งหากสะท้อนจะทำให้ผู้เข้าอบรมจะได้พัฒนาและปรับเพื่อความถูกต้อง” (FG2)

ถ้ามีรุ่นหลังอยากให้คัดมาจากตัวแทนหมู่บ้าน ถ้าเรามีลูกบ้านที่คัดกรองมาจากผู้ใหญ่ ดูนีความสำคัญ ผู้นำก็จะได้รู้ว่า 2 คนนี้ มาอบรม แล้วเราเป็นรุ่นแรก รวมเป็น 3 ถ้าเกิดเหตุการณ์คนเป็นลม จะในเวลากลางวัน กลางวัน อย่างน้อยๆ หมู่บ้านเราไม่ใหญ่เกินไป โทรตาม 3 คนที่มี อย่างน้อยเราได้ช่วยกันได้ ถ้ามีผู้นำมาร่วมด้วยถือว่าเป็นข้อดี มันจะเป็นจุดแข็ง การที่ผู้ใหญ่บ้านได้รับรู้สิ่งที่เราทำเนี่ยคะ และมีคนอื่นมาสานต่อ...เป็นกลุ่มเด็ก ๆ วิทยุรุ่นไซเบอร์ก็ได้ก็น่าจะดี” (FG2)

อุปสรรค (challenges)

ในด้านปัญหาอุปสรรคที่อาจส่งผลต่อการเรียนรู้ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลพบว่า ประเด็นด้านจำนวนสมาชิกในกลุ่มที่มีปริมาณค่อนข้างมากต่อวิทยากร 1 ราย อาจส่งผลต่อการปฏิบัติที่ไม่ทั่วถึงการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติอาจไม่สามารถครบถ้วนในบางราย จึงอาจจำเป็นต้องพิจารณาในการจัดสรรกลุ่มเพื่อการเข้าฐานปฏิบัติการในขนาดที่เล็กลง เช่น ฐานละ 4-5 ราย ซึ่งจะส่งผลต่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมครบถ้วน

นอกจากนี้ ประเด็นด้านสถานที่ คือข้อจำกัด ที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อน โดยลักษณะกิจกรรมเป็นสถานการณ์จำลอง มีการแสดงสถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีการออกเหตุจริงของสถานพยาบาล ส่งผลให้แต่ละฐานมีกิจกรรมที่ใช้เสียงซึ่งอาจเป็นการรบกวนระหว่างกลุ่มได้ ดังนั้นการจัดสถานที่ที่มีการแยกส่วนและลดการรบกวนระหว่างกลุ่มจะส่งผลดีต่อการเรียนรู้ที่ดีของผู้เข้าอบรมได้

ประการต่อมา คือ ด้านการจัดสรรเวลา อาจต้องคำนึงถึงบริบทด้านการประกอบอาชีพของคนส่วนใหญ่ในพื้นที่ เช่น ภาคใต้ คนส่วนใหญ่อาชีพทำสวนยางพารา ซึ่งธรรมชาติของอาชีพ จะเสร็จสิ้นงานและว่างในช่วงบ่าย ดังนั้น การจัดกิจกรรมเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบกับการหารายได้ของคนในพื้นที่ ควรดำเนินการในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มพื้นที่เป็นหลัก

“การอบรมเวลาแบ่งกลุ่ม ๆ หนึ่งก็หลายคนเวลาปฏิบัติอาจไม่ทั่วถึง ถ้าเพิ่มวิทยากรหรือเพิ่มกลุ่ม ทุกคนจะได้จริงจังในการปฏิบัติ ได้ทำทุกตำแหน่ง” (FG2)

“สถานที่ ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ด้วยกิจกรรมสถานการณ์จำลอง เราใช้เสียง แสดงสมบทบาทอาจกระทบและรบกวนระหว่างกลุ่ม” (FG2)

“ด้วยอาชีพของคนพื้นที่ส่วนใหญ่ทำสวนยางพารา แต่ถ้าจัดกิจกรรมช่วงบ่ายน่าจะเหมาะสมและไม่มีปัญหา” (FG1)

กลวิธีที่มีประสิทธิภาพ (Effective strategies)

จากการสะท้อนคิดของผู้ให้ข้อมูล ถึงกลวิธีที่ทำให้ผู้เข้าอบรมเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ จนสะท้อนถึงการมีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะ คือ หลักสูตรฯ นี้เน้นการปฏิบัติมากกว่าทฤษฎี ทำให้เกิดการเรียนรู้จริงจากการปฏิบัติ การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เช่น การโทรแจ้งเหตุไปยังโรงพยาบาลจริง การใช้ AED 0ณ จุดติดตั้งจริง และการออกรับเหตุของสถานพยาบาลจริง เป็นการกระตุ้นและเร้าอารมณ์ทำให้มีความตื่นตัวและหารดึงความรู้มาใช้ในการปฏิบัติ

สำหรับประเด็นการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ เป็นประเด็นที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงข้อดีและเป็นจุดเด่นในการปฏิบัติที่ทำให้เกิดเรียนรู้ การทดลองใช้จริงตามหลักการทำงานของเครื่องส่งผลให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจเพิ่มขึ้นในการนำไปใช้ในอนาคต

“จุดเด่นของโครงการนี้คือการปฏิบัติเพราะที่ผ่านๆ มา คำก็พาไปนั่งสอนแล้วคำทำให้ดู แต่ครั้งนี้เราได้ลงมือปฏิบัติว่าการโทรไป 1669 โทรไปต้องรายงาน case ยังไง ต้องบอกเค้าสถานที่อยู่ตรงไหน... การใช้เครื่อง AED เหมือนกันค่ะ อยู่อนามัยก็ไม่ค่อยได้ใช้” (FG1)

บอกตรง ๆ จากใจเลยว่า ตอนแรกคิดว่า อบรมอะไร ไม่เข้าใจ คงมานั่งหาว นั่งง่วงอีก
แน่ หนูคิดแบบนั้น แต่ผลสุดท้าย พอได้มาทำจริงๆ คือไม่ได้นั่งง่วงเลยคะ คือมีความรู้สึก
เราไม่ได้นั่งเฉย เราได้ทำ ได้ปฏิบัติ จริงๆ ได้สนุก อยู่กับเพื่อนๆ กับ อสม.และอาจารย์ ทุก
คนก็จะแนะนำบอก สอนทุกอย่าง ไม่เข้าใจก็สอน ดีใจที่มาอยู่ตรงนี้” (FG2)

“เรื่องสถานการณ์จำลอง ตอนที่บอกว่าเดี่ยวเค้าให้โทรจริงหนูตื่นตื่นมาก คือโครงการทำ
ได้สมจริงมาก อย่างน้อยหนูคิดเลยว่า ใครจะตายหนูช่วยได้แล้ว.... การที่ว่าได้ทำ
สถานการณ์จริงทุกอย่าง เราได้เอาไปเป็นบทเรียน หรือให้ความรู้เด็กๆ น้อยๆ ในโรงเรียน
ได้” (FG2)

“เป็นโครงการที่ไม่เน้นทฤษฎี มีการเน้นปฏิบัติ ระยะเวลาสั้นแต่ได้ผลจริง คิดว่าเป็นจุดเด่น
ข้อแรก และที่ เครื่อง AED ค่ะ ถือว่าเป็นจุดเด่น เพราะตอนนี้นี่ที่อนามัยมีทุกแห่ง อย่าง
ตอนเค้ามาส่งเครื่องมีการอธิบายคร่าวๆแล้ว แต่คิดเลยว่าถ้าเราไม่ได้เข้าโครงการนี้ เราจะ
ทำไม่เป็นแน่นอนทั้งชีวิตนี้ เพราะเราไม่ได้ใช้สถานการณ์จริง...พอเราได้ร่วมโครงการนี้ทำ
ให้เราเห็นว่าเครื่อง AED ไม่ได้ยากอย่างที่คิด”

“ตอนแรกคิดว่ามาอบรมน่าจะมานั่งหาวอีก บอกตรงๆ พี่กรีดยางตั้งแต่ 3 ทุ่ม ไม่ได้พัก
เลย มานั่งอบรมวันหนึ่ง ไม่หลับเลย คือเหมือนการถ่ายทอด เรารับได้หมด ถ้าปกติไปงาน
อื่นคงนั่งสัปหงก แต่ไม่เลย...มันมีการตื่นตัว ทำให้เราอยากรู้ ได้ทำจริง และจำได้
และวิทยากรทุกคนก็ใจดี เป็นกันเอง”

2. การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นการรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development)
โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แกนนำชุมชน อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง
พื้นที่นาร่อง อ.วิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกล ผู้วิจัยจะอภิปรายผลตามคำถามการวิจัย
ได้แก่

1. แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนห่างไกลพื้นที่ อำเภอวิภาวดี
เป็นอย่างไร

2. ความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการอบรม
หลักสูตรการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิต สูงขึ้นหรือไม่

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน
ห่างไกลพื้นที่ อำเภอวิภาวดีเป็นอย่างไร ผลการวิจัยในระยะที่ 1 จากการศึกษาสถานการณ์และบริบทชุมชน
พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สะท้อนถึงการต้องการความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะในการประเมินอาการ
เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุหรือคนในชุมชน ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนมีความรู้ในการประเมิน
อาการ (Oslislo et al., 2021) การช่วยเหลือเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือด
สมองค่อนข้างน้อยและส่วนใหญ่มักนิยามของอาการที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ด้วยนิยามของ

คำว่า “เป็นลม” ซึ่งส่งผลให้ความตื่นตัวเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการที่พบเห็นน้อย โดยมักมีการปฐมพยาบาลหรือให้การช่วยเหลือ ที่ไม่ถูกต้องเช่นการดมยาหรือน้ำมันหอมระเหยการบีบวดประเด้นดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมองมีอาการที่รุนแรงหรือได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพภายในระยะเวลาที่ไม่เหมาะสม (Nemeth et al., 2016) การประเมินอาการและความรุนแรงเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุในบ้านหรือคนในชุมชนสำหรับผู้ประสบเหตุหรือผู้ใกล้ชิดผู้เจ็บป่วยเป็นประเด็นปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สะท้อนถึงการไม่สามารถประเมินความรุนแรงและลำดับการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์การประสบเหตุของการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนเกิดความไม่มั่นใจในการโทรแจ้งเหตุหรือสื่อสารกับ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพโดยเฉพาะการแจ้งเหตุ 1669 หรือสายตรงไปยังโรงพยาบาลซึ่งมีเจ้าหน้าที่ทำการซักถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการออกเหตุ (Møller et al., 2021) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สะท้อนถึงความไม่เข้าใจและวัตถุประสงค์ที่เจ้าหน้าที่พยายามขอข้อมูลเพื่อการออกเหตุที่รวดเร็วและถูกต้องกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่สามารถลำดับเหตุการณ์รวมถึงข้อมูลต่างๆ ในการโทรแจ้งเหตุในบางกรณีเกิดความไม่เข้าใจและแสดงอารมณ์ต่อการซักถามข้อมูลของเจ้าหน้าที่ (Chien et al., 2019) ซึ่งเป็นการสื่อสารเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการร้องขอความช่วยเหลือหรือการแจ้งเหตุทำให้ทีมสุขภาพสามารถออกเหตุได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง (Riou et al., 2020) หรือในบางกรณีที่มีความจำเป็นต้องแนะนำการสอนการกดหน้าอกหรือการช่วยฟื้นคืนชีพผ่านทางโทรศัพท์ (Riou et al., 2021)

ประเด็นของการไม่สามารถสื่อสารหรือเกิดความกลัวในการตรวจแจ้งเหตุ ส่งผลให้ชาวบ้านตัดสินใจในการนำส่งผู้ป่วยด้วยตนเองซึ่งอาจทำให้ใช้เวลานานในการนำส่ง (Balk et al., 2019) หรือผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลภายในเวลาที่ระหว่างทางที่ไม่เหมาะสมอันส่งผลต่อความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตและการเสียชีวิตได้ ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพที่ยังไม่เพียงพอหรือถูกต้องตามหลักวิชาการส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจและไม่สามารถปฐมพยาบาลหรือช่วยเหลือเบื้องต้นในช่วงของการนำส่งหรือการรอเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเข้าให้การช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของเซอร์โบวิช และคณะ ที่พบว่า ผู้ดูแลในชุมชน มีความมั่นใจและทักษะที่ลดลงหากขาดประสบการณ์และการพัฒนาทักษะที่เพียงพอ (Zherebovich et al., 2021) จากการศึกษาสถานการณ์ของการวิจัยนี้จึงเป็นที่มาของการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนซึ่งชุมชนมองว่าทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพมีความรู้ความมั่นใจ รวมถึงสมรรถนะที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเบื้องต้นจะเป็นส่วนช่วยสนับสนุนให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการช่วยเหลือผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยลักษณะของพื้นที่ที่มีความยากลำบากในการเข้าถึงบางพื้นที่ใช้เวลานานในการเข้าให้การช่วยเหลือ ซึ่งหากมีการพัฒนาสมรรถนะของคนในชุมชนให้สามารถกระจายอยู่ในทุกพื้นที่อาจเป็นส่วนช่วยให้สามารถดูแลและร้องขอความช่วยเหลือรวมถึงลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองที่จำเป็นต้องประกันด้วยระยะเวลาที่รวดเร็ว (Fratia et al., 2020)

ผลการวิจัยพบว่า การตอบสนองความต้องการและสภาพปัญหาของชุมชนในด้านการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนเพื่อให้สามารถสนับสนุนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพจึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการพัฒนาโดยการ

พัฒนาองค์ความรู้ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของคนในพื้นที่และเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตั้งแต่ระดับประชาชนและหน่วยงานในพื้นที่สู่การยกระดับมาตรฐานการดูแลในภาวะฉุกเฉินเชิงระบบ (Anthony, 2011) ประเด็นดังกล่าวจึงนำมาสู่การพัฒนาหลักสูตรการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลในชุมชนโดยมีกระบวนการของการพัฒนาหลักสูตรที่มีระเบียบแบบแผน และกรอบแนวคิด ทฤษฎีที่มีความเหมาะสมเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ ให้มีความครอบคลุมประเด็นด้านความรู้ความมั่นใจและ สมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ที่ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหรือช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเป็นการศึกษาใน กลุ่มของเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครในการออกเหตุเป็นส่วนใหญ่ซึ่งมีการศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรหรือการ จัดอบรมที่มุ่งเน้นบริบทของชุมชนค่อนข้างน้อย อีกทั้งประเด็นด้านความรู้เพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือเมื่อ เกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญสำหรับประชาชนในชุมชน (Xu et al., 2015) ทั้งนี้การพัฒนาควรควบคู่ ไปกับศักยภาพด้านความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ (Dobbie et al., 2018; Shams et al., 2016) การ ตัดสินใจที่ศรัทธาและทักษะที่จำเป็นในการช่วยเหลือเกิดเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินร่วมด้วย (Ning et al., 2021) ผ่านระบบสนับสนุนการฝึกฝนกลุ่มอาสาสมัครอย่างเป็นรูปธรรม (Shi et al., 2018) การพัฒนาศักยภาพด้าน การฟื้นคืนชีพหรือการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินมักเป็นในรูปแบบของการจัดอบรมที่เน้นการบรรยายและ สาธิต ที่ระยะไม่มีการติดตามที่ต่อเนื่องเพียงพอ จึงอาจส่งผลกระทบต่อคงอยู่ด้านความรู้หรือทักษะด้านต่างๆ ที่มี ความจำเป็นในการช่วยฟื้นคืนชีพ ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความกลัวและไม่ใจในการช่วย ฟื้นคืนชีพด้วยวิธีการกดหน้าอก ด้วยเหตุผลของความกลัวถึงผลข้างเคียงของการทำและอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับ ผลเสีย (Breckwoldt et al., 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ประชาชนมีความกลัวในการทำ CPR ปัจจุบันดังกล่าวเป็นอุปสรรคในการช่วยฟื้นคืนชีพและจำเป็นต้องได้รับการสร้างความเข้าใจและการพัฒนา สมรรถนะต่อไป (Pei-Chuan Huang et al., 2019; Schmid et al., 2016) นอกจากนี้ ประเด็นการใช้ เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AED) เป็นประเด็นที่มีความท้าทายในการพัฒนาศักยภาพชุมชนของประเทศไทย ซึ่งความทั่วถึงและกระจายตัวของเครื่อง AED และสมรรถนะการใช้ที่ถูกต้องของคนในพื้นที่ยังมีน้อย ซึ่ง แตกต่างจากประเทศที่พัฒนาที่พบว่าอัตราการกระจายตัว การเข้าถึงและการใช้ AED เมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุด เต็มในพื้นที่สาธารณะค่อนข้างสูง (Murakami et al., 2014) ซึ่งการใช้ AED ที่ถูกต้องรวดเร็วเมื่อเกิดเหตุนอก โรงพยาบาลจะช่วยเพิ่มโอกาสรอดของผู้ป่วยได้ (Berger, 2020; Kiyohara et al., 2019; Nakashima et al., 2019)

