

การพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้เพื่อการดูแลฉุกเฉิน

โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในกลุ่มผู้สูงอายุอพยพพลั้ง จังหวัดพะเยา

Development of Learning Model for Emergency Care Using Community Based among Active Aging in Phayao Province

ทวีวรรณ ศรีสุขคำ* และประจวบ แหลมหลัก

สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ตำบลแม่กา อำเภอ เมือง จังหวัดพะเยา 56000

Taweewun Srisookkum* and Prachuab lamluk

Department of Community Health, School of Public Health, University of Phayao

MaeKha Subdriect, Muang District, Phayao Province 56000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อการดูแลฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในกลุ่มผู้สูงอายุอพยพพลั้ง กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 227 คน ได้แก่ (1) กลุ่มผู้สนับสนุน (2) กลุ่มนักปฏิบัติ คือ อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ และตัวแทนหลังคาเรือนในพื้นที่ศึกษา และ (3) กลุ่มนักวิจัยในชุมชนและจากมหาวิทยาลัย ขั้นตอนการวิจัยมี 3 ระยะ คือ (1) การสำรวจบริบทและความต้องการชุมชน (2) การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้และการทำกิจกรรม และ (3) การประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การสังเกต การสัมภาษณ์ การทดสอบ เวทีชุมชน การปฏิบัติหลังกิจกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา $PNI_{modified}$ และ Friedman test ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ (1) โครงสร้างชุมชนเป็นบริบทชนบทที่มีความเป็นเครือญาติ เอื้อเพื่อเกื้อกูลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน มีทุนทางสังคมด้านบุคคลทั้งในและนอกชุมชน และประเพณีวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง (2) ด้านกระบวนการมี 3 กระบวนการ คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมบนฐานความต้องการของชุมชน การประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ และการดำเนินการโปรแกรมที่มีความต่อเนื่อง ผลให้กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และความคาดหวังจากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และ (3) การสะท้อนกิจกรรมบนความต้องการของชุมชนได้ทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง นำไปให้คำแนะนำกลุ่มอื่น และยังสามารถวางแผนสร้างกลยุทธ์กิจกรรมในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรได้นำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย การวางแผนงานรวมถึงการจัดกิจกรรมในการจัดบริการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุอพยพพลั้งในพื้นที่ศึกษาและพื้นที่ที่มีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ : รูปแบบการเรียนรู้; ชุมชนเป็นฐาน; การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน; ผู้สูงอายุอพยพพลั้ง

*ผู้รับผิดชอบบทความ : toon8627@gmail.com

Abstract

The action research aimed to develop learning model of a community-based regarding emergency care for active aging people in Phayao province. Two hundred and twenty-seven participants were; (1) supporter group, (2) practitioner group who were village health volunteers, active aging and representatives of people in the study area and, (3) community researchers and academic researchers. This research divided into three phases; (1) the first phase was a survey of the community context and community needs regarding emergency care, (2) the second phase was developed activities and intervention, and (3) the third phases was an evaluation. Data were collected by using documents observation, interview, test, forums, and after action reviews (AAR) technique. Data analysis were using content analysis, descriptive statistics, PNI_{modified} and Friedman test. The results revealed that the models composed of three components as follows; (1) the community structure was a rural context, kinship, reciprocal people, and personal social capital who lived inner and outer community and strong cultural traditions, (2) three processes were participatory learning based on community needs, informal coordination and continuous intervention program which significantly affected self-efficacy and expected outcome at p-value < 0.001, and (3) community needs reflection lead to be useful for themselves, advise to another group of people and also plan to establish activities strategies in order to caring emergency care among aging people. This research recommends that the stakeholders should be taken to establish policy, planning and activities for active aging in the area study and the similar area.

Keywords: learning model; community-based; emergency care; active aging

1. บทนำ

องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัจจุบันเป็นยุคของผู้สูงอายุ [1] เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aging society) [2,3] จำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นนี้ส่งผลต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโลกเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ดังที่องค์การอนามัยโลก [4] ได้ระบุไว้ว่าผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะ stroke โรคความดัน เบาหวาน มากที่สุด ซึ่งโรคเหล่านี้ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้

องค์การอนามัยโลกกำหนดนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงพลัมพลั่งหรือที่องค์การอนามัยโลกเรียกว่า active aging

ผู้สูงอายุช่วงตอนต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 60-69 ปี เป็นผู้สูงวัยที่มีพลัมพลั่ง ทั้งนี้เพราะเป็นช่วงสูงสุดของการทำงานในชีวิตทั้งประสบการณ์ ความสามารถ การคิดวิเคราะห์และสติปัญญา เป็นช่วงที่พลังทางกายและสติปัญญายังกระชับกระเฉงอยู่และทำงานได้ดี และยังสามารถทำงานให้สังคมช่วยเหลือผู้อื่น เช่นเดียวกับกลุ่มวัยหนุ่มสาว [5] สอดคล้องกับข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561 [3] ที่

พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำงานพึ่งพาตนเอง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60-69 ปี ขึ้นไปทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.80 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 51.40 ในปี พ.ศ. 2560 และยังพบว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพัฒนาตนเองและการพัฒนาของกลุ่มของตนเองเพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มและชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.10 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 33.70

การส่งเสริมการเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุและการเรียนรู้ตนเองด้วยการพัฒนาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นพหุผลพลั้งให้มีความสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือคนในชุมชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการเสริมพลัง ทำให้ผู้สูงอายุในช่วงพหุผลพลั้งมีศักยภาพเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศพบว่าในสหรัฐอเมริกาผู้สูงอายุทั้งในเมืองและนอกเมือง [6] ในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ [7] มีการเรียนรู้ในการอาสาดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยเป็นอาสาสมัครดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งภาครัฐให้การสนับสนุนหน่วยงานท้องถิ่นในการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาของ นนทรีและคณะ [8] เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ใช้การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ที่สอนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น ไม่พบรายงานที่ระบุว่าผู้สูงอายุพหุผลพลั้งมีส่วนร่วมเรียนรู้ในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดหนึ่งที่ตั้งอยู่ภาคเหนือตอนบน มีผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 18.84 [9] ซึ่งนั่นหมายความว่าจังหวัดพะเยาได้กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ว่าในต่างประเทศมีองค์ความรู้การพัฒนาการเรียนรู้เพื่อการดูแลฉุกเฉินของผู้สูงอายุภายใต้การสนับสนุนของ

ภาครัฐ แต่ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุพหุผลพลั้ง ชุมชนในฐานะที่เป็นหน่วยหนึ่งในสังคมที่มีทั้งสมาชิกในชุมชนองค์กร และทรัพยากรภายใต้บริบทในชุมชนนั้น [10] การแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ที่ต่างจากองค์ความรู้ที่มีอยู่คือ การให้ความสำคัญกับการสร้างชุมชนในการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การใช้ชุมชนเป็นฐานจึงเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพภายใต้บริบทของชุมชน [10] แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (community action research, CAR) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของชุมชนนักปฏิบัติ ที่ปรึกษาและนักวิจัย หัวใจสำคัญของ CAR ตั้งอยู่บนฐานในแบบแผนของการไว้นื้อเชื่อใจกันสำหรับการดำเนินกิจกรรมสำคัญ 3 กิจกรรม คือ (1) การวิจัย (research) โดยการเรียนรู้ในการวิจัยที่เป็นวงจรต่อเนื่องในการที่จะค้นหาทฤษฎีและแนวคิดใหม่ (2) การพัฒนาศักยภาพ (capacity-building) พัฒนาความสามารถในการทำงานร่วมกันและความสามารถในการผลิตผลงานที่ต้องการ โดย CAR ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมนี้มากกว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทอื่น [3] และการปฏิบัติ (practice) ในกลุ่มที่ทำงานร่วมกันอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์แนวคิด ทฤษฎีเครื่องมือ และความรู้ใหม่ [11] งานวิจัยนี้มีความมุ่งหวังเพื่อสร้างการกลุ่มผู้สูงอายุพหุผลพลั้งและผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ทั้งนักวิจัยในชุมชน ผู้นำ ผู้บริหาร ร่วมกับอาจารย์ที่เป็นนักวิจัยในมหาวิทยาลัย ซึ่งได้ร่วมกันสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้เกิดขึ้นในสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชน