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น นำสู่การพัฒนาหลักสูตรเพื่อการจัดอบรมและดำเนินกิจกรรมที่มีความ เหมาะสมเป็นการเรียนรู้ที่มีความเหมาะสมสู่การพัฒนาทั้งด้านความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการปฏิบัติ ผลการวิจัยในระยะที่ 2 พบว่า การพัฒนาหลักสูตร เกิดจากกระบวนการสำรวจปัญหาและความต้องการเชิง พื้นที่ ร่วมกับออกแบบร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ซึ่งงานวิจัยนี้ มีเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในการ ร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรและยกย่องรูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบท ชุมชนมากที่สุด นอกจากนี้ ยกย่องหลักสูตรได้ถูกรวบรวมและพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ และการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสู่การยกระดับมาตรฐานโดยการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและระบบบริการสุขภาพฉุกเฉิน โดยพบว่า หลักสูตรที่สร้างขึ้นมุ่งเน้นทักษะการปฏิบัติ

ซึ่งเน้นสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นการกระตุ้นการเรียนรู้ และความตื่นตัวในการปฏิบัติ รวมถึงกระบวนการการฟื้นฟูทักษะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หลักสูตรส่วนใหญ่เกี่ยวกับประเด็นการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เป็นการอบรมที่ขาดความต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการลดลงของความรู้และทักษะจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการฝึกทบทวนทักษะจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพได้ดี (Abelairas-Gómez et al., 2021) และยังพบว่า ความถี่ที่เพิ่มขึ้นของฝึกปฏิบัติส่งผลต่อประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้เข้าอบรม (Anderson et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การอบรมและการฝึกแบบการทบทวนทักษะซ้ำส่งผลต่อประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพและความมั่นใจในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าการฝึกอบรมเพียงครั้งเดียวที่นิยมใช้ในการฝึกในปัจจุบัน (Gonzi Lez-Salvado et al., 2019; Oermann et al., 2020) นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมที่มีการติดตามประเมินทักษะ การมีวิทยากรที่เพียงพอและ การพัฒนาการใช้ AED ของประชาชนเป็นการเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพของผู้เข้าอบรมที่ดี (Jensen et al., 2019)

นอกจากนี้ กระบวนการวิจัยในระยะที่ 3 เพื่อประเมินผลของหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ซึ่งมีสมมติฐานที่ว่า ความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ซึ่งผลจากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ภายหลังการได้รับการอบรมโดยใช้หลักสูตรฯ ในสัปดาห์ที่ 1 4 และ 8 เพิ่มขึ้น แต่เมื่อประเมินผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทีละคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และก่อนการได้รับความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และก่อนการได้รับความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดการอบรมครั้งที่ 2 และ 3 เป็นการนำความรู้ที่ได้จากครั้งที่ 2 มาใช้ในการประเมินคัดกรองและช่วยเหลือฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์จำลองจริงในชุมชน จึงอาจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ในการนำมาใช้เพิ่มขึ้นมากกว่าการได้รับความรู้โดยการบรรยายและฝึกทักษะในฐานจำลองเท่านั้น

สำหรับผลการประเมินความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ก่อน และหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 4 ระยะ ($F_{(1, 39)} = 6423.913, p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบทีละคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจ ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งประเด็นดังกล่าวอาจเกิดจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นกลุ่ม อสม. ซึ่งมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพชุมชนมากกว่ากลุ่มทั่วไป อย่างไรก็ตาม จากรูปแบบกิจกรรมในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพ มีการฝึกปฏิบัติการใช้ AED ผ่านสถานการณ์จำลอง ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้ AED เกิดความไม่มั่นใจ แต่พบว่าหลังมีการฟื้นฟูทักษะในครั้งที่ 2 และ 3 กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตาม

ผลที่ปรากฏของการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความมั่นใจในการใช้ AED ไม่เปลี่ยนแปลงหลังการทดลองทันทีแต่มีการเพิ่มขึ้นเมื่อมีการฟื้นฟูทักษะอย่างต่อเนื่อง (Ahn et al., 2011; Woollard et al., 2004)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ระหว่าง ก่อน และหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 4 ระยะ ($F_{(1, 39)} = 35998.594$, $p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบทีละคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอโรนนิ (Bonferroni) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่า การจัดการกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ทุก 3-6 เดือน จะเป็นการเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติที่ดี (Riggs et al., 2019) และยังพบว่า ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้เข้าอบรมจะลดลงหลังระยะเวลา 2 เดือนหลังการอบรม (Einspruch et al., 2007) อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่า การระบาดของโควิดส่งผลต่อการรวมกลุ่มของประชาชนจนส่งผลกระทบต่อความยากลำบากในการจัดการกิจกรรมพัฒนาทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยพบว่า มีการศึกษาที่มีการปรับเปลี่ยนการจัดอบรมพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในรูปแบบออนไลน์ซึ่งพบว่าสามารถส่งเสริมความรู้ของผู้เข้าอบรมได้มากกว่าการอบรมแบบปกติและสามารถเพิ่มจำนวนผู้เข้าอบรมได้มากขึ้น (Ali et al., 2021) ทั้งนี้ เมื่อศึกษาผลการพัฒนา ความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะ ในการการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ในแต่ละช่วงสัปดาห์ต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองเป็นรายคู่ พบว่า ความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับ แต่กลับพบว่า อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระยะเวลาการฟื้นฟูทักษะหลัง 6 เดือนมีความจำเป็นต่อการคงอยู่ของทักษะต่าง ๆ ทั้งการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้ AED โดยการใช้กิจกรรมการฟื้นฟูทักษะเพียง 2 ชั่วโมงพบว่าเพียงพอและมีประสิทธิภาพในการรื้อฟื้นทักษะของผู้เข้าอบรม (Andresen et al., 2008) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ ที่ดำเนินการทบทวนทักษะ จำนวน 8 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง ในระยะเวลา 2 เดือน ทั้งนี้ จากผลการประเมินการจัดการจัดการกิจกรรมและการพัฒนา ความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการเฝ้าระวังภาวะและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุในผู้ดูแล ในระยะที่ 4 ต่างสะท้อนถึงความรู้ ความมั่นใจและ ทักษะที่เพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่เสนอให้มีการทบทวนและฟื้นฟูทักษะซ้ำในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน หลังการอบรม เนื่องจากอาจส่งผลให้มีการลดลงของความรู้ ความมั่นใจและทักษะ ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวส่งผลต่อการพัฒนาคนในชุมชนและการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ (Ro et al., 2016; Scapigliati et al., 2021) และผลจากการสะท้อนมุมมองของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมครบตามระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนด ได้สะท้อนถึงข้อดีของลักษณะกิจกรรมที่ใช้สถานการณ์จำลองและการฝึกปฏิบัติที่เสมือนจริง ทำให้เป็นการกระตุ้นการเรียนรู้ เกิดความตื่นตัวตลอดระยะเวลาการอบรม โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเล็งเห็นถึงความสำคัญและต้องการให้มีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ด้วยลักษณะการจัดการอบรมที่เป็นการแบ่งกลุ่มในการฝึกปฏิบัติอาจมีข้อจำกัดในประเด็นสถานที่และความเหมาะสมของขนาดของกลุ่ม มีควรวิจารณาจำนวนที่ไม่มากจนเกินไปเพื่อให้สามารถปฏิบัติและเกิดการเรียนรู้อย่างทั่วถึง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ในพื้นที่อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 กระบวนการในการพัฒนาแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาความต้องการ 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การทดลองใช้ และ 4) การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 25 ราย บุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย อาจารย์ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 16 ราย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และญาติ จำนวน 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ประเมินความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แบบประเมินความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน-20 (KR-20) เท่ากับ 0.78 และแบบประเมินความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแบบประเมินความรู้สมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ มีการวิเคราะห์มูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการ coding และ theming ตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 6 ขั้นตอนของ Creswell (2016) ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับคะแนนความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน 4 ช่วงเวลา คือ ก่อน หลังการใช้ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni)

ผลการวิจัยพบว่า

1. จากการศึกษาสถานการณ์ความต้องการ พบประเด็นปัญหาด้านการเข้าถึงระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ได้แก่ การขาดความรู้ในการช่วยเหลือ (Insufficient Knowledge) การสื่อสารและการแจ้งเหตุ (Call for help) สติและความมั่นใจ (Consciousness/confidence) ไม่สามารถประเมินอาการเบื้องต้น (Missing Assessment) และความต้องการการพัฒนาสมรรถนะ (Need competency development)

2. หลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล เป็นหลักสูตรที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะของผู้เข้าอบรมในการประเมินอาการเบื้องต้นจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน โดยมีรูปแบบการอบรมผสมผสาน การศึกษาด้วยตัวเองผ่านสื่อสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย การอบรมให้ความรู้โดยวิทยากร การฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง (Case Scenario) และการฝึกทบทวนความรู้และทักษะในรูปแบบฐานปฏิบัติการ (OSCE) ทั้งนี้ ภายในหลักสูตรแบ่งเป็นการให้ความรู้ในภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมง การฝึกภาคปฏิบัติจำนวน 4 ชั่วโมง การปฏิบัติทบทวนทักษะจำนวน 8 ชั่วโมง และการปฏิบัติเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนจำนวน 8 ชั่วโมง และแบ่งกระบวนการเรียนรู้เป็น 3 ครั้ง ครั้งละ 8 ชั่วโมง โดยการติดตามและฝึกปฏิบัติในครั้งที่ 2 ห่างจากการอบรมให้ความรู้ในครั้งที่ 1 1 เดือน และการติดตามและฝึกปฏิบัติในครั้งที่ 3 ห่างจากการติดตามในครั้งที่ 2 1 เดือน

3. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุนระหว่าง ก่อน และหลังการใช้หลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 4 ระยะ ($F_{(1, 39)} = 4622.348, P < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบทีละคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอร์โรนี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และก่อนการได้รับความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และก่อนการได้รับความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

4. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุนระหว่างก่อนและหลังการใช้หลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 4 ระยะ ($F_{(1, 39)} = 6423.913, p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบทีละคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอร์โรนี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจ ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุนระหว่าง ก่อน และหลังการใช้หลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 4 ระยะ ($F_{(1, 39)} = 35998.594, p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบทีละคู่โดยใช้วิธีการของบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

6. จากการสะท้อนคิดของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในชุมชน พบประเด็นที่เกี่ยวข้องจากการประเมินหลักสูตร และการจัดอบรม ได้แก่ ประโยชน์และคุณค่า (benefits and value) ยกระดับสมรรถนะ (increased competency) ความมั่นใจ (Confidence) การสร้างความยั่งยืน (Sustainability) อุปสรรค (challenges) กลวิธีที่มีประสิทธิภาพ (Effective strategies)

2. ข้อจำกัดการวิจัย

การจัดกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน 8 สัปดาห์ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามระยะที่กำหนด 3 ครั้ง จำนวน 14 ราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพียง 26 ราย

ลักษณะการวิจัยในระยะที่ 3 เป็นการจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะ มีรูปแบบของการฝึกปฏิบัติทักษะเป็นฐานและการใช้สถานการณ์จำลอง จำนวน 4 ฐาน ทำให้มีข้อจำกัดด้านสถานที่ มีเสียงรบกวนระหว่างกลุ่ม อาจส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ในบางช่วง

การแบ่งกลุ่มปฏิบัติการฝึกทักษะมีจำนวนสมาชิกกลุ่มละประมาณ 10 คน ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการปฏิบัติอย่างทั่วถึงภายใต้เวลาที่กำหนด ซึ่งควรมีการแบ่งกลุ่ม 4-5 คนต่อกลุ่มจะสามารถกระตุ้นการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติทักษะต่างๆได้อย่างครอบคลุม

จากลักษณะการประกอบอาชีพส่วนใหญ่งานพารากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่และของคนในพื้นที่ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเช้า ซึ่งควรมีการพิจารณาดำเนินกิจกรรมในช่วงบ่ายจะสามารถทำให้มีผู้เข้าร่วมตามกำหนด

ในระยะของการวิจัยครั้งนี้ ยังไม่มีกลุ่มผู้เข้าอบรมพบอุบัติเหตุหรือประสพเหตุของการเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภาวะคุกคามชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดสมองในชุมชน จึงทำให้ไม่สามารถประเมินหรือถอดบทเรียนในการใช้สมรรถนะจากการอบรมได้อย่างชัดเจนซึ่งควรมีการติดตามและประเมินในระยะยาวต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นคือ การพัฒนาหลักสูตรเพื่อรองรับการจัดกิจกรรมในการพัฒนา ความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เน้นทักษะการปฏิบัติมากกว่าการรับฟังการบรรยาย มีกระบวนการติดตามและฟื้นฟูทักษะที่ต่อเนื่อง ส่งให้ให้เกิดการเรียนรู้และทักษะในระยะยาว เพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของคนในชุมชนให้สามารถสนับสนุนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ระดับผู้บริหาร

ผู้บริหารระดับท้องถิ่นควรมีการผลักดันนโยบายในการพัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพของคนในชุมชน โดยกำหนดนโยบายและแผนงบประมาณในการจัดโครงการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพโดยเป็นลักษณะโครงการที่มีการติดตามและพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง

การผลักดันระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยมีการผลักดันการวิเคราะห์บริบทเชิงพื้นที่เพื่อเชื่อมต่อระบบการสื่อสารและการแจ้งเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการผลักดันและวางแผนการขยายการติดตั้งเครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ (AED) ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงหรือห่างไกลจากสถานพยาบาลในอนาคต

ควรมีการผลักดันและวางนโยบายการพัฒนาศักยภาพผู้ผ่านการอบรมแล้วอย่างต่อเนื่อง หรือดึงกลุ่มดังกล่าวยกระดับพัฒนาศักยภาพสู่การเป็นวิทยากรผู้ช่วย เพื่อเป็นกำลังหลักของชุมชนในการสร้างศักยภาพของตัวแทนในรุ่นต่อไป

2. ระดับผู้ปฏิบัติงาน

เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพสามารถนำหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินชีวิตสำหรับผู้สูงอายุและแนวทางการจัดกิจกรรมอบรมไปใช้ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาสมรรถนะประชาชนและส่งเสริมให้บุคคลในพื้นที่สามารถสนับสนุนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพนอกโรงพยาบาลได้ ซึ่งทำให้มีการกระตุ้นความรู้ ความมั่นใจและทักษะที่จำเป็นอย่างครอบคลุม

ในการดำเนินกิจกรรมอาจมีการปรับเปลี่ยนสถานการณ์จำลองที่มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ได้เพื่อเป็นการกระตุ้นการเรียนรู้และฝึกการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมอบรม นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมอาจมีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาตามความเหมาะสมโดยเน้นการติดตามอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูทักษะมากกว่าการบรรยายให้ความรู้

ควรมีการผลักดันและนำผู้ผ่านการอบรมพัฒนาสมรรถนะและเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นวิทยากรผู้ช่วยเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพที่มีอย่างต่อเนื่องสร้างความภาคภูมิใจและการเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ

3. ระดับประชาชน/ชุมชน

ควรมีการผลักดันตัวแทนชุมชนหรืออาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพครอบคลุมทุกหมู่บ้าน เพื่อให้มีทรัพยากรบุคคลที่มีความพร้อมสนับสนุนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพในทุกพื้นที่ และมีช่องทางการสื่อสารของคนในชุมชน เพื่อให้ผู้ผ่านการอบรมได้ให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นหรือระหว่างรอทีมสุขภาพเข้าให้การช่วยเหลือ

เอกสารอ้างอิง

- นภาพร ลีหมอกไล่, โยทะกา ฤคพงศ์ และ ปรียกมล รัชกุล. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. *พยาบาลสาร*, 43(3), 106-118.
- นิกร จันภิลม, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถใน การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(1), 24-34. 238-253.
- สุนทร ปราบเขต. (2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลอง และสถานการณ์จริงของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์ฉุกเฉินวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ยะลา. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 8(6), 238-253.
- Abelairas-Gómez, C., Martinez-Isasi, S., Barcala-Furelos, R., Varela-Casal, C., Carballo-Fazanes, A., Pichel-López, M., Fernández Méndez, F., Otero-Agra, M., Sanchez Santos, L., & Rodriguez-Nuñez, A. (2021). Training frequency for educating schoolchildren in basic life support: very brief 4-month rolling-refreshers versus annual retraining-a 2-year prospective longitudinal trial. *BMJ Open*, 11(11), e052478. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052478>
- Ahn, J. Y., Cho, G. C., Shon, Y. D., Park, S. M., & Kang, K. H. (2011). Effect of a reminder video using a mobile phone on the retention of CPR and AED skills in lay responders. *Resuscitation*, 82(12), 1543-1547. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.08.029>
- Ali, D. M., Hisam, B., Shaukat, N., Baig, N., Ong, M. E. H., Epstein, J. L., Goralnick, E., Kivela, P. D., McNally, B., & Razzak, J. (2021). Cardiopulmonary resuscitation (CPR) training strategies in the times of COVID-19: a systematic literature review comparing different training methodologies. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 29(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00869-3>
- Andersen, L. W., Kim, W. Y., Chase, M., Berg, K. M., Mortensen, S. J., Moskowitz, A., Novack, V., Cocchi, M. N., & Donnino, M. W. (2016). The prevalence and significance of abnormal vital signs prior to in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 98, 112-117. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.08.016>
- Anderson, R., Sebaldt, A., Lin, Y., & Cheng, A. (2019). Optimal training frequency for acquisition and retention of high-quality CPR skills: A randomized trial. *Resuscitation*, 135, 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.10.033>
- Andresen, D., Arntz, H. R., Gräfling, W., Hoffmann, S., Hofmann, D., Kraemer, R., Krause-Dietering, B., Osche, S., & Wegscheider, K. (2008). Public access resuscitation program including defibrillator training for laypersons: a randomized trial to evaluate the

- impact of training course duration. *Resuscitation*, 76(3), 419-424.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2007.08.019>
- Anthony, D. R. (2011). Promoting emergency medical care systems in the developing world: weighing the costs. *Glob Public Health*, 6(8), 906-913.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2010.535008>
- Balk, M., Gomes, H. B., Quadros, A. S., Saffi, M. A. L., & Leiria, T. L. L. (2019). Comparative Analysis between Transferred and Self-Referred STEMI Patients Undergoing Primary Angioplasty. *Arq Bras Cardiol*, 112(4), 402-407. <https://doi.org/10.5935/abc.20190014>
- Berger, S. (2020). CPR and AEDs save lives: insuring CPR--AED education and CPR--AED access in schools. *Curr Opin Pediatr*, 32(5), 641-645.
<https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000941>
- Breckwoldt, J., Lingemann, C., & Wagner, P. (2016). [Resuscitation training for lay persons in first aid courses: Transfer of knowledge, skills and attitude]. *Anaesthesist*, 65(1), 22-29. <https://doi.org/10.1007/s00101-015-0113-8> (Reanimationstraining für Laien in Erste-Hilfe-Kursen: Vermittlung von Wissen, Fertigkeiten und Haltungen.)
- Chien, C. Y., Chien, W. C., Tsai, L. H., Tsai, S. L., Chen, C. B., Seak, C. J., Chou, Y. S., Ma, M., Weng, Y. M., Ng, C. J., Lin, C. Y., Tzeng, I. S., Lin, C. C., & Huang, C. H. (2019). Impact of the caller's emotional state and cooperation on out-of-hospital cardiac arrest recognition and dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation. *Emerg Med J*, 36(10), 595-600. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2018-208353>
- Dobbie, F., MacKintosh, A. M., Clegg, G., Stirzaker, R., & Bauld, L. (2018). Attitudes towards bystander cardiopulmonary resuscitation: Results from a cross-sectional general population survey. *PLoS One*, 13(3), e0193391.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193391>
- Einspruch, E. L., Lynch, B., Aufderheide, T. P., Nichol, G., & Becker, L. (2007). Retention of CPR skills learned in a traditional AHA Heartsaver course versus 30-min video self-training: a controlled randomized study. *Resuscitation*, 74(3), 476-486.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2007.01.030>
- FratTA, K. A., Bouland, A. J., Vesselinov, R., Levy, M. J., Seaman, K. G., Lawner, B. J., & Hirshon, J. M. (2020). Evaluating barriers to community CPR education. *Am J Emerg Med*, 38(3), 603-609. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.10.019>
- González-Lez-Salvado, V., Abelairas-Gi Meza, C., Peñalva, A. G. C., Neiro-Rey, C., Barcala-Furelos, R., González-Lez-Juanatey, J. R. N., & Rodríguez-Guez-Niño, A. (2019). A community intervention study on patients' resuscitation and defibrillation quality after embedded training in a

- cardiac rehabilitation program. *Health Educ Res*, 34(3), 289-299.
<https://doi.org/10.1093/her/cyz002>
- Janpilom, N., & Tangkawanich, T. (2018). Effects of Self Efficacy Promoting Program on Competencies Regarding Emergency Medical Service Among Emergency Medical Responders. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(1), 24–34. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/160224>
- Jensen, T. W., Møller, T. P., Viereck, S., Roland Hansen, J., Pedersen, T. E., Ersbøll, A. K., Lassen, J. F., Folke, F., Østergaard, D., & Lippert, F. (2019). A nationwide investigation of CPR courses, books, and skill retention. *Resuscitation*, 134, 110-121.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.10.029>
- Kiyohara, K., Sado, J., Kitamura, T., Ayusawa, M., Nitta, M., Iwami, T., Nakata, K., Sobue, T., & Kitamura, Y. (2019). Public-access automated external defibrillation and bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation in schools: a nationwide investigation in Japan. *Europace*, 21(3), 451-458. <https://doi.org/10.1093/europace/euy261>
- Limesuriyakan, W. (2018). Factors Associated with the Outcome of Out-of-Hospital Cardiac Arrest at Emergency Department Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 8(1), 15–23. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/126367>
- Møller, T. P., Jensen, H. G., Viereck, S., Lippert, F., & Østergaard, D. (2021). Medical dispatchers' perception of the interaction with the caller during emergency calls - a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 29(1), 45.
<https://doi.org/10.1186/s13049-021-00860-y>
- Murakami, Y., Iwami, T., Kitamura, T., Nishiyama, C., Nishiuchi, T., Hayashi, Y., & Kawamura, T. (2014). Outcomes of out-of-hospital cardiac arrest by public location in the public-access defibrillation era. *J Am Heart Assoc*, 3(2), e000533.
<https://doi.org/10.1161/jaha.113.000533>
- Myat, A., Song, K. J., & Rea, T. (2018). Out-of-hospital cardiac arrest: current concepts. *Lancet*, 391(10124), 970-979. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30472-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30472-0)
- Nakashima, T., Noguchi, T., Tahara, Y., Nishimura, K., Yasuda, S., Onozuka, D., Iwami, T., Yonemoto, N., Nagao, K., Nonogi, H., Ikeda, T., Sato, N., & Tsutsui, H. (2019). Public-access defibrillation and neurological outcomes in patients with out-of-hospital cardiac arrest in Japan: a population-based cohort study. *Lancet*, 394(10216), 2255-2262. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32488-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32488-2)

- Nemeth, L. S., Jenkins, C., Jauch, E. C., Conway, S., Pearlman, A., Spruill, I. J. D., Brown, L. J., Linnen, J., Linnen, F., & Andrews, J. O. (2016). A Community-Engaged Assessment of Barriers and Facilitators to Rapid Stroke Treatment. *Res Nurs Health, 39*(6), 438-448. <https://doi.org/10.1002/nur.21749>
- Ning, N., Hu, M., Qiao, J., Liu, C., Zhao, X., Xu, W., Xu, W., Zheng, B., Chen, Z., Yu, Y., Hao, Y., & Wu, Q. (2021). Factors Associated With Individual Emergency Preparedness Behaviors: A Cross-Sectional Survey Among the Public in Three Chinese Provinces. *Front Public Health, 9*, 644421. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.644421>
- Oermann, M. H., Krusmark, M. A., Kardong-Edgren, S., Jastrzembski, T. S., & Gluck, K. A. (2020). Training interval in cardiopulmonary resuscitation. *PLoS One, 15*(1), e0226786. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226786>
- Oslislo, S., Kümpel, L., Cantu, R. R., Möckel, M., Heintze, C., & Holzinger, F. (2021). [Am I an emergency patient? Emergency perception and decision-making competence in acute situations: a qualitative study of ED patients]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes, 165*, 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.07.003> (Bin ich ein Notfall? Notfallempfinden und Entscheidungskompetenz in akuten Situationen: eine qualitative Erhebung bei Notaufnahmepatient*innen.)
- Pei-Chuan Huang, E., Chiang, W. C., Hsieh, M. J., Wang, H. C., Yang, C. W., Lu, T. C., Wang, C. H., Chong, K. M., Lin, C. H., Kuo, C. W., Sun, J. T., Lin, J. J., Yang, M. C., & Huei-Ming Ma, M. (2019). Public knowledge, attitudes and willingness regarding bystander cardiopulmonary resuscitation: A nationwide survey in Taiwan. *J Formos Med Assoc, 118*(2), 572-581. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.07.018>
- Rhee, B. Y., Kim, B., & Lee, Y. H. (2020). Effects of Prehospital Factors on Survival of Out-Of-Hospital Cardiac Arrest Patients: Age-Dependent Patterns. *Int J Environ Res Public Health, 17*(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph17155481>
- Riggs, M., Franklin, R., & Saylany, L. (2019). Associations between cardiopulmonary resuscitation (CPR) knowledge, self-efficacy, training history and willingness to perform CPR and CPR psychomotor skills: A systematic review. *Resuscitation, 138*, 259-272. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.03.019>
- Riou, M., Ball, S., Morgan, A., Gallant, S., Perera, N., Whiteside, A., Bray, J., Bailey, P., & Finn, J. (2021). 'I think he's dead': A cohort study of the impact of caller declarations of death during the emergency call on bystander CPR. *Resuscitation, 160*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.01.001>

- Riou, M., Ball, S., Whiteside, A., Gallant, S., Morgan, A., Bailey, P., & Finn, J. (2020). Caller resistance to perform cardio-pulmonary resuscitation in emergency calls for cardiac arrest. *Soc Sci Med*, 256, 113045. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113045>
- Ro, Y. S., Shin, S. D., Song, K. J., Hong, S. O., Kim, Y. T., Lee, D. W., & Cho, S. I. (2016). Public awareness and self-efficacy of cardiopulmonary resuscitation in communities and outcomes of out-of-hospital cardiac arrest: A multi-level analysis. *Resuscitation*, 102, 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.02.004>
- Scapigliati, A., Zace, D., Matsuyama, T., Pisapia, L., Saviani, M., Semeraro, F., Ristagno, G., Laurenti, P., Bray, J. E., Greif, R., On Behalf Of The International Liaison Committee On Resuscitation Education, I., & Teams Task, F. (2021). Community Initiatives to Promote Basic Life Support Implementation-A Scoping Review. *J Clin Med*, 10(24). <https://doi.org/10.3390/jcm10245719>
- Schmid, K. M., Mould-Millman, N. K., Hammes, A., Kroehl, M., García, R. Q., McDermott, M. U., & Lowenstein, S. R. (2016). Barriers and Facilitators to Community CPR Education in San José, Costa Rica. *Prehosp Disaster Med*, 31(5), 509-515. <https://doi.org/10.1017/s1049023x16000777>
- Shams, A., Raad, M., Chams, N., Chams, S., Bachir, R., & El Sayed, M. J. (2016). Community involvement in out of hospital cardiac arrest: A cross-sectional study assessing cardiopulmonary resuscitation awareness and barriers among the Lebanese youth. *Medicine (Baltimore)*, 95(43), e5091. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000005091>
- Shi, M., Xu, W., Gao, L., Kang, Z., Ning, N., Liu, C., Liang, C., Sun, H., Jiao, M., Liang, L., Li, Y., Cui, Y., Zhao, X., Fei, J., Wei, Q., Yi, M., Hao, Y., & Wu, Q. (2018). Emergency volunteering willingness and participation: a cross-sectional survey of residents in northern China. *BMJ Open*, 8(7), e020218. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020218>
- Sittichanbuncha, Y., Prachanukool, T., Sarathep, P., & Sawanyawisuth, K. (2014). An emergency medical service system in Thailand: providers' perspectives. *J Med Assoc Thai*, 97(10), 1016-1021.
- Soontorn, T., Pongtriang, P., & Songwathana, P. (2020). Thai family caregivers' experiences helping dependent elders during medical emergencies: a qualitative study. *Australas Emerg Care*, 23(2), 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.11.002>
- Suriyawongpaisal, P., Atiksawedparit, P., Srithamrongsawad, S., & Thongtan, T. (2019). Assessment of nationwide emergency systems in Thailand, a middle-income country

- setting with UHC. *Int J Health Plann Manage*, 34(2), e1346-e1355.
<https://doi.org/10.1002/hpm.2783>
- Woollard, M., Whitfeild, R., Smith, A., Colquhoun, M., Newcombe, R. G., Vetteer, N., & Chamberlain, D. (2004). Skill acquisition and retention in automated external defibrillator (AED) use and CPR by lay responders: a prospective study. *Resuscitation*, 60(1), 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2003.09.006>
- Xu, W., Hao, Y., Wu, Q., Ning, N., You, J., Liu, C., Jiao, M., Gao, L., Kang, Z., Liang, L., Sun, H., Cui, Y., Li, Y., Han, X., Fang, X., Zhao, X., Hu, M., Ding, D., Gao, H., & Lu, J. (2015). Community preparedness for emergency: a cross-sectional survey of residents in Heilongjiang of China. *BMJ Open*, 5(11), e008479. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008479>
- Zherebovich, I., Goldberg, A., Ben Tov, A., & Schwartz, D. (2021). Resuscitation in Community Healthcare Facilities in Israel. *Int J Environ Res Public Health*, 18(12).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18126612>