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อการดูแลฉุกเฉิน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในกลุ่มผู้สูงอายุพหุผลพลั้ง

จังหวัดพะเยา

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 สํารวจบริบทชุมชนในพื้นที่ศึกษา

2.2.2 ประเมินความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุพัฒนาพลัง

2.2.3 ประเมินผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุพัฒนาพลัง

3. วิธีการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (CAR) ได้กำหนดพื้นที่ศึกษาที่มีลักษณะ คือ เป็นชุมชนที่ไม่มีการอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่อยู่ในเขตชนบท และเป็นพื้นที่เป็นพื้นที่เคยมีการเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจึงประกอบด้วยหลายกลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สนับสนุนเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง 9 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ประธานกลุ่มแม่บ้าน สมาชิกสภาตำบล หมอเมือง และผู้นำทางความคิด

กลุ่มที่ 2 กลุ่มนักปฏิบัติเลือกตัวอย่าง 208 คน ได้แก่ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขเลือกตัวอย่างแบบสมัครใจ 15 คน (2) ผู้สูงอายุที่อายุ 60-69 ปี คํานวนขนาดตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วย power analysis โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของโคเฮน (Cohen) [12] กำหนดค่า ได้จํานวนกลุ่มที่เป็นตัวอย่าง 20 คน จากนั้นเลือกตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติของตัวอย่าง (inclusion criteria) สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร มีสุขภาพแข็งแรง มีความ

สามารถยกและเคลื่อนย้ายอุปกรณ์อายุ 60-69 ปี และยินดีเข้าร่วมวิจัยวิจัยตลอดระยะเวลา 2 เดือน (3) ตัวแทนหลังคาเรือน คํานวนขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรโปรแกรม n4Studies ได้จํานวนตัวอย่าง 173 คน [13] โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ อ่านออกเขียนได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา มีความสมัครใจให้ข้อมูล และ (4) อยู่ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

กลุ่มที่ 3 กลุ่มนักวิจัย 10 คน ได้แก่ ผู้วิจัย นักวิจัยชุมชนที่สนใจในพื้นที่ศึกษา 4 คน และนิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่สมัครใจเข้าร่วมทีมวิจัย 6 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่สังเกตเกี่ยวกับบริบทชุมชนที่ศึกษา ด้านประวัติศาสตร์ ภูมิประเทศสภาพสังคม ทรัพยากรในชุมชน

3.2.2 แนวคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติหลังกิจกรรม AAR เป็นเครื่องมือที่ประยุกต์จากงานวิจัยของ Chaleekrua [14] จํานวน 3 ข้อ คือ ความคาดหวังต่อกิจกรรม ความเป็นจริงของกิจกรรม และสาเหตุที่กิจกรรมไม่เป็นตามที่คาดหวัง

3.2.3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาจากแนวคิดของ สุวิมล [15] ที่เรียกว่าเทคนิคการจัดลำดับสำหรับข้อมูลแบบการตอบสนองคู่ (dual response format) บนฐานคิดของความต้องการจำเป็นตามโมเดลความแตกต่าง (discrepancy model) ประกอบด้วยข้อมูลประชากรและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 8 ข้อ และข้อมูลข้อมูลแบบการตอบสนองคู่ 50 ข้อ แบ่งเป็นด้านองค์หรือหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพฉุกเฉิน 20 ข้อ และด้านโรคหรืออาการที่ฉุกเฉินและด้านกิจกรรมในการดำเนินงาน 30 ข้อ ระดับสเกลทั้งคาดหวังและความต้องการจำเป็นของชุมชนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (ระดับ

คะแนน 5 คะแนน) มาก (ระดับคะแนน 4 คะแนน) ปานกลาง (ระดับคะแนน 3 คะแนน) น้อย (ระดับคะแนน 2 คะแนน) และน้อยที่สุด (ระดับคะแนน 1 คะแนน) สำหรับการแปรความหมายความต้องการจำเป็นพิจารณาจาก $PNI_{modified}$ สูงสุดไปหาต่ำสุด

3.2.4 แบบทดสอบผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ เป็นเครื่องมือที่ประยุกต์จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) [16] 10 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง 5 ข้อ และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง 5 ข้อ สำหรับระดับสเกลการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ เป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (ระดับคะแนน 5 คะแนน) มาก (ระดับคะแนน 4 คะแนน) ปานกลาง (ระดับคะแนน 3 คะแนน) น้อย (ระดับคะแนน 2 คะแนน) และน้อยที่สุด (ระดับคะแนน 1 คะแนน)

3.3 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ข้อคำถามเกี่ยวกับความคาดหวังและความเป็นจริงในภาพรวมใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ และแบบทดสอบผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นรวม 0.84 และ 0.95 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพของข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมได้นำมาตรวจพิสูจน์ด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษามากกว่า 2 แหล่งที่เรียกว่าวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) [17]

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการวิจัยได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัย

จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา และได้รับการรับรองรหัสโครงการ 5502 04 002 จากนั้นดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

3.4.1 ระยะที่ 1 การศึกษาจากเอกสารของชุมชนที่ศึกษา จากนั้นการสังเกตบริบทชุมชนแบบมีส่วนร่วมและสัมภาษณ์ เพื่อการประเมินความต้องการจำเป็นของชุมชนในการดูแลฉุกเฉินผู้สูงอายุ โดยทีมวิจัยสำรวจประเมินความต้องการจำเป็นการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยการเชิงปริมาณ และนำผลที่ได้มาสรุปเพื่อเตรียมนำเสนอในระยะที่ 1

3.4.2 ระยะที่ 2 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 2.1 การพัฒนาโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุโดยประชุมกลุ่มย่อยในทีมนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องเพื่อสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ 15 คน ผลที่ได้จากกิจกรรมนี้จะนำไปสู่การนำเครื่องมือและกิจกรรมไปปฏิบัติในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

ขั้นตอนที่ 2.2 การนำโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่าง โดยการทำกิจกรรมอบรมแบบมีส่วนร่วมแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี 20 คน และกลุ่มอื่นที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม คือ ผู้สูงอายุและกลุ่มอื่น จากนั้นทดสอบก่อนและหลังสัปดาห์ที่ 4 หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้

3.4.3 ระยะที่ 3 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 3.1 การประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุเป็นการปฏิบัติหลังกิจกรรม (after action review, AAR) เป็นการถอดบทเรียนหลังดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดทันทีในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมขั้นตอนที่ 2.2 ในขั้นตอนนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสรุปเป็นชุดความรู้สำหรับการนำโครงการไปขยายผล

ขั้นตอนที่ 3.2 การสังเคราะห์รูปแบบงานวิจัย โดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะที่ 1-3 สังเคราะห์และสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในกลุ่มผู้สูงอายุ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาที่ใช้เทคนิคการจัดกลุ่มแนวคิด (domain analysis)

3.5.2 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เป็นการบรรยายข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ $PNI_{modified}$ สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistic) ได้แก่ Friedman test

4. ผลการวิจัย

4.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1 บริบทและความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

4.1.1 บริบทชุมชน

ชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนชาวไทยภาคเหนือในชนบท ซึ่งอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ก่อตั้งจากกลุ่ม

เครือญาติพี่น้องประมาณ 100 ปีที่ผ่านมา บนพื้นที่อุดมด้วยป่าไม้ ปัจจุบันตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ราบเชิงเขา ใกล้กับชายแดนแดนไทยลาว ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ค่อนข้างแห้งแล้ง อยู่ห่างจากตัวอำเภอไปทางทิศตะวันออกตามระยะทาง 6 กิโลเมตร อยู่ห่างจากองค์การบริหารส่วนตำบลไปทางทิศเหนือ ระยะทาง 6 กิโลเมตร ระยะห่างจากชายแดนไทยลาวประมาณ 20 กิโลเมตร พื้นที่ของชุมชนทั้งหมดประมาณ 1,649 ไร่ ตั้งอยู่ในพิกัด PB 691461 ดังรูปที่ 1