ภาคผนวก

| ลำดับ | ข้อความ | ใช่ | ไม่ใช่ | สำหรับ นักวิจัย |
|----------------------------------|---|-----|--------|--------------------|
| 3 | การแจ้งเวลาที่เริ่มมีอาการเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจ แนวทางการรักษาของแพทย์ | / | | |
| 4 | เมื่อเกิดอาการควรรีบนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลภายใน 5 ชั่วโมง เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด | | / | |
| 5 | ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง จะเพิ่ม ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | / | | |
| 6 | การสูบบุหรี่ไม่ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือด สมอง | | / | |
| 7 | การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดี คือ การออกกำลังกาย และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ | / | | |
| 8 | ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำไม่ทัน ภายในเวลาที่กำหนด อาจทำให้เกิดความพิการและต้อง รับประทุษยาละลายลิ่มเลือดและยาควบคุมความดัน โลหิตตลอดชีวิต | / | | |
| โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน | | | | |
| 9 | อาการเหงื่อออกตัวเย็น มีอาการจุกแน่นกลืนลำบาก เป็น อาการบ่งชี้หนึ่งของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน | / | | |
| 10 | การสังเกตอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มัก เริ่มมีอาการปวดบริเวณต้นคอและไหล่จากนั้นจะร้าวไปที่ หน้าอกด้านซ้ายในภายหลัง | | / | |
| 11 | โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมักมีอาการใกล้เคียงกับ ภาวะกรดไหลย้อนทำให้เกิดความสับสนและเข้าใจผิด ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ | / | | |
| 12 | ภาวะไขมันไม่ดี (LDL) สูง การสูบบุหรี่ และความเครียด เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน | / | | |
| 13 | การออกกำลังกายหนักๆ จะช่วยป้องกันโรคโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากทำให้หัวใจเคยชินกับการ บีบตัวที่รวดเร็ว | | / | |
| 14 | เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกด้านขวา ขณะทำกิจกรรมหรือ ออกกำลังกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้สงสัยภาวะของ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน | | / | |

| ลำดับ | ข้อความ | ใช่ | ไม่ใช่ | สำหรับ นักวิจัย |
|---|--|-----|--------|--------------------|
| 15 | การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือ การใส่สายสวนหัวใจหรือการทำบอลลูนโดยเร็วที่สุด | / | | |
| 16 | บุคคลที่อายุ 35 ปี ขึ้นไป ควรมีการคัดกรองโรคหัวใจขาดเลือด ทุก 5 ปี | / | | |
| การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการขอความช่วยเหลือ | | | | |
| 17 | เมื่อท่านเพียงลำพังพบผู้สูงอายุนอนหมดสติ มีหายใจเฮือกอยู่สิ่งแรกที่คุณควรทำคือการรีบกดหน้าอกทันที | | / | |
| 18 | 1669 เป็น หมายเลขที่ขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยในทุกรณี | | / | |
| 19 | ท่านควรมีการช่วยหายใจโดยการเป่าปากร่วมกับการกดหน้าอกผู้ป่วยในที่เกิดเหตุโดยเร็วที่สุด | | / | |
| 20 | หากพบผู้ป่วยล้มบาดเจ็บที่ศีรษะควรรีบช่วยเคลื่อนย้ายโดยการอุ้มออกจากที่เกิดเหตุ เพื่อทำการห้ามเลือดโดยเร็ว | | / | |
| 21 | การใช้สะอาดเพื่อห้ามเลือดที่ไหลออกจากอวัยวะสำคัญเป็นการช่วยลดภาวะคุกคามต่อชีวิตก่อนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มาถึง | / | | |
| 22 | ผู้ป่วยที่หมดสติหรือความรู้สึกตัวลดลง ให้สันนิษฐานถึงอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและควรรีบให้น้ำหวานทางปากทันที | | / | |
| 23 | สังเกตพบ ผู้สูงอายุนอนราบไม่ได้ กลางดึกตื่นมาไอ ปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ บ่นเหนื่อย เป็นสัญญาณเตือนต้องพาไปพบแพทย์ | ✓ | | |
| 24 | อาการปวดท้องมาก ท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระนานเป็นสัปดาห์ ไม่ผายลม คลื่นไส้ อาเจียนออกทางปาก อาจสงสัยลำไส้อุดตัน ต้องรีบพาไปพบแพทย์ | ✓ | | |
| 25 | ผู้สูงอายุซึม นิ่ง เรียกไม่รู้สีกตัว สังเกตพบหายใจได้เอง รอรพยาบาลมารับที่บ้าน การจัดทำอนตะแคงกึ่งคว่ำช่วย ป้องกันการสำลักได้ | ✓ | | |

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิต

โปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในทุกคำถามโดยเลือกเกณฑ์ดังนี้

| | |
|------------|--|
| มากที่สุด | หมายถึง มีความมั่นใจในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ 80-100 % |
| มาก | หมายถึง มีความมั่นใจในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ 60-79 % |
| ปานกลาง | หมายถึง มีความมั่นใจในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ 40-59 % |
| น้อย | หมายถึง มีความมั่นใจในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ 20-39 % |
| น้อยที่สุด | หมายถึง มีความมั่นใจในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ 0-19 % |

| ลำดับ | ข้อความคำถาม | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | สำหรับนักวิจัย |
|--|---|-----------|-----|---------|------|------------|----------------|
| การตัดสินใจให้การช่วยเหลือเบื้องต้น | | | | | | | |
| 1 | ท่านมีความมั่นใจในประเมินอาการและการเจ็บป่วยในเบื้องต้นเมื่อพบกับเหตุการณ์ฉุกเฉินของคนใกล้ตัว | | | | | | + |
| 2 | เหตุการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินของบุคคลในครอบครัวหรือชุมชนส่งผลทำให้ท่านสามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ลดลง | | | | | | - |
| 3 | ท่านสามารถเรียงลำดับการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน | | | | | | + |
| 4 | ท่านมีความลังเลและไม่แน่ใจถึงความเร่งด่วนในการให้การช่วยเหลือภาวะการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน | | | | | | - |
| 5 | 1669 เป็นทางเลือกแรกเสมอในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทุกประเภทของของบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน | | | | | | - |
| 6 | ท่านสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและอุปกรณ์ที่มีอยู่ | | | | | | + |
| 7 | ท่านสามารถให้คำแนะนำและช่วยญาติของผู้เจ็บป่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการขอความช่วยเหลือหรือรับรักษาได้ | | | | | | + |
| 8 | ท่านมักใช้ประสบการณ์ ความเชื่อ และการปฏิบัติตามๆกันมาในการตัดสินใจช่วยเหลือเมื่อเกิดการการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน | | | | | | - |

| ลำดับ | ข้อความคำถาม | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | สำหรับนักวิจัย |
|--|---|-----------|-----|---------|------|------------|----------------|
| การขอความช่วยเหลือและปฏิบัติการช่วยเหลือเบื้องต้น | | | | | | | |
| 9 | ท่านสามารถโทรขอความช่วยเหลือและแจ้งเหตุได้อย่างรวดเร็ว | | | | | | + |
| 10 | ท่านสามารถบอกอาการและสภาพผู้เจ็บป่วยขณะแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง | | | | | | + |
| 11 | ท่านขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างใกล้เคียงเป็นสิ่งที่สุดท้ายที่ท่านจะทำเพื่อลดเหตุไทยมุง | | | | | | - |
| 12 | ท่านสามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้เจ็บป่วยเพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือได้ | | | | | | + |
| 13 | การเลือกใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่เป็นสิ่งที่ทำได้ยากในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น | | | | | | - |
| 14 | ท่านมักเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้โดยไม่สนใจความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมและบริเวณที่เกิดเหตุ | | | | | | - |
| 15 | ท่านเลือกวิธีในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องปลอดภัย | | | | | | + |

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิต (ประเมินโดยวิทยากรประจำฐาน)

โปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในทุกคำถามโดยเลือกเกณฑ์ดังนี้

| | |
|------------------------------|---|
| ปฏิบัติครบถ้วนสมบูรณ์ | หมายถึง สามารถปฏิบัติการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ 80-100 % |
| ปฏิบัติแต่ไม่สมบูรณ์ | หมายถึง สามารถปฏิบัติการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ 50-79 % |
| ไม่ปฏิบัติ | หมายถึง สามารถปฏิบัติการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ 0-49 % |

| ลำดับ | ข้อความคำถาม | ปฏิบัติครบถ้วนสมบูรณ์ | ปฏิบัติแต่ไม่สมบูรณ์ | ไม่ปฏิบัติ | สำหรับนักวิจัย |
|-------|---|-----------------------|----------------------|------------|----------------|
| 1 | สามารถประเมินอาการและการเจ็บป่วยในเบื้องต้นเมื่อพบกับเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ | | | | |
| 2 | สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติในการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ | | | | |

| ลำดับ | ข้อความ | ปฏิบัติครบถ้วนสมบูรณ์ | ปฏิบัติแต่ไม่สมบูรณ์ | ไม่ปฏิบัติ | สำหรับนักวิจัย |
|-------|---|-----------------------|----------------------|------------|----------------|
| 3 | สามารถเรียงลำดับการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ | | | | |
| 4 | สามารถโทร/ร้องขอความช่วยเหลือและแจ้งเหตุได้อย่างรวดเร็ว | | | | |
| 5 | สามารถบอกอาการและสภาพผู้เจ็บป่วยขณะแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง | | | | |
| 6 | สามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้เจ็บป่วยเพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือได้ | | | | |
| 7 | สามารถเลือกใช้อุปกรณ์ที่มีในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม | | | | |
| 8 | สามารถปฏิบัติเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ | | | | |
| 9 | มีการประเมินความปลอดภัยของสถานที่และสิ่งแวดล้อมก่อนเข้าให้การช่วยเหลือ | | | | |
| 10 | สามารถเลือกวิธีในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องปลอดภัย | | | | |

ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์กลุ่ม

Place:

Interviewer: Mr. Praditporn Pongtriang

Interviewee: ID Code

Brief project: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอายุ 18-50 ปี พื้นที่นำร่อง อ.วิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกล จำนวน 80 คน ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยในหลักสูตรเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ครบ 24 ชั่วโมง ดำเนินการศึกษา ระหว่าง กุมภาพันธ์-ธันวาคม 2564

1. โปรดเล่าความรู้สึกของการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้
2. มุมมองเกี่ยวกับศักยภาพของท่านในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินเป็นอย่างไร
3. ความคิดเห็นของท่านในการใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร
4. อุปสรรคในการประเมินสภาพและการใช้นวัตกรรมเป็นอย่างไร
5. ท่านมีข้อเสนอแนะหรือแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างไร
6. จุดเด่น จุดควรพัฒนา ในการเชื่อมต่อบริบบนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

ภาคผนวก ค

หลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล

คำอธิบายหลักสูตร

หลักสูตรการอบรม ซึ่งผ่านการพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการศึกษาบริบทเชิงพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นหลักสูตรที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการประเมิน เฝ้าระวัง ช่วยเหลือเบื้องต้น และ ประสานเชื่อมต่อความช่วยเหลือระหว่างระบบบริการ สำหรับพื้นที่ห่างไกล เนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สัญญาณเตือนก่อนหัวใจหยุดเต้น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยมีรูปแบบการอบรมผสมผสาน การศึกษาด้วยตัวเองผ่านสื่อของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ การอบรมให้ความรู้โดยวิทยากร การฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง (Case Scenario) และการฝึกทบทวนความรู้และทักษะในรูปแบบฐานปฏิบัติการ (OSCE) รวมจำนวนระยะเวลาของหลักสูตรทั้งสิ้น 24 ชั่วโมง แบ่งเป็นระยะพัฒนาศักยภาพ 8 ชั่วโมง ระยะทบทวนสมรรถนะ การเชื่อมต่อแนวทางและติดตามผล 16 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุได้
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความมั่นใจและเกิดทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นรวมถึงการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานได้
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีสมรรถนะในการประสานงาน สื่อสาร ในการเชื่อมต่อแนวทางการสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุในชุมชนได้

การประเมินผู้เรียน

1. ผลการประเมินความรู้ความมั่นใจและสมรรถนะการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

กลุ่มเป้าหมายผู้เข้าอบรม

ผู้ที่มีผู้สูงอายุในการดูแล หรือทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First responder)

จำนวนชั่วโมงการอบรม รวม 24 ชั่วโมง

| | | |
|------------------------|---|---------|
| ภาคทฤษฎี | 4 | ชั่วโมง |
| ภาคปฏิบัติ | 4 | ชั่วโมง |
| ปฏิบัติทบทวนทักษะ | 8 | ชั่วโมง |
| ปฏิบัติเชื่อมต่อแนวทาง | 8 | ชั่วโมง |

ระยะเวลาการอบรม จำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 2 เดือน

| | | |
|------------|---|--|
| ครั้งที่ 1 | 8 | ชั่วโมง |
| ครั้งที่ 2 | 8 | ชั่วโมง เว้นระยะ 1 เดือน จากครั้งที่ 1 |
| ครั้งที่ 3 | 8 | ชั่วโมง เว้นระยะ 1 เดือน จากครั้งที่ 2 |

การประเมินหลักสูตรการอบรม

1. การประเมินผู้เข้าอบรม โดยผลการทำแบบทดสอบความรู้ความมั่นใจและสมรรถนะการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุ
2. การสะท้อนและข้อเสนอแนะ โดยผู้เข้าอบรม
3. การสะท้อนและข้อเสนอแนะ โดยผู้สอน
4. การประเมินและสะท้อน ข้อเสนอแนะโดยชุมชน

ครั้งที่ 1 การอบรม ภาคทฤษฎี และปฏิบัติ : 8 ชั่วโมง

รายละเอียดกิจกรรม มีดังนี้

1. การอบรมภาคทฤษฎี

ลักษณะกิจกรรมเป็นการอบรมให้ความรู้ด้วยการบรรยาย จำนวน 4 ชั่วโมง โดยมุ่งเน้นความรู้ในประเด็น 1) การเฝ้าระวังคุกคามชีวิต สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 1 ชั่วโมง 2) การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและทักษะการปฏิบัติสำหรับประชาชน จำนวน 1 ชั่วโมง 3) ความรู้เรื่องโรคและการช่วยเหลือเบื้องต้น โรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 2 ชั่วโมง โดยเน้นการบรรยายและสาธิตจากวิทยากร ร่วมกับการแลกเปลี่ยนจากประสบการณ์เดิมของผู้เข้าอบรม

2. การอบรมภาคปฏิบัติ

ลักษณะกิจกรรมเป็นการอบรมภาคปฏิบัติ พัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพผ่านรูปแบบสถานการณ์จำลองเป็นฐานปฏิบัติการ จำนวน 3 ชั่วโมง โดยแบ่งผู้เข้าอบรมเป็น 4 กลุ่ม เพื่อฝึกปฏิบัติทักษะโดยใช้สถานการณ์จำลอง Call for help, First aid, CPR และ Activated team (ภาคผนวก จ) จำนวน 4 ฐาน ๆ ละ 30 นาที ดังนี้

ฐานที่ 1 การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น

ฐานที่ 2 การประเมินอาการและช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ฐานที่ 3 การประเมินอาการและช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ฐานที่ 4 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

หลังจากนั้น เป็นการดำเนินการสรุปบทเรียนจากการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเพื่อเป็นการสรุปประเด็นสำคัญในการอบรม นอกจากนี้ ยังมีชี้แจงแนวทาง บทบาท และกระบวนการเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ กรณีเกิดเหตุการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการใช้สมรรถนะที่ผ่านการอบรม เช่น การสื่อสารขอความช่วยเหลือ การประเมินอาการและการใช้ช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 1 ชั่วโมง

| วัตถุประสงค์ | ขอบเขตเนื้อหา | กลยุทธ์/ลักษณะกิจกรรม | สื่อ/อุปกรณ์ | การประเมิน |
|---|---|---|---|---|
| กิจกรรมบรรยาย : การเฝ้าระวังคุกคามชีวิต สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยรุนแรง (เวลา 60 นาที) | | | | |
| เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับการสัญญาเตือนก่อนการเจ็บป่วยรุนแรง | <ul style="list-style-type: none"> - สัญญาณชีพ สัญญาณเตือนและสัญญาณอันตรายที่คุกคามชีวิต - ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ - การเฝ้าระวังอาการและการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ | <ul style="list-style-type: none"> - บรรยาย/อภิปราย - ยกตัวอย่างสถานการณ์ - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ | <ul style="list-style-type: none"> - power point การเฝ้าระวังคุกคามชีวิต สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยรุนแรง | <ul style="list-style-type: none"> - การถามตอบ - แบบทดสอบหลังการอบรม |
| กิจกรรมบรรยาย : การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและทักษะการปฏิบัติสำหรับประชาชน (เวลา 60 นาที) | | | | |
| เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและแนวทางการปฏิบัติ | <ul style="list-style-type: none"> - หลักการปฐมพยาบาลเบื้องต้น - หลักการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน | <ul style="list-style-type: none"> - บรรยาย/อภิปราย - ยกตัวอย่างสถานการณ์ - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ - การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ | <ul style="list-style-type: none"> - power point การช่วยฟื้นคืนชีพ - VDO การช่วยฟื้นคืนชีพ - หุ่น CPR - อุปกรณ์สนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพ | <ul style="list-style-type: none"> - การถามตอบ - การมีส่วนร่วม - แบบทดสอบหลังการอบรม |
| ความรู้เรื่องโรคและการช่วยเหลือเบื้องต้น โรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (เวลา 120 นาที) | | | | |
| เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินสัญญาณเตือนและการช่วยเหลือเบื้องต้นโรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน | <ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะ อาการและการแสดงโรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน - การประเมินและช่วยเหลือเบื้องต้น | <ul style="list-style-type: none"> - บรรยาย/อภิปราย - ยกตัวอย่างสถานการณ์ - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ - การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ | <ul style="list-style-type: none"> - power point โรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน - VDO ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน | <ul style="list-style-type: none"> - การถามตอบ - การมีส่วนร่วม - แบบทดสอบหลังการอบรม |

| กิจกรรมปฏิบัติ: ปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพผ่านรูปแบบสถานการณ์จำลองเป็นฐานปฏิบัติการ (เวลา 180 นาที) | | | | |
|--|--|---|---|---|
| 1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีทักษะในการประเมินและตัดสินใจช่วยเหลือผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉิน | - ทักษะการปฐมพยาบาล เช่น พลัด ตก หกล้ม และบาดเจ็บ | - แบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ฝึกปฏิบัติตามฐาน โดยมีวิทยากรประจำกลุ่ม | - Scenario - หุ่นจำลอง - อุปกรณ์การปฐมพยาบาล และการช่วยฟื้นคืนชีพ | - การสังเกต - แบบประเมินสมรรถนะ |
| 2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น | - แนวทางและวิธีการการร้องขอความช่วยเหลือ | - Call for help | | |
| 3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน | - ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน - การทำงานเป็นทีม | - First aid - CPR - Activated team | | |
| ชี้แจงแนวทาง บทบาท และกระบวนการ การเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ กรณีเกิดเหตุการณ์ในชุมชน (เวลา 60 นาที) | | | | |
| เพื่อสร้างความเข้าใจและบทบาทของผู้เข้าอบรมในการปฏิบัติตามแนวทางการเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ เมื่อเกิดเหตุการณ์ในชุมชน | - อธิบาย ชี้แจง ขอบเขตของหน้าที่ของผู้เข้าอบรมการเชื่อมแนวทางต่อการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นจากแกนนำและตัวแทนของชุมชน | - บรรยาย ชี้แจง และซักซ้อมทำความเข้าใจในการประสานงาน การร้องขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดเหตุการณ์จริงในชุมชน | - Flow chart การเชื่อมแนวทางต่อการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ | - การถาม-ตอบ - การสุ่ม สาทิตย์ย้อนกลับ |