สภาพสังคม ประชากร 816 คน มี 184 หลังคาเรือน อัตราส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 13.60) โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.96 ลักษณะชุมชนที่ศึกษาเป็นสังคมที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความเป็นเครือญาติสูงเดิมมีอาชีพทำนา ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นการทำเกษตรกรรม พืชเศรษฐกิจเป็นข้าวและยางพารา และคนในชุมชนดำรงชีวิตโดยการเกษตรกรรมแบบพอเพียง ด้านศาสนาคนทั้งชุมชนนับถือศาสนาพุทธ โดยจัดแบ่งหน้าที่ในการบำรุงศาสนาทุกคุ้ม มีความรับผิดชอบด้านวัฒนธรรมมีประเพณีของชุมชนที่เข้มแข็ง ได้แก่ ตานข้าวใหม่/สวดวิญข้าว เลี้ยงผีชาวบ้านส่งเคราะห์บ้าน

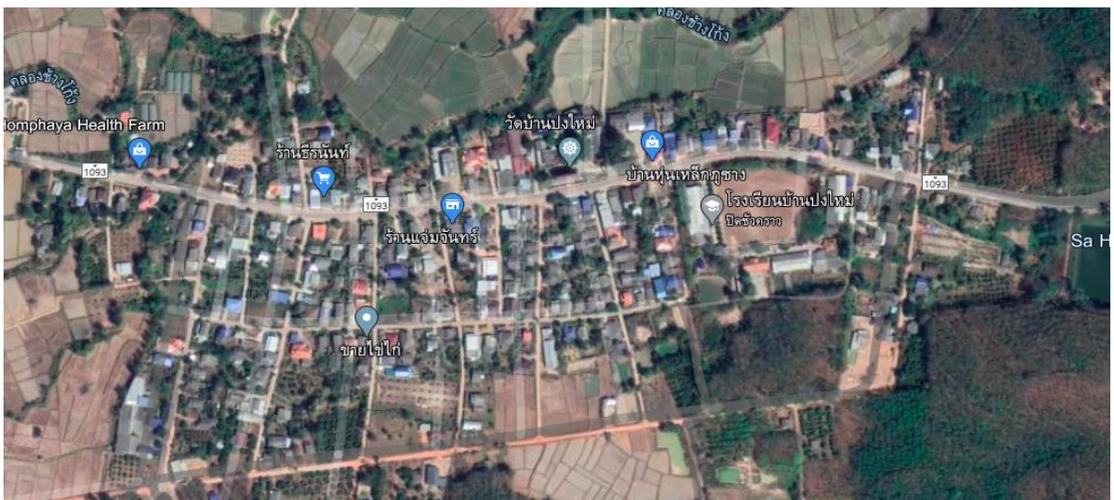


Figure 1 The map of study area

พิธีรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุและบายศรีสู่ขวัญผู้นำ สรงน้ำพระ เลี้ยงผีขุนน้ำ ทำบุญแห่เทียนพรรษา ทำบุญวันพระช่วงเข้าพรรษาและวันออกพรรษา และประเพณียี่เป็ง โดยผู้ให้ข้อมูลหลักบอกว่า “ตะกอน พ่อหนาน... มาตั้งรกรากคนแรก ตะกอนพื้นจวนญาติพี่น้องมาอยู่ โดย...ตะกอนคนส่วนใหญ่ในบ้านนี้มี 3 นามสกุลในบ้านนี้...ตะกอนก็ยะข้าวไฮ่ แล้วมายะข้าวนา...มันมาเปลี่ยนชิบปี ยะสวนยาง สองสามปีเนี่ย เริ่มทำบุญเฮ้วตั้งแต่สามโมงแลงจนห้าโมงแลง หกโมงก็จะเข้าสวนยางหละ”