ครั้งที่ 2 ระยะเวลาติดตามและการทบทวนทักษะ : 8 ชั่วโมง (1 เดือน หลังการอบรมครั้งที่ 1)

เป็นการกิจกรรมการอบรมภาคปฏิบัติรวม ระยะเวลา 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินติดตามความรู้ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ดำเนินกิจกรรม ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกปฏิบัติพัฒนาสมรรถนะ จำนวน 3 ฐาน ดังนี้

1. ฐานการฝึกปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) มุ่งเน้นทักษะการกดหน้าอก และการช่วยหายใจอย่างถูกต้อง
2. ฐานการใช้เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ (AED) มุ่งเน้นทักษะการใช้เครื่อง AED อย่างถูกต้อง

3. ฐานการช่วยชีวิตแบบบูรณาการ มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติการใช้ความรู้ การตัดสินใจและทักษะในการประเมินอาการ การช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ

หลังจากผ่านการทบทวนทักษะต่างๆ ในแต่ละฐานแล้วผู้เข้าอบรมจะได้รับฝึกปฏิบัติการเชื่อมต่อแนวทางการช่วยเหลือ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง “เหตุเกิด ณ ศาลาประชาคม” ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เข้าอบรม มีการฝึกการตัดสินใจ การประเมิน และการติดต่อสื่อสารแจ้งเหตุโดยเป็นการโทรแจ้งเหตุจริง และการออกเหตุจริงของโรงพยาบาลเพื่อความสมจริงในการร่วมกันแก้ไขสถานการณ์

| วัตถุประสงค์ | ขอบเขตเนื้อหา | กลวิธี/ลักษณะกิจกรรม | สื่อ/อุปกรณ์ | การประเมิน |
|---|--|---|--|------------------------------------|
| ติดตามผล และ Reskill Scenario 1: First Aid and Call for Help (120 นาที) | | | | |
| 1. เพื่อติดตามและประเมินสมรรถนะของผู้เข้าอบรมระยะ 1 เดือน หลังการอบรม | - สมรรถนะด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นหลังการอบรมในครั้งที่ 1 กรณีการเกิดเหตุการณ์จริงในชุมชน | - การอภิปราย | | -การถาม-ตอบ |
| 2. เพื่อทบทวนและพัฒนาทักษะการปฏิบัติการการปฐมพยาบาลเบื้องต้น | - ทักษะการปฐมพยาบาล เช่น พลัด ตก หกล้ม และบาดแผล - แนวทางและวิธีการการร้องขอความช่วยเหลือ - การทำงานเป็นทีม | - แบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ฝึกปฏิบัติตามฐาน โดยมีวิทยากรประจำกลุ่ม - Call for help - First aid - Activated team | - Scenario 1 - หุ่นจำลอง - อุปกรณ์การปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ | - การสังเกต - แบบประเมินสมรรถนะ |
| ติดตามผล และ Reskill Scenario 2: Stroke Fast Track and Call for Help (เวลา 120 นาที) | | | | |
| 1. เพื่อติดตามและประเมินสมรรถนะของผู้เข้าอบรมระยะ 1 เดือน หลังการอบรม | - สมรรถนะด้านประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหลังการอบรมในครั้งที่ 1 กรณีการเกิดเหตุการณ์จริงในชุมชน | การอภิปราย | | -การถามตอบ |

| วัตถุประสงค์ | ขอบเขตเนื้อหา | กลวิธี/ลักษณะกิจกรรม | สื่อ/อุปกรณ์ | การประเมิน |
|---|---|---|--|---|
| 2. เพื่อทบทวนและพัฒนาทักษะการปฏิบัติการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน | <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินและช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง - การร้องขอความช่วยเหลือ | <ul style="list-style-type: none"> - แบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ฝึกปฏิบัติตามฐาน โดยมีวิทยากรประจำกลุ่ม - Call for help - First aid - Activated team | <ul style="list-style-type: none"> - Scenario 2 - หุ่นจำลอง - อุปกรณ์การปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ | <ul style="list-style-type: none"> - การสังเกต - แบบประเมินสมรรถนะ |
| การทดสอบเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ OSCE: Activating Emergency case scenario and Outcome evaluation (เวลา 240 นาที) | | | | |
| เพื่อทดสอบการเชื่อมต่อแนวทางการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน | <ul style="list-style-type: none"> - การประสบเหตุการณ์ฉุกเฉินในชุมชน - การประเมินสภาพและอาการเบื้องต้น - การตัดสินใจและการขอความช่วยเหลือ - การประสานงานและการสื่อสารขอความช่วยเหลือ 1669 และ FR ในพื้นที่ - การช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนทีมช่วยเหลือมาถึง | <ul style="list-style-type: none"> - แบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ฝึกปฏิบัติตามฐาน โดยมีวิทยากรประจำกลุ่ม - Call for help - First aid - Activated team ตามแนวทางที่กำหนดเชิงระบบ | <ul style="list-style-type: none"> - หุ่นจำลอง - อุปกรณ์การปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ | <ul style="list-style-type: none"> - การสังเกต - แบบประเมินสมรรถนะ - การสะท้อนคิดผลการเชื่อมต่อแนวทางฯเชิงระบบ |

ครั้งที่ 3 ระยะติดตามและการทบทวนทักษะ : 8 ชั่วโมง (1 เดือน หลังการอบรมครั้งที่ 2)

เป็นการกิจกรรมการอบรมภาคปฏิบัติ รวม ระยะเวลา 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินติดตามความรู้ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ดำเนินกิจกรรม ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกปฏิบัติพัฒนาสมรรถนะ จำนวน 3 ฐาน ดังนี้

1. ฐานการฝึกปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) มุ่งเน้นทักษะการกดหน้าอก และการช่วยหายใจอย่างถูกต้อง
2. ฐานการใช้เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ (AED) มุ่งเน้นทักษะการใช้เครื่อง AED อย่างถูกต้อง
3. ฐานการช่วยชีวิตแบบบูรณาการ มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติการใช้ความรู้ การตัดสินใจและทักษะในการประเมินอาการ การช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ

| วัตถุประสงค์ | ขอบเขตเนื้อหา | กลวิธี/ลักษณะกิจกรรม | สื่อ/อุปกรณ์ | การประเมิน |
|--|--|--|---|------------------------------------|
| Reskill Scenario 3: MI Fast Track Sign and BLS and Call for Help (เวลา 240 นาที) | | | | |
| 1. เพื่อติดตามและประเมินสมรรถนะของผู้เข้าอบรม ระยะ 1 เดือน หลังการอบรม | - สมรรถนะด้านประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในชุมชน หลังการอบรมในครั้งที่ 1 กรณีการเกิดเหตุการณ์จริงในชุมชน | - การอภิปราย | | -การถามตอบ |
| 2. เพื่อทบทวนและพัฒนาทักษะการปฏิบัติการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในชุมชน | - การประเมินและช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง -การร้องขอความช่วยเหลือ | - แบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ฝึกปฏิบัติตามฐาน โดยมีวิทยากรประจำกลุ่ม - Call for help - First aid - การ CPR - การใช้ AED - Activated team | - Scenario 3 - หุ่นจำลอง - AED - อุปกรณ์การปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ | - การสังเกต - แบบประเมินสมรรถนะ |

| วัตถุประสงค์ | ขอบเขตเนื้อหา | กลวิธี/ลักษณะกิจกรรม | สื่อ/อุปกรณ์ | การประเมิน |
|---|---|---|--|---|
| การทดสอบเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ OSCE: Activating Emergency case scenario and Outcome evaluation (เวลา 240 นาที) | | | | |
| เพื่อทดสอบการเชื่อมต่อแนวทางการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน | <ul style="list-style-type: none"> - การประสบเหตุการณ้ฉุกเฉินในชุมชน - การประเมินสภาพและอาการเบื้องต้น - การตัดสินใจและการขอความช่วยเหลือ - การประสานงานและการสื่อสารขอความช่วยเหลือ 1669 และ FR ในพื้นที่ - การช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนทีมช่วยเหลือมาถึง | <ul style="list-style-type: none"> - แบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ฝึกปฏิบัติตามฐาน โดยมีวิทยากรประจำกลุ่ม - Call for help - First aid - Activated team ตามแนวทางที่กำหนดเชิงระบบ | <ul style="list-style-type: none"> - หุ่นจำลอง - อุปกรณ์การปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ | <ul style="list-style-type: none"> - การสังเกต - แบบประเมินสมรรถนะ - การสะท้อนคิดผลการเชื่อมต่อแนวทางฯเชิงระบบ |

ภาคผนวก ง

สถานการณ์จำลอง (Scenario)

สำหรับผู้เข้าอบรมหลักสูตรเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลใน

ชุมชน

สถานการณ์จำลอง (Scenario) 1: First Aid and Call for Help

เป็นสถานการณ์จำลองที่มุ่งเน้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อพบเจอผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยอาการต่าง ๆ เช่น เป็นลม พลัด ตก หกล้ม หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

| | |
|--|--|
| <p>วัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Learning objective)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ 2. สามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างเป็นเหตุเป็นผลและเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่น 3. สามารถสื่อสารกับทีมในการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยสูงสุด 4. สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น มีความปลอดภัยภายใต้ขอบเขตและบทบาท 5. สามารถปฏิบัติทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทั้งในสถานการณ์จำลองและในสถานการณ์จริงในภาวะฉุกเฉิน |
| <p>อุปกรณ์/สิ่งสนับสนุน</p> | <p>อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น ไม่นวม ผ้าพันยางยืด ผ้าก๊อชปิดแผล บอร์ด/เพล คลื่อย้ายผู้บาดเจ็บ</p> |
| <p>Prebrief</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2. แนะนำอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เครื่องมือที่เกี่ยวข้องในห้องปฏิบัติการ หุ่นมนุษย์จำลองและการทำงานของหุ่นมนุษย์จำลอง 3. อธิบายบทบาทและหน้าที่ของผู้เข้าอบรมแต่ละรายในการปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง |
| <p>Scenario running</p> | <p><u>Phase1 introduction</u> ท่านได้รับแจ้งจากเพื่อนบ้าน คุณยายอายุ 76 ปี ลื่นล้มในห้องน้ำ ในบ้านคุณยายอาศัยอยู่กับหลานอายุวัย 9 ขวบ เมื่อไปที่บ้านคุณยาย พบ คุณยาย นอนในห้องน้ำ เรียกร้องตัวดี มีเลือดไหลบริเวณศีรษะด้านซ้าย บอกปวดสะโพกซ้าย จากสถานการณ์ท่านจะทำการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไร</p> <p><u>Phase2 Body of scenario</u> ผู้ป่วยร้องโวยวาย เมื่อขยับตัว มีเลือดไหลนองจากศีรษะ เริ่มมีอาการเวียนศีรษะ</p> <p><u>Phase3 conclusion</u> รณมูลนิธิ ถึงที่เกิดเหตุ ให้การช่วยเหลือและนำส่ง</p> |
| <p>Debriefing</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้เข้าอบรมบอกความรู้สึกต่อการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง 2. วิเคราะห์การปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง 3. สรุปจุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนาเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงในชุมชน |

สถานการณ์จำลอง (Scenario) 2 : Stroke Fast Track and Call for Help

เป็นสถานการณ์จำลองที่มุ่งเน้นการประเมินอาการเบื้องต้นและการขอความช่วยเหลือจากทีมบริการทางสุขภาพเมื่อพบเจอผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

| | |
|---|--|
| วัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Learning objective) | <ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ 2. สามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างเป็นเหตุเป็นผลและเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่น 3. สามารถสื่อสารกับทีมในการในช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยสูงสุด 4. สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง มีความปลอดภัยภายใต้ขอบเขตและบทบาท 6. สามารถปฏิบัติทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทั้งในสถานการณ์จำลองและในสถานการณ์จริงในภาวะฉุกเฉิน |
| อุปกรณ์/สิ่งสนับสนุน | <ol style="list-style-type: none"> 1. หุ่นสำหรับ CPR 2. เครื่อง AED |
| Prebrief | <ol style="list-style-type: none"> 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2. แนะนำอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เครื่องมือที่เกี่ยวข้องในห้องปฏิบัติการ หุ่นมนุษย์จำลอง และการทำงานของหุ่นมนุษย์จำลอง 3. อธิบายบทบาทและหน้าที่ของผู้เข้าอบรมแต่ละรายในการปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง |
| Scenario running | <p><u>Phase1 introduction</u> ท่านได้รับแจ้งจากญาติผู้ป่วยซึ่งห่างจากบ้านท่านประมาณ 100 เมตร มีคนไม่สบาย ไม่นั่นใจรายละเอียดอาการ</p> <p><u>Phase2 Body of scenario</u> เมื่อไปถึงพบว่าคุณลุงวัย 65 ปี มีอาการ แขนขาตื้อ ซ้าย อ่อนแรง มีอาการพูดไม่ชัด ญาติๆ ตกใจ ไม่มีสติ ร้องไห้ และไม่มีรถนำส่ง เมื่อไปถึงบ้านคุณลุงคนดังกล่าวท่าน จะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไรบ้าง</p> <p><u>Phase3 conclusion</u> รณมุลนิธิ ถึงที่เกิดเหตุ ให้การช่วยเหลือและนำส่ง</p> |
| Debriefing | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้เข้าอบรมบอกความรู้สึกต่อการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง 2. วิเคราะห์การปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง 3. สรุปจุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนาเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงในชุมชน |

สถานการณ์จำลอง Scenario 3: MI Fast Track Sign and BLS and Call for Help

เป็นสถานการณ์จำลองที่เน้นการประเมินอาการเบื้องต้นและการร้องขอความช่วยเหลือในกรณีพบเห็นผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

| | |
|---|---|
| วัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Learning objective) | <ol style="list-style-type: none"> 1.สามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ 2.สามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างเป็นเหตุเป็นผลและเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่น 3.สามารถสื่อสารกับทีมในการขอความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยสูงสุด 4.สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีสัญญาณเตือนโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความปลอดภัยภายใต้ขอบเขตและบทบาท 6.สามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ทั้งในสถานการณ์จำลองและในสถานการณ์จริงในภาวะฉุกเฉิน |
| อุปกรณ์/สิ่งสนับสนุน | <ol style="list-style-type: none"> 1. หุ่นสำหรับ CPR 2. เครื่อง AED 3. อุปกรณ์ช่วยชีวิตพื้นฐาน |
| Prebrief | <ol style="list-style-type: none"> 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2. แนะนำอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เครื่องมือที่เกี่ยวข้องในห้องปฏิบัติการ หุ่นมนุษย์จำลองและการทำงานของหุ่นมนุษย์จำลอง 3. อธิบายบทบาทและหน้าที่ของผู้เข้าอบรมแต่ละรายในการปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง |
| Scenario running | <p><u>Phase1 introduction</u></p> <p>ขณะท่านนั่งสนทนากับเพื่อนบ้าน ในวงสนทนา มีเพื่อนบ้านเพศชาย อายุ 55 ปี มีอาการจุกแน่นหน้าอกด้านซ้าย มีคนแนะนำให้กินยาขับลมเพื่อบรรเทาอาการ เพื่อบ้านคนดังกล่าวยังคงนั่งอยู่ในวงสนทนา มีอาการเรอและจุกแน่น มีการใช้มือจับหน้าอกเป็นระยะ</p> <p><u>Phase2 Body of scenario</u></p> <p>หลังจากนั้นไม่นาน เพื่อนบ้านมีอาการหน้าแดง และล้มลง ทุกคนในวงสนทนาต่างตกใจ ที่เกิดเหตุไม่มีรถนำส่งโรงพยาบาล ในฐานะที่ท่านผ่านการอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้นมาแล้ว ท่านจะควบคุมสถานการณ์ และช่วยเหลือเพื่อนบ้านรายนี้ได้อย่างไร</p> <p><u>Phase3 conclusion</u></p> <p>รถมูลนิธิ ถึงที่เกิดเหตุ ให้การช่วยเหลือและนำส่ง</p> |
| Debriefing | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้เข้าอบรมบอกความรู้สึกต่อการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง 2. วิเคราะห์การปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง 3. สรุปจุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนาเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงในชุมชน |

สถานการณ์จำลอง (Scenario) 4: เหตุเกิด ณ ศาลาประชาคม (การเผชิญเหตุผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น
ในชุมชน)

เป็นสถานการณ์จำลองที่ใช้ในระหว่างการทบทวนทักษะครั้งที่ 1 (Reskills 1) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ผู้เข้าอบรม
ต้องนำองค์ความรู้จากระยะที่ 1 มาใช้ในการประเมินอาการเบื้องต้น การขอความช่วยเหลือ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้น
พื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ

| | |
|---|--|
| <p>วัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Learning objective)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ 2. สามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างเป็นเหตุเป็นผลและเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่น 3. สามารถสื่อสารกับทีมในการในช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยสูงสุด 4. สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ป่วยผู้ป่วยมีภาวะคุกคามชีวิต มีความปลอดภัยภายใต้ขอบเขตและบทบาท 5. สามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ทั้งในสถานการณ์จำลองและในสถานการณ์จริงในภาวะฉุกเฉิน |
| <p>อุปกรณ์/สิ่งสนับสนุน</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. หุ่นสำหรับ CPR 2. เครื่อง AED 3. รถพยาบาล และอุปกรณ์ช่วยชีวิต 4. เจ้าหน้าที่ประจำรถ 3 ราย |
| <p>Prebrief</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2. แนะนำอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เครื่องมือที่เกี่ยวข้องในห้องปฏิบัติการ หุ่นมนุษย์จำลองและการทำงานของหุ่นมนุษย์จำลอง 3. อธิบายบทบาทและหน้าที่ของผู้เข้าอบรมแต่ละรายในการปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง |
| <p>Scenario running</p> | <p><u>Phase1 introduction</u> ขณะท่านนั่งประชุมหมู่บ้าน ณ ศาลาหมู่บ้าน มีผู้เข้าร่วมประชุมเพศชาย อายุ 62 ปี นั่งประชุมติดกับท่าน บอกท่านว่าจะออกไปล้างหน้าล้างตาในห้องน้ำ</p> <p><u>Phase2 Body of scenario</u> หลังจากผู้เข้าร่วมประชุมท่านดังกล่าว ลุกขึ้นเพื่อไปเข้าห้องน้ำ ได้ หหมดสติ ล้มลงหน้าประตูก่อนออกจากห้องประชุมศาลาหมู่บ้าน ทุกคนในห้องประชุมต่างตกใจ ที่เกิดเหตุไม่มีรถนำส่งโรงพยาบาล ในฐานนะที่ท่านผ่านการอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้นมาแล้ว ท่านจะควบคุมสถานการณ์ และช่วยเหลือเพื่อนบ้านรายนี้อย่างไร</p> <p><u>Phase3 conclusion</u> รถมูลนิธิ/พยาบาล ถึงที่เกิดเหตุ ให้การช่วยเหลือและนำส่ง</p> |
| <p>Debriefing</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้เข้าอบรมบอกความรู้สึกต่อการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง 2. วิเคราะห์การปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง 3. สรุปจุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนาเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงในชุมชน |

สถานการณ์จำลอง (Scenario) 5: เหตุเกิด ณ ศาลาการเปรียญ (การเผชิญเหตุผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในชุมชน)

เป็นสถานการณ์จำลองที่ใช้ในระยการทบทวนทักษะครั้งที่ 2 (Reskills 2) โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้เข้าอบรมบูรณาการความรู้จากการอบรมครั้งที่ 1 และ 2 ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีการฝึกการตัดสินใจ การประเมินอาการ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการติดต่อสื่อสารแจ้งเหตุโดยเป็นการโทรแจ้งเหตุจริง และการออกเหตุจริงของโรงพยาบาลเพื่อความสมจริงในการร่วมกันแก้ไขสถานการณ์

| | |
|--|---|
| <p>วัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Learning objective)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ 2. สามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างเป็นเหตุเป็นผลและเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่น 3. สามารถสื่อสารกับทีมในการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยสูงสุด 4. สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะคุกคามชีวิต มีความปลอดภัยภายใต้ขอบเขตและบทบาท 5. สามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ทั้งในสถานการณ์จำลองและในสถานการณ์จริงในภาวะฉุกเฉิน |
| <p>อุปกรณ์/สิ่งสนับสนุน</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. หุ่นสำหรับ CPR 2. เครื่อง AED 3. อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น 4. รถพยาบาล และอุปกรณ์ช่วยชีวิต 5. เจ้าหน้าที่ประจำรถ 3 ราย |
| <p>Prebrief</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2. แนะนำอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เครื่องมือที่เกี่ยวข้องในห้องปฏิบัติการ หุ่นมนุษย์จำลองและการทำงานของหุ่นมนุษย์จำลอง 3. อธิบายบทบาทและหน้าที่ของผู้เข้าอบรมแต่ละรายในการปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง |
| <p>Scenario running</p> | <p><u>Phase1 introduction</u> ขณะท่านนั่งพูดคุยสนทนา ณ ศาลาวัดประจำหมู่บ้านในเทศบาลงานบุญสารทเดือน 10 มีผู้ร่วมงานบุญรายหนึ่งเพศชาย อายุ 70 ปี นั่งใกล้กับท่านในศาลาการเปรียญ นั่งกุมหน้าอก พูดคุยสนทนาบ่อยลง บอกท่านว่าแน่นหน้าอกสงสัยโรคกระเพาะอาหารกำเริบ ขอตัวกลับบ้านก่อน</p> <p><u>Phase2 Body of scenario</u> หลังจากชายคนดังกล่าวดังกล่าว ลูกขึ้นออกจากศาลาเพื่อกลับบ้านโดยมีบุตรสาวรอรับกลับด้วยรถจักรยานยนต์ บริเวณล่างศาลา ขณะเดินลงจากบันไดศาลา มีอาการหน้ามืด หมืดสติ ล้มลง จากบันไดศาลาสุง 4 ชั้น นอนกองลงกับพื้น มีเลือดไหลบริเวณศีรษะ เรียกไม่รู้สีกตัว ทุกคนในศาลาต่างตกใจ วิ่งมารุมดูอาการ ในฐานะที่ท่านผ่านการอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้นมาแล้ว ท่านจะควบคุมสถานการณ์และช่วยเหลือผู้สูงอายุรายนี้อย่างไร</p> <p><u>Phase3 conclusion</u> รถมูลนิธิ/พยาบาล ถึงที่เกิดเหตุ ให้การช่วยเหลือและนำส่ง</p> |
| <p>Debriefing</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้เข้าอบรมบอกความรู้สึกต่อการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง 2. วิเคราะห์การปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง 3. สรุปจุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนาเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงในชุมชน |

ภาคผนวก จ
เอกสารชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
272 ม.9 ต.ขุนทะเล อ.เมืองจ.สุราษฎร์ธานี 84100
โทร: 096-639-1119 อีเมลล์: Praditporn.pon@sru.ac.th

เอกสารชี้แจงผู้วิจัย

(สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมพัฒนาระบบฯ ระยะที่ 2 ครั้งที่ 1)

โครงการวิจัยการพัฒนาระบบสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน

ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง, ทศนีย์ สุนทร, จารุวัฒน์ ลำลีพันธ์ และ เนาวรัตน์ ชูศร

เอกสารผ่านการปรับปรุงครั้งที่ 2/2564

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการวิจัย ของ นายประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โดย การวิจัยในครั้งนี้ ได้ระบุนายละเอียดและข้อมูลที่เป็น การพิทักษ์สิทธิของท่านผู้เป็นส่วนสำคัญยิ่งในกระบวนการวิจัย ซึ่งมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

ความมุ่งหวังของการพัฒนาวิจัย?

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลใน ชุมชนงานวิจัยชิ้นนี้มีความคาดหวังว่าจะสามารถพัฒนาศมรรถนะผู้ดูแลผู้วิจัย ซึ่งอาจนำมาสู่การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อไป

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย?

ในการวิจัยครั้งนี้ได้คัดสรรผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เหมาะสมต่อการตอบใจการวิจัย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อการประชุม วางแผนการพัฒนาระบบการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุในชุมชน โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ บุคคลที่เป็นตัวแทนของ ชุมชนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน และสมัครใจในการเข้าร่วมประชุม ได้แก่ 1) ผู้นำชุมชน 2) อสม. 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 5) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น 6) ตัวแทน รพ.วิภาวดี 7) ตัวแทน รพ.สต. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสมัครใจในการประชุม เป็นระยะเวลา 1 วัน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการ วางแผนรูปแบบระบบการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยครั้งนี้ได้มีการดำเนินการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ผลต่อการพิจารณาเข้าร่วมการวิจัย?

ผู้ที่มีสิทธิเข้าร่วมการวิจัยต้องมีคุณสมบัติที่เป็นไปตามข้อตกลงข้างต้นแล้วนั้น ท่านจำเป็นต้องลงนามในใบพิทักษ์สิทธิเป็นที่ เรียบร้อย ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ของท่านนั้น จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการต่อการใช้ชีวิตในชุมชนและการรับบริการทาง สุขภาพในสถานพยาบาลในพื้นที่และไม่มีผลเสียต่อท่านหรือผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของท่านและบุคลากรในชุมชนและหน่วย

บริการสุขภาพ ในกรณีที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และมีสิทธิที่จะถอนข้อมูลที่ได้จากการประชุมพัฒนารูปแบบ ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

ลักษณะกิจกรรมในกระบวนการวิจัย

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วม ท่านจะได้รับการเชิญประชุม เป็นระยะเวลา 1 วัน ตั้งแต่เวลา 9.00 -15.00 น. ในวันและเวลาที่ทางชุมชนสะดวก เพื่อปรึกษาหารือและร่วมกันหาแนวทางการพัฒนารูปแบบ/แนวทางระบบการช่วยฟื้นคืนชีพที่ตรงกับบริบทของพื้นที่ของท่าน โดยกิจกรรมในช่วงเช้า เวลา 9.00-12.00 น. จะเป็นการระดมความคิด และถอดบทเรียนประเด็นปัญหาอุปสรรคเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับช่วงบ่าย 13.00 -15.00 น. จะเป็นการร่วมกันออกแบบและวางแผน กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในผู้สูงอายุมีมีแนวทางในการประสานงาน หรือ ร่วมกันระบุหน้าที่ ขั้นตอนในการนำส่งไปยัง โรงพยาบาลวิภาวดีอย่างไร โดยผู้วิจัย จะทำการสรุปผลการประชุมให้ท่านทราบภายหลัง ในการเข้าร่วมประชุมผู้วิจัยจะทำการเลี้ยงอาหารกลางวัน 1 มื้อ และอาหารว่าง 2 มื้อและมีการมอบค่าเดินทางและค่าเสียเวลาให้ท่าน 200 บาท หลังเสร็จสิ้นการประชุมเวลา 15.00 น.โดยให้ท่านลงลายมือชื่อในใบสำคัญรับเงินและพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนไว้เป็นหลักฐาน

ข้อดีและการบริหารความเสี่ยงในการเข้าร่วมการวิจัย?

ผู้วิจัยไม่สามารถระบุข้อดีของการเข้าร่วมวิจัยของท่านได้ อย่างไรก็ตามท่านจะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับพัฒนาระบบการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้หากผลการวิจัยนี้ ได้รับการเล็งเห็นความสำคัญ อาจนำไปสู่การพัฒนาการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานลดความเสี่ยงของชีวิตและการตายในอนาคต นอกจากนี้ ระหว่างระหว่างการประชุม หากท่านได้รับความรู้สึก เหนื่อย ล้า ท่านสามารถหยุดพักได้ตลอดเวลา หรือหากเครียด กัดต้น หรือ ความรู้สึกใด ๆ ไปในทางลบ ถึงแม้กระบวนการประชุมจะไม่เสร็จสมบูรณ์ก็ตาม ผู้วิจัย จะส่งท่านไปยังแผนกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลวิภาวดี เพื่อให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในเบื้องต้น ซึ่งท่านสามารถกลับเข้าร่วมการประชุมเมื่อท่านพร้อมได้ตลอดเวลาหากการประชุมยังคงดำเนินการอยู่ นอกจากนี้ ในช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อเป็นการป้องกันกลุ่มตัวอย่างจากการแพร่กระจายเชื้อ ผู้วิจัยจะดำเนินการภายใต้มาตรการของจังหวัดสุราษฎร์ธานีอย่างเคร่งครัด หากมีการจัดอบรม หรือการรวมตัวของกลุ่มตัวอย่าง จะมีมาตรการในการควบคุม เช่น การเว้นจัดที่นั่งให้ระยะห่าง การวัดอุณหภูมิ การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ การจัดเลี้ยงอาหารกล่องและเครื่องดื่มแบบแยกรายบุคคล เพื่อให้มั่นใจในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

การพิทักษ์สิทธิความเป็นส่วนบุคคล?

ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งเอกสาร และ บทความตีพิมพ์ต่าง ๆ จะไม่มีการระบุ ชื่อ- สกุล หรือสิ่งที่ทำให้สามารถระบุตัวท่านได้ ซึ่งข้อมูลจากการประชุมจะได้รับการถอดเทปโดยบุคคลที่ 3 โดยไม่สามารถจัดการกับข้อมูลเพื่อเป็นการล่วงละเมิดกับข้อมูลส่วนตัวของท่านได้แต่อย่างใด เทปบันทึกเสียง ผลการประชุมจะไม่ถูกระบุตัวตนของท่านโดยชื่อ- สกุลที่แท้จริง ผู้วิจัยจะใช้รหัสในบันทึกและระบุตัวตนเท่านั้น ซึ่งเป็นการป้องกันการเปิดเผยข้อมูลหากมีการสูญหายของเทปบันทึกเสียงหรือรายงานการประชุมเกิดขึ้น สำหรับเสียงการประชุมจะได้รับการจัดเก็บในคอมพิวเตอร์โดยมีการใช้รหัสผ่านเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล ส่วนเอกสารรายงานประชุมที่เกี่ยวข้องจะถูกจัดเก็บในตู้เก็บเอกสารที่มีระบบป้องกันและรักษาความปลอดภัย ภายในห้อง 1107 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น เอกสารทั้งหมดจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 5 หลังจากปิดโครงการวิจัย

การจัดการกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัย

ผลการวิจัยจะถูกนำไปเสนอในรูปแบบวิจัยฉบับสมบูรณ์ นอกจากนี้จะได้รับการนำเสนอในเวทีวิชาการและตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตามผลการวิจัยรวมถึงข้อมูลจากกระบวนการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถขอรับเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขตามที่ท่านเห็นสมควร ซึ่งการแก้ไขต่าง ๆ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยตามที่อยู่ที่ได้ระบุไว้ข้างต้น

ข้อควรปฏิบัติในการเข้าร่วมวิจัย

ก่อนลงนามเข้าร่วมการวิจัย โปรดอ่านข้อมูลต่าง ๆ ในเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด และแน่ใจว่าท่านเข้าใจในข้อมูลดังกล่าวอย่างถ่องแท้ก่อนการตกลงเข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัย หรือข้อคำถามเกี่ยวกับการวิจัย โปรดติดต่อผู้วิจัย หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัย โปรดกรอกรายละเอียดในเอกสารใบพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมลงนามเข้าร่วมการวิจัย และส่งเอกสารดังกล่าวมายังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยจะทำการติดต่อท่านเพื่อนัดหมายการประชุมหรือท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยโดยตรงเพื่อนัดหมายและส่งเอกสารให้แก่ผู้วิจัยในวันจัดประชุมจักเป็นพระคุณยิ่ง

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ประดิษฐ์พร พงศ์เตரியง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

272 ม.9 ต.ขุนทะเล อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84100

โทร: 096-639-1119 อีเมลล์: Praditporn.pon@sru.ac.th

ขอบพระคุณอย่างยิ่ง

ประดิษฐ์พร พงศ์เตரியง

หัวหน้าโครงการวิจัย

ทัศนีย์ สุนทร

ผู้ร่วมวิจัย

จารุวัฒน์ สำลีพันธ์

ผู้ร่วมวิจัย

เนาวรัตน์ ชูศรี

ผู้ร่วมวิจัย

การร้องเรียนเกี่ยวกับการวิจัย ?