ทรัพยากรในชุมชน มีแหล่งน้ำขนาดใหญ่ใกล้กับชุมชน มีพืชและสมุนไพรหลายชนิด มีปราชญ์ชาวบ้านด้านการใช้สมุนไพร การทำเครื่องสีข้าวกลิ้งมือหมุนแบบโบราณ มีกลุ่มด้านอาชีพการแปรรูปสมุนไพร กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ เครือข่ายฮอมพญา กลุ่มกองทุนออมทรัพย์ กองทุนสงเคราะห์ด้านการงาน และอาชีพในกลุ่มเพื่อนและเครือญาติ

4.1.2 ความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปจากการสัมภาษณ์ตัวแทนหลังคาเรือน 173 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 52.2 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 55.5) จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 3.2 คน การศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 78.6) รายได้ส่วนใหญ่พอใช้/ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 50.9) อาชีพทำสวนยาง (ร้อยละ 28.4) ข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในอดีตเคยมีคนในครัวเรือนเจ็บป่วย (ร้อยละ 23.7) และพบว่าเคยมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เป็นผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 1.15 เท่านั้น

ความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาแบ่งเป็น 3 ด้าน พบว่าด้านบุคคลหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

ฉุกเฉินที่มีความต้องการจำเป็นลำดับที่ 1 คือ หน่วยงานผู้ซีพขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยการปฐมพยาบาล พบว่า $PNI_{modified}$ 0.6204 รองลงมา คือ หน่วยงานผู้ซีพของ อบต. ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยการนำส่งโรงพยาบาล และ อพปร. ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยการนำส่งโรงพยาบาล พบว่า $PNI_{modified}$ 0.6009 และ 0.4458 ตามลำดับ ด้านเนื้อหาของกิจกรรมและโรคหรืออาการที่ฉุกเฉินในชุมชน พบว่าความต้องการจำเป็นลำดับที่ 1 คือ โรคหัวใจ โดยพบว่า $PNI_{modified}$ 0.4925 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคหัวใจขาดเลือด พบว่า $PNI_{modified}$ 0.4851 และ 0.4689 ตามลำดับ ส่วนด้านการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าความต้องการจำเป็นลำดับที่ 1 คือ กิจกรรมแผ่นพับ พบว่า $PNI_{modified}$ 0.5261 รองลงมา คือ กิจกรรมแผ่นป้าย และการอบรมผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่ พบว่า $PNI_{modified}$ 0.4971 และ 0.4221 ตามลำดับ

4.2 ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

4.2.1 ผลสรุปจากเวทีกลุ่มย่อยในทีมนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยและชุมชน จำนวน 15 คน โดยมีการนำผลประเมินความต้องการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเสนอต่อเวทีกลุ่มย่อย ได้ข้อตกลงร่วมในการดำเนินโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุดังนี้

- (1) ด้านบุคคลหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ประชุมได้ระบุการดำเนิน

กิจกรรมตามความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ มีผู้รับผิดชอบเป็นบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล และทางองค์การบริหารส่วนตำบลได้นำเข้าสู่แผนพัฒนาขององค์การบริหารส่วนตำบลในปีต่อไป

(2) ด้านโรคหรืออาการที่ฉุกเฉินในชุมชน ที่ประชุมได้ระบุการดำเนินกิจกรรมตามความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ พบว่ามีข้อขัดแย้งระหว่างงานวิจัยและข้อสรุปของชุมชน กล่าวคือ ข้อมูลงานวิจัยพบว่าโรคที่พบในชุมชนเป็นอันดับที่ 1 คือ โรคนี้ว แต่เมื่อมีการร่วมกับหาข้อสรุปแล้ว ได้มีการเปลี่ยนแปลงลำดับโรคหลอดเลือดสมองจากลำดับที่ 2 เป็นลำดับที่ 1 โดยมีเหตุผลเนื่องจากข้อเท็จจริงในชุมชนนั้นมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลายคน และได้ส่งผลต่อความพิการของผู้ป่วยอย่างเด่นชัด