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ใบอนุมัติเลขที่ SRU..... ซึ่งท่านควรได้รับการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ต่อการเข้าร่วมวิจัย หรือท่านมีข้อร้องเรียนต่อการปฏิบัติหรือมารยาทที่ได้รับอย่างไม่เหมาะสมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนมายัง สถาบันวิจัยและพัฒนา อาคารสถาบันวิจัย ชั้น 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 077 355 680 email ird_center@hotmail.com



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
272 ม.9 ต.ขุนทะเล อ.เมืองจ.สุราษฎร์ธานี 84100
โทร: 096-639-1119 อีเมลล์: Praditporn.pon@sru.ac.th

เอกสารชี้แจงผู้วิจัย
(สำหรับกลุ่มผู้เข้าอบรมหลักสูตรฯ ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2)
โครงการวิจัยการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน
ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง, ทศนีย์ สุนทร, จารุวัฒน์ สาลีพันธ์ และ เนาวรัตน์ ชูคร
เอกสารผ่านการปรับปรุงครั้งที่ 2/2564

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการวิจัย ของ นายประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ สุราษฎร์ธานี และคณะ โดยการวิจัยในครั้งนี้ ได้ระบุรายละเอียดและข้อมูลที่เป็นภารกิจสิทธิ์ของท่านผู้เป็นส่วนสำคัญยิ่งในกระบวนการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความมุ่งหวังของการพัฒนาวิจัย ?

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน งานวิจัยชิ้นนี้มีความคาดหวังว่าจะสามารถพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้วิจัย ซึ่งอาจนำมาสู่การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อไป

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย?

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เหมาะสมต่อการตอบโจทย์การวิจัย โดย เป็นบุคคลที่มีผู้สูงอายุในการดูแลกลุ่มอสม. กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และกลุ่มชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น รวมจำนวนทั้งหมด 80 ราย โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุ 18-50 ปี 2) สนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ครบ 24 ชม. (3 วัน) 3) ไม่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว 4) ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ หอบหืด 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครบตามเวลา 6) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ อย่างไรก็ตาม หากท่าน มีอาการผิดปกติ ทางร่างกาย ขณะฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องให้ท่านงดเว้นการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อป้องกันความเสี่ยงและอันตรายที่อาจมีต่อตัวท่าน ท่านจะได้รับการอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน การวิจัยครั้งนี้ได้มีการดำเนินการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ผลต่อการพิจารณาเข้าร่วมการวิจัย?

ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าร่วมการวิจัยต้องมีคุณสมบัติที่เป็นไปตามข้อตกลงข้างต้นแล้วนั้น ท่านจำเป็นต้องลงนามในใบพิทักษ์สิทธิเป็นที่ยอมรับ ในกรณีตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ของท่านนั้น จะไม่มีผลใด ๆ ต่อ การต่อการใช้ชีวิตในชุมชนและการรับบริการทางสุขภาพในสถานพยาบาลในพื้นที่และไม่มีผลเสียต่อท่านหรือผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของท่านและบุคลากรในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ ในกรณีที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และมีสิทธิ์ที่จะถอนข้อมูลที่ได้จากการอบรมในหลักสูตร ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

ลักษณะกิจกรรมในกระบวนการวิจัย

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วม ท่านจะได้รับการเชิญเข้าร่วมการอบรม ที่ชื่อว่า “หลักสูตรการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล” เป็นหลักสูตรที่มีระยะเวลา การอบรมรวม 24 ชั่วโมง แบ่งการอบรม เป็น 3 ครั้งๆ ละ 8 ชั่วโมง หรือรวมระยะเวลา 3 วัน ในช่วง 2 เดือน ทั้งนี้ก่อนเริ่มและหลังการอบรม ครั้งที่ 1 ท่านจะได้รับการทำแบบทดสอบ ความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 60 ข้อ ใช้เวลาในการทำรอบละประมาณ 20 นาที กิจกรรมครั้งที่ 1 ท่านจะได้รับการให้ความรู้โดยวิทยากร ในเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน การประเมินอาการสัญญาณเตือน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง รวม ระยะเวลา 4 ชั่วโมง และพักเที่ยง 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น ท่านจะถูกจัดเข้ากลุ่ม ๆ ละประมาณ 10 คน เพื่อฝึกปฏิบัติ การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ตามสถานการณ์จำลองการเจ็บป่วย รูปแบบกิจกรรมท่านอาจต้องมีการใช้แรงในการช่วยกดหน้าอกหุ่น เป็นเวลาติดต่อกัน 2 นาที และอาจทำซ้ำได้หากท่านมีอาการเหนื่อยล้าตามที่ท่านต้องการ เพื่อฝึกทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และท่านจะได้รับการฝึกในการช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี และการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ ซึ่งอาจต้องมีการเคลื่อนไหว ยืดเหยียด ร่างกาย หรือ อาจมีกิจกรรมที่ ต้องยก เคลื่อนย้าย ใช้น้ำอุปกรณ์กรณช่วยหิ้วไม่เกิน 5 กิโลกรัม บ้างในกรณีที่มีสถานการณ์การช่วยชีวิตฉุกเฉิน หลังเสร็จกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจะให้ สื่อการเรียนรู้ด้วยตัวเอง เรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ความยาว 3 ชม. ให้ท่านไว้ดูเมื่ออยู่บ้านตามต้องการ พร้อมทั้งจะชี้แจงแนวทางหากเกิดเหตุฉุกเฉินในชุมชนว่าท่านจะต้องดำเนินการอย่างไร สำหรับกิจกรรมที่ 2 จะจัดขึ้นห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 1 เดือน และครั้งที่ 3 จะจัดห่างจากครั้งที่ 2 ประมาณ 1 เดือน ซึ่งจะมีการนัดหมายล่วงหน้า โดยจัดกิจกรรมครั้งละ 8 ชั่วโมง (1 วัน) รวม 2 ครั้ง 16 ชั่วโมง ลักษณะกิจกรรม ทั้ง 2 ครั้ง ในช่วงเช้าเป็นการติดตามและทบทวนทักษะที่เคยปฏิบัติในครั้งที่ 1 จากนั้นทำการพักรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง และในช่วงบ่ายจะเป็นสถานการณ์จำลองการเกิดเหตุฉุกเฉินให้ท่านได้ทดลองและฝึกการช่วยเหลือและประสานงานตามแผนที่ได้วางไว้ และมีการประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติของท่านโดยวิทยากรประจำกลุ่มหากท่านไม่ผ่านการฝึกจะมีการทบทวนและซ่อมเสริมให้ท่านตามความเหมาะสม หลังเสร็จกิจกรรมของครั้งที่ 2 และ 3 ท่านจะได้รับการทำแบบทดสอบ ความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 60 ข้อ ใช้เวลาในการทำรอบละประมาณ 20 นาที ถือเป็นความสำเร็จสิ้น ทั้งนี้ ในการอบรมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะทำการเลี้ยงอาหารกลางวัน จำนวน 1 มื้อ/ครั้ง และอาหารว่าง จำนวน 2 มื้อ/ครั้ง ในการอบรมทั้งหมด 3 ครั้ง ผู้วิจัยมีการมอบค่าเดินทางและค่าเสียเวลาให้ท่านรวม 500 บาท โดยจะแบ่งจ่าย จำนวน 250 บาท ในการอบรมครั้งที่ 1 และหลังเสร็จสิ้นการอบรมครั้งที่ 3 จำนวน 250 บาท โดยให้ท่านลงลายมือชื่อในใบสำคัญรับเงินและพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนไว้เป็นหลักฐาน

ข้อดีและการบริหารความเสี่ยงในการเข้าร่วมการวิจัย?

การเข้าร่วมวิจัยนี้ท่านจะได้รับความรู้และทักษะในการช่วยเหลือบุคคลในชุมชนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และท่านจะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ เกี่ยวกับพัฒนาระบบการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้หากผลการวิจัยนี้ได้รับการเห็นถึงความสำคัญ อาจนำไปสู่การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานลดความเสี่ยงของความปลอดภัยและการตายในอนาคต อย่างไรก็ตามระหว่างระหว่างการอบรม หากท่านได้มีความรู้สึก เหนื่อย ล้า ท่านสามารถหยุดพักได้ตลอดเวลา หากมีอาการผิดปกติใดๆทางร่างกาย เช่น เหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติขณะ ขณะฝึกปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ ท่านจะได้รับการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาล ณ สถานที่จัดอบรมในเบื้องต้น จากนั้นผู้วิจัยจะส่งท่านไปยังห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวิภาวดีเพื่อรับการดูแลต่อไป หรือหากท่านเครียด กัดดัน หรือ ความรู้สึกใด ๆ ไปในทางลบ ถึงแม้กระบวนการอบรมจะไม่เสร็จสมบูรณ์ก็ตาม ผู้วิจัย จะส่งท่านไปยัง แผนกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลวิภาวดี เพื่อให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในเบื้องต้น ซึ่งท่านสามารถกลับเข้าร่วมการอบรมเมื่อท่านพร้อมได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ ในช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อเป็นการป้องกันกลุ่มตัวอย่างจากการแพร่กระจายเชื้อ ผู้วิจัยจะดำเนินการภายใต้มาตรการของจังหวัดสุราษฎร์ธานีอย่างเคร่งครัด หากมีการจัดอบรมหรือการรวมตัวของกลุ่มตัวอย่าง จะมีมาตรการในการควบคุม เช่น การเว้นจัดที่นั่งให้ระยะห่าง การวัดอุณหภูมิกาย การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ การจัดเลี้ยงอาหารกล่องและเครื่องดื่มแบบแยกรายบุคคล เพื่อให้มั่นใจในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

การพิทักษ์สิทธิความเป็นส่วนบุคคล?

ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งเอกสาร และ บทความตีพิมพ์ต่าง ๆ จะไม่มีการระบุ ชื่อ- สกุล หรือสิ่งที่ทำให้สามารถระบุทราบถึงตัวท่านได้ ซึ่งข้อมูลจากการข้อมูลจากแบบสอบถามจะไม่ถูกระบุตัวตนของท่านโดยชื่อ- สกุลที่แท้จริง ผู้วิจัยจะใช้รหัสในบันทึกและระบุตัวตนเท่านั้น ซึ่งเป็นการป้องกันการเปิดเผยข้อมูลหากมีการสูญหาย สำหรับข้อมูลรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์จะได้รับการจัดเก็บในคอมพิวเตอร์โดยมีการใช้รหัสผ่านเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล ส่วนเอกสารแบบสอบถามและเอกสารที่เกี่ยวข้องจะถูกจัดเก็บในตู้

เก็บเอกสารที่มีระบบป้องกันและรักษาความปลอดภัย ภายในห้อง 1107 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น เอกสารทั้งหมดจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 5 หลังจากปิดโครงการวิจัย

การจัดการกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัย

ผลการวิจัยจำถูกนำไปเสนอในรูปแบบวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ นอกจากนี้จะได้รับการนำเสนอในเวทีวิชาการและตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตามผลการวิจัยรวมถึงข้อมูลจากกระบวนการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถขอรับเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขตามที่ท่านเห็นสมควร ซึ่งการแก้ไขต่าง ๆ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยตามที่อยู่ที่ได้ระบุไว้ข้างต้น

ข้อควรปฏิบัติในการเข้าร่วมวิจัย

ก่อนลงนามเข้าร่วมการวิจัย โปรดอ่านข้อมูลต่าง ๆ ในเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด และแน่ใจว่าท่านเข้าใจในข้อมูลดังกล่าวอย่างถ่องแท้ก่อนการตกลงเข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัย หรือข้อคำถามเกี่ยวกับการวิจัย โปรดติดต่อผู้วิจัย หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัย โปรดกรอกรายละเอียดในเอกสารใบพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมลงนามเข้าร่วมการวิจัย และส่งเอกสารดังกล่าวมายังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยจะทำการติดต่อท่านเพื่อนัดหมายการอบรมหรือท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยโดยตรงเพื่อนัดหมายและส่งเอกสารให้แก่ผู้วิจัยในวันจัดอบรม จักเป็นพระคุณยิ่ง

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
272 ม.9 ต.ขุนทะเล อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84100
โทร: 096-639-1119 อีเมลล์: Praditporn.pon@sru.ac.th
ขอบพระคุณอย่างยิ่ง

ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง
หัวหน้าโครงการวิจัย

ทัศนีย์ สุนทร
ผู้ร่วมวิจัย

จารุวัฒน์ สำลีพันธ์
ผู้ร่วมวิจัย

เนาวรัตน์ ชูตร
ผู้ร่วมวิจัย

การร้องเรียนเกี่ยวกับการวิจัย ?

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ใบอนุมัติเลขที่ SRU..... ซึ่งท่านควรได้รับการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ต่อการเข้าร่วมวิจัย หรือท่านมีข้อร้องเรียนต่อการปฏิบัติหรือมารยาทที่ได้รับอย่างไม่เหมาะสมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนมายัง สถาบันวิจัยและพัฒนา อาคารสถาบันวิจัย ชั้น 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 077 355 680 email ird_center@hotmail.com



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
272 ม.9 ต.ขุนทะเล อ.เมืองจ.สุราษฎร์ธานี 84100
โทร: 096-639-1119 อีเมลล์: Praditporn.pon@sru.ac.th

เอกสารชี้แจงผู้วิจัย
(สำหรับการสัมภาษณ์กลุ่ม ระยะที่ 4)
โครงการวิจัยการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน
ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง, ทศนีย์ สุนทร, จารุวัฒน์ ลำลีพันธ์ และ เนาวรัตน์ ชูคร
เอกสารผ่านการปรับปรุงครั้งที่ 2/2564

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการวิจัย ของ นายประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ สุราษฎร์ธานี และคณะ โดยการวิจัยในครั้งนี้ ได้ระบุรายละเอียดและข้อมูลที่เป็นการพิทักษ์สิทธิของท่านผู้เป็นส่วนสำคัญยิ่งในกระบวนการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความมุ่งหวังของการพัฒนาวิจัย ?

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนงานวิจัยชิ้นนี้มีความคาดหวังว่าจะสามารถพัฒนาสมรรถนะผู้ถูกวิจัย ซึ่งอาจนำมาสู่การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อไป

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย?

ในการวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เหมาะสมต่อการตอบโจทย์การวิจัย โดย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม เพื่อสะท้อนมุมมองการพัฒนากระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุในชุมชน และหลักสูตรที่ท่านได้เข้าอบรมมาในระยยะก่อนหน้านี้ โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ การผ่านอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 24 ชั่วโมง มี/ไม่มี ประสบการณ์การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉิน ในช่วงก่อนการสัมภาษณ์ และสมัครใจในการการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรการเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อการนำข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาหรือเสนอเชิงนโยบาย การวิจัยครั้งนี้ได้มีการดำเนินการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ผลต่อการพิจารณาเข้าร่วมการวิจัย?

ผู้ที่มีสิทธิเข้าร่วมการวิจัยต้องมีคุณสมบัติที่เป็นไปตามข้อตกลงข้างต้นแล้วนั้น ท่านจำเป็นต้องลงนามในใบพิทักษ์สิทธิเป็นที่ยอมรับ ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ของท่านนั้น จะไม่มีผลใดๆ ต่อ การต่อการใช้ชีวิตในชุมชนและการรับบริการทางสุขภาพในสถานพยาบาลในพื้นที่และไม่มีผลเสียต่อท่านหรือผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของท่านและบุคลากรในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ ในกรณีที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และมีสิทธิที่จะถอนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

ลักษณะกิจกรรมในกระบวนการวิจัย

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วม ท่านจะได้รับการเชิญเข้าร่วมสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่ม ประมาณ 45-90 นาที ในสถานที่ที่มีความเหมาะสม เช่น ห้องประชุม โรงพยาบาลวิภาวดี หรือ ศาลาประชาคม อำเภอวิภาวดี ตามที่กลุ่มตกลงร่วมกัน ระหว่างการสัมภาษณ์กลุ่ม ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเทป โดยเทปบันทึกเสียงดังกล่าวจะถูกนำไปถอดเป็นบทสัมภาษณ์ โดยบุคคลที่ 3 ซึ่งไม่สามารถเผยแพร่ จัดกระทำใด ๆ ต่อข้อมูลได้ ข้อมูลต่าง ๆ เช่น ชื่อ สถานที่ องค์กร ที่ถูกกล่าวถึง จะถูกตัดออกเพื่อป้องกันการเชื่อมโยงถึงตัวบุคคล หรือความล่อแหลมที่ส่งผลต่อชื่อเสียงในวงกว้าง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผล ในภาพรวมต่อไป และผู้วิจัยจะทำการส่งผลบทสัมภาษณ์ให้ท่านทราบภายหลังเพื่อการตรวจสอบความถูกต้อง มีการมอบค่าเดินทางและค่าเสียเวลาให้ท่าน 200 บาท หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ โดยให้ท่านลงลายมือชื่อในใบสำคัญรับเงินและพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนไว้เป็นหลักฐาน

ข้อดีและการบริหารความเสี่ยงในการเข้าร่วมการวิจัย?

ผู้วิจัยไม่สามารถระบุข้อดีของการเข้าร่วมวิจัยของท่านได้ อย่างไรก็ตามท่านจะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับพัฒนาระบบการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้หากผลการวิจัยนี้ ได้รับการสังเกตเห็นความสำคัญ อาจนำไปสู่การพัฒนาการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานลดความเสี่ยงของชีวิตและการตายในอนาคต นอกจากนี้ ระหว่างระหว่างการประชุม หากท่านได้รับความรู้สึก เหนื่อย ล้า ท่านสามารถหยุดพักได้ตลอดเวลา หรือหาก เครียด กัดดัน หรือ ความรู้สึกใด ๆ ไปในทางลบ ถึงแม้กระบวนการสัมภาษณ์จะไม่เสร็จสมบูรณ์ก็ตาม ผู้วิจัย จะส่งท่านไปยัง แผนกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลวิภาวดี เพื่อให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหามาในเบื้องต้น ซึ่งท่านสามารถกลับเข้าร่วมการสัมภาษณ์เมื่อท่านพร้อมได้ตลอดเวลาหากยังคงมีการดำเนินการสัมภาษณ์อยู่ นอกจากนี้ ในช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อเป็นการป้องกันกลุ่มตัวอย่างจากการแพร่กระจายเชื้อ ผู้วิจัยจะดำเนินการภายใต้มาตรการของจังหวัดสุราษฎร์ธานีอย่างเคร่งครัด หากมีการจัดอบรมหรือการรวมตัวของกลุ่มตัวอย่าง จะมีมาตรการในการควบคุม เช่น การเว้นจัดที่นั่งให้ระยะห่าง การวัดอุณหภูมิร่างกาย การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ การจัดเลี้ยงอาหารกล่องและเครื่องดื่มแบบแยกรายบุคคล เพื่อให้มั่นใจในการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ

การพิทักษ์สิทธิความเป็นส่วนบุคคล?

ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งเอกสาร และบทความตีพิมพ์ต่าง ๆ จะไม่มีการระบุ ชื่อ- สกุล หรือสิ่งที่ทำให้สามารถระบุทราบถึงตัวท่านได้ ซึ่งข้อมูลจากการประชุมจะได้รับการถอดเทปโดยบุคคลที่ 3 โดยไม่สามารถจัดการกับข้อมูลเพื่อเป็นการลวงละเมิดกับข้อมูลส่วนตัวของท่านได้แต่อย่างใด เทปบันทึกเสียง ผลการประชุมจะไม่ถูกระบุตัวตนของท่านโดยชื่อ- สกุลที่แท้จริง ผู้วิจัยจะใช้รหัสในบันทึกและระบุตัวตนเท่านั้น ซึ่งเป็นการป้องกันการเปิดเผยข้อมูลหากมีการสูญหายของเทปบันทึกเสียงหรือรายงานการประชุมเกิดขึ้น สำหรับเสียงการประชุมจะได้รับการจัดเก็บในคอมพิวเตอร์โดยมีการใช้รหัสผ่านเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล ส่วนเอกสารรายงานประชุมที่เกี่ยวข้องจะถูกจัดเก็บในตู้เก็บเอกสารที่มีระบบป้องกันและรักษาความปลอดภัย ภายใน ห้อง 1107 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น เอกสารทั้งหมดจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 5 หลังจากปิดโครงการวิจัย

การจัดการกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัย

ผลการวิจัยจำถูกนำไปเสนอในรูปแบบวิจัยฉบับสมบูรณ์ นอกจากนี้จะได้รับการนำเสนอในเวทีวิชาการและตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตามผลการวิจัยรวมถึงข้อมูลจากกระบวนการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถขอรับเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขตามที่ท่านเห็นสมควร ซึ่งการแก้ไขต่างๆ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยตามที่อยู่ที่ได้ระบุไว้ข้างต้น

ข้อควรปฏิบัติในการเข้าร่วมวิจัย

ก่อนลงนามเข้าร่วมการวิจัย โปรดอ่านข้อมูลต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด และแน่ใจว่าท่านเข้าใจในข้อมูลดังกล่าวอย่างถ่องแท้ก่อนการตกลงเข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัย หรือข้อคำถามเกี่ยวกับการวิจัย โปรดติดต่อผู้วิจัย หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัย โปรดกรอกรายละเอียดในเอกสารใบพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมลงนามเข้าร่วมการวิจัย และส่งเอกสารดังกล่าวมายังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยจะทำการติดต่อท่านเพื่อนัดหมายการสัมภาษณ์กลุ่มหรือท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยโดยตรงเพื่อนัดหมายและส่งเอกสารให้แก่ผู้วิจัยในวันจัดสัมภาษณ์กลุ่ม จักเป็นพระคุณยิ่ง

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ประดิษฐ์พร พงศ์เตரியง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

272 ม.9 ต.ขุนทะเล อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84100

โทร: 096-639-1119 อีเมลล์: Praditporn.pon@sru.ac.th

ขอบพระคุณอย่างยิ่ง

ประดิษฐ์พร พงศ์เตரியง
หัวหน้าโครงการวิจัย

ทัศนีย์ สุนทร
ผู้ร่วมวิจัย

จารุวัฒน์ สำลีพันธ์
ผู้ร่วมวิจัย

เนาวรัตน์ ชูคร
ผู้ร่วมวิจัย

การร้องเรียนเกี่ยวกับการวิจัย ?

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ใบอนุมัติเลขที่ SRU..... ซึ่งท่านควรได้รับการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ต่อการเข้าร่วมวิจัย หรือท่านมีข้อร้องเรียนต่อการปฏิบัติหรือมารยาทที่ได้รับอย่างไม่เหมาะสมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนมายัง สถาบันวิจัยและพัฒนา อาคารสถาบันวิจัย ชั้น 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 077 355 680 email ird_center@hotmail.com

ภาคผนวก ฉ
เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย :

(สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน

ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในชุมชนและการรับบริการทางสุขภาพในสถานพยาบาลในพื้นที่ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มียานลงลายมือชื่อรับรองด้วย

ภาคผนวก ข
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1

พัฒนาหลักสูตร เฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิต
ผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล

คัดเลือกบุคคลเข้าร่วมกิจกรรมหลักสูตร เฝ้าระวัง
ภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุตามคุณสมบัติ

หลักสูตร ประกอบด้วยชุดความรู้

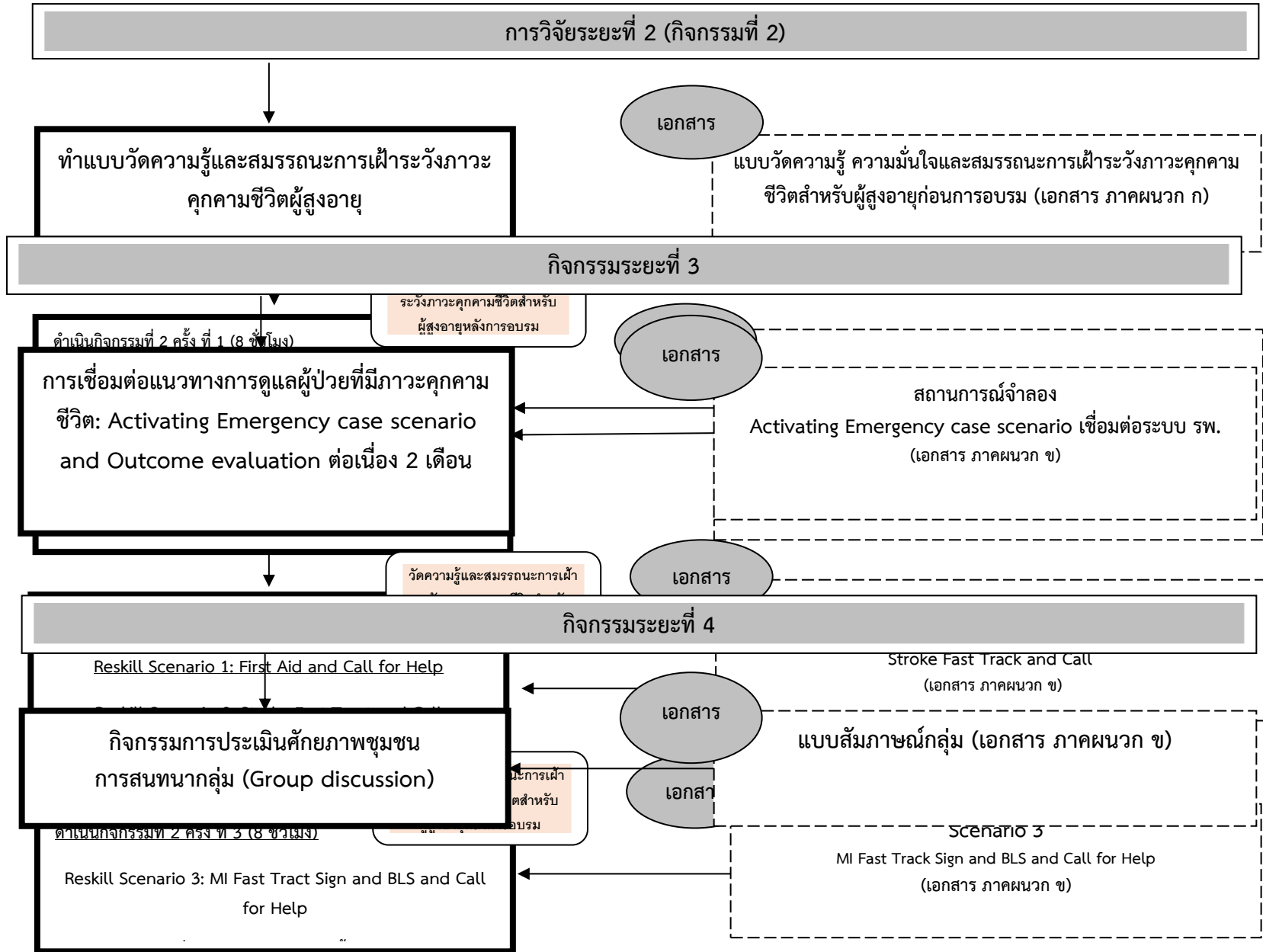
1. การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน
รูปแบบ On demand จำนวน 3 ชั่วโมง ผู้ผลิตสื่อ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระ
บรมราชูปถัมภ์ (Self-learning)
2. การเฝ้าระวังคุกคามชีวิต สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น หมดสติ ไม่รู้สึกตัว
รูปแบบ Onsite โดยวิทยากรบรรยาย 1 ชั่วโมง
3. การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและทักษะการปฏิบัติสำหรับประชาชน
รูปแบบ Onsite โดยวิทยากรบรรยาย 1 ชั่วโมง
4. ความรู้เรื่องโรคและการช่วยเหลือเบื้องต้น โรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลันรูปแบบ Onsite โดยวิทยากรบรรยาย 2 ชั่วโมง
5. ปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพผ่านรูปแบบสถานการณ์จำลองเป็นฐานปฏิบัติการ
กลุ่มย่อยโดยวิทยากรกลุ่ม 4 ชั่วโมง
6. การทบทวนความรู้และสมรรถนะ (Reskill) และการเชื่อมต่อระบบ ด้วยรูปแบบ OSCE 16 ชั่วโมง

การวิจัยระยะที่ 2 (กิจกรรมที่ 1)

รูปแบบ

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาแนวทางการช่วยฟื้นคืน
ชีพและการเชื่อมต่อระบบส่งต่อในชุมชน

การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตัวแทนชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม.
Care giver ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 36 คน



ภาคผนวก ข

กำหนดการการอบรมหลักสูตรเฝ้าระวังและช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลใน
ชุมชน

| ครั้งที่ | เวลา | เนื้อหากิจกรรม |
|---|---------------|---|
| 1 | 08.00 - 09.00 | การเฝ้าระวังคุกคามชีวิต สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยรุนแรง |
| | 09.00 - 10.00 | การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและทักษะการปฏิบัติสำหรับประชาชน |
| | 10.00 - 12.00 | ความรู้เรื่องโรคและการช่วยเหลือเบื้องต้น โรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจตาย |
| | 12.00-13.00 | พักกลางวัน |
| | 13.00 - 15.00 | ปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพผ่านรูปแบบสถานการณ์จำลองเป็นฐานปฏิบัติการ |
| | 15.00 - 16.00 | ชี้แจงแนวทาง บทบาท และกระบวนการ การเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ กรณีเกิดเหตุการณ์ในชุมชน |
| นัดครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 1 เดือน | | |
| 2 | 08.00 - 10.00 | ติดตามผล และ Reskill Scenario 1: First Aid and Call for Help |
| | 10.00 - 12.00 | ติดตามผล และ Reskill Scenario 2: Stroke Fast Track and Call for Help |
| | 12.00 - 13.00 | พักกลางวัน |
| | 13.00-16.00 | การทดสอบเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ OSCE: Activating Emergency case scenario and Outcome evaluation |
| นัดครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่ 2 ประมาณ 1 เดือน | | |
| 3 | 08.00 - 12.00 | Reskill Scenario 3: MI Fast Track Sign and BLS and Call for Help |
| | 12.00 - 13.00 | พักกลางวัน |
| | 13.00 - 16.00 | การทดสอบเชื่อมต่อแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุ OSCE: Activating Emergency case scenario and Outcome evaluation |

หมายเหตุ:

*กิจกรรมอาจปรับเปลี่ยนขึ้นอยู่กับสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่าง

*ทำแบบทดสอบความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะ ก่อนการอบรมเฉพาะครั้งที่ 1

*ทำแบบทดสอบความรู้ ความมั่นใจและสมรรถนะ หลังการอบรม ครั้งที่ 1, 2 และ 3

ภาคผนวก ฅ

ประวัตินักวิจัย

1. **ผศ.ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตரியง** ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
เบอร์โทรศัพท์ 096-6391119 Email: praditporn.pon@sru.ac.th
หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 077-913-375 FAX 077-913-376
2. **ผศ.ดร.ทัศนีย์ สุนทร** ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
เบอร์โทรศัพท์ 081-270-6881 Email: Srirat_5001@yahoo.com
หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 077-913-375 FAX 077-913-376
3. **นายแพทย์ จารุวัฒน์ สำลีพันธ์** ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์ 088-7513250 Email: fonokuya@gmail.com
หน่วยงาน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี
4. **พว.เนาวรัตน์ ชูศรี** ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
เบอร์โทรศัพท์ 091-8230318 Email:kaewchuson@gmail.com
หน่วยงาน โรงพยาบาลวิภาวดี