(3) ด้านการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ที่ประชุมได้ระบุการดำเนินกิจกรรมตามความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อตกลงร่วมกันและจะดำเนินการกิจกรรมการสร้างการเรียนรู้แก่ชุมชน คือ การจัดกิจกรรมแผ่นพับ แผ่นป้ายและการอบรมผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่ โดยนำมาบูรณาการในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุระยะเวลาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ 6 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผลการจัดกิจกรรมก่อนการร่วมกิจกรรมและหลังร่วมกิจกรรม 6 สัปดาห์ กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมนั้นเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี รายละเอียดประกอบได้แก่ (1) การเรียนรู้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองด้วยการบรรยาย เนื้อหาอาการสาเหตุ การป้องกัน การช่วยเหลือฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน (2) การเรียนรู้จากวิดีโอทัศน์ เรื่อง การสังเกต

อาการโรคหลอดเลือดสมอง การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อมีอาการป่วยฉุกเฉิน (3) การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน และ (4) การเรียนรู้จากแผ่นพับและแผ่นป้ายความรู้ เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมาจากความต้องการของผู้สูงอายุ

4.2.2 ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุต่อการรับรู้ความสามารถและความคาดหวัง

ข้อมูลทั่วไปเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี ที่เข้าร่วมกิจกรรม 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.0) อายุ 60-64 ปี (ร้อยละ 76.0) อายุเฉลี่ย 63.36 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 78.4) ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน (ร้อยละ 48.0) อาชีพของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 36.0)

ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุต่อการรับรู้ความสามารถและความคาดหวังผลลัพธ์ พบว่าด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง 9.78 คะแนน หลังการทดลองทันทีคะแนนเฉลี่ยรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 20.62 คะแนน และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 22.47 คะแนน ด้านความคาดหวังผลลัพธ์จากกิจกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังผลลัพธ์หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลลัพธ์

10.68 คะแนน หลังการทดลองทันทีที่คะแนนเฉลี่ยรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์เพิ่มขึ้นเป็น 19.68 คะแนน และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลลัพธ์เพิ่มขึ้นเป็น 20.88 คะแนน ดังตารางที่ 1

4.3 ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลการจัดการเรียนรู้และการสังเคราะห์รูปแบบ

4.3.1 การปฏิบัติหลังกิจกรรม (after action review) พบว่ากิจกรรมนี้ได้สร้างการเรียนรู้เป็นครั้งแรกในชีวิตให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุม นอกจากนี้ยังทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับประโยชน์ในด้านความรู้ต่อตนเอง และการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในการแนะนำให้ผู้อื่นดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ ดังคำกล่าวของผู้เข้าร่วมเวทีว่า “ตั้งแต่เกิดมา จนแก่ขนาดนี้ไม่เคยจะอี่เลย มีประโยชน์มาก เอาไปบอกสอนคนอื่นได้” “ก็ตัวเยอะได้ ได้ความอุ่นใจ” “ได้ความรู้จัก เอาไปดูแลคนอื่นได้”

4.3.2 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาแบบการเรียนรู้เพื่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในกลุ่มผู้สูงอายุ การดำเนินงานทั้ง 3

ระยะ คณะผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์รูปแบบการเรียนรู้เพื่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในกลุ่มผู้สูงอายุที่เรียกว่า PongMai Model (ปงใหม่โมเดล) โดยมีรายละเอียดดังนี้ (รูปที่ 2)

(1) โครงสร้าง โครงสร้างของรูปแบบเป็นชุมชนชาวไทยภาคเหนือเป็นบริบทชุมชนชนบทที่มีความเป็นเครือญาติ เอื้อเพื่อเกื้อกูลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้ในพื้นที่ชุมชนศึกษายังมีทุนทางสังคมที่เป็นมีปราชญ์พื้นบ้านทั้งด้านวัฒนธรรม ด้านความคิด และด้านสุขภาพ มีกลุ่มองค์กรที่เกิดมาจากความเป็นญาติ เพื่อนพี่น้องจำนวนมาก รวมถึงกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีจิตวิญญาณในการทำงานด้านการเมืองมีผู้นำหมู่บ้านที่ความสามารถมาจากอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านทรัพยากรในชุมชนมีพืชสมุนไพรในพื้นที่ที่ยังประโยชน์ต่อการดูแลฉุกเฉิน ส่วนด้านประเพณีวัฒนธรรมยังดำรงรักษาประเพณีอย่างเข้มแข็ง ยิ่งกว่านั้นยังต้องมีกลุ่มอีก 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีจิตวิญญาณ กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มผู้สนับสนุน คือ ผู้นำใน

Table 1 Mean and standard deviation scores of self- efficacy and expected outcome before intervention, after immediate intervention, and after six weeks intervention of learning activities among active aging (n = 25)

Items (n = 25)	\bar{x}	S.D.	χ^2	df
1. Self- efficacy				
Before intervention	9.24	3.36		
After immediacy of intervention	19.68	5.98	34.60***	2
After six weeks of intervention	21.36	3.47		
2. Expected outcome				
Before intervention	10.68	5.32		
After immediacy of intervention	19.68	6.77	22.04***	2
After six weeks of intervention	20.88	3.51		

*** with statistical significance (p-value < 0.001)

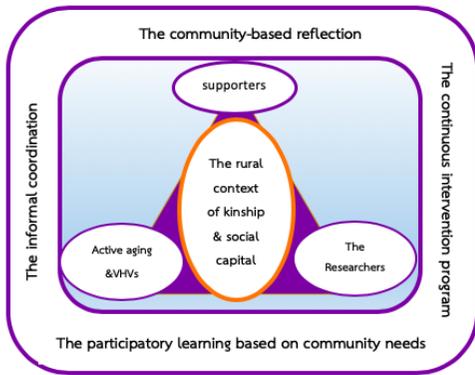


Figure 2 The learning model for emergency care using community based among active aging people

พื้นที่ ผู้นำจากสถานบริการสุขภาพ ผู้นำจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และกลุ่มนักวิจัยในชุมชนที่มาจากความสมัครใจในการทำงานวิจัยในชุมชนและมหาวิทยาลัย

(2) รูปแบบนี้เป็นกระบวนการหลัก 3 กระบวนการ คือ กระบวนการแรกเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมบนฐานความต้องการของชุมชน กล่าวคือ ใช้ความต้องการของชุมชนที่เกิดงานวิจัยเป็นฐานสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มอายุที่เข้มแข็งและอาสาสมัครสาธารณสุขสุขให้เกิดทักษะในการทำงานและทักษะในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตามบริบทของพื้นที่ กระบวนการที่สอง คือ การประสานงานเป็นอย่างดีไม่เพียงทางในการดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรมที่ต้องอาศัยนักวิจัยในพื้นที่ และกระบวนการสุดท้าย คือ กิจกรรมที่เกิดจากความจำเป็นต้องมีความต่อเนื่องจากกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีจิตวิญญาณ กลุ่มที่สองเป็นผู้สนับสนุนคือ ผู้นำในพื้นที่ ผู้นำจากสถานบริการสุขภาพ ผู้นำจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และกลุ่มนักวิจัยในชุมชนที่มาจากความสมัครใจในการทำงานวิจัยในชุมชนและมหาวิทยาลัย

(3) การสะท้อนกิจกรรมบนความต้องการ การของชุมชน การสะท้อนกิจกรรมบนความต้องการของชุมชน ต้องมีในกิจกรรมที่สร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความต่อเนื่องบนฐานความต้องการของชุมชน ได้แก่ การปฏิบัติหลังกิจกรรมที่สำคัญทำให้เกิดข้อมูลใหม่ในการปรับปรุงกิจกรรมครั้งต่อไปในอนาคตได้อย่างดี

5. วิจัย

ความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ความต้องการจำเป็นของชุมชนลำดับที่ 1 คือ ด้านเนื้อหาของกิจกรรมและโรคหรืออาการที่ฉุกเฉินในชุมชน โดยเฉพาะโรคนิวและโรคหลอดเลือดสมองเป็นประเด็นย่อยที่พบว่ามีความต้องการเป็นลำดับต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Horne และ Costello [18] ที่พบว่าโรคที่พบในชุมชนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ขณะที่ความต้องการจำเป็นของชุมชนด้านบุคคลหรือหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินพบว่ามีความต้องการจำเป็นลำดับสุดท้าย แต่กลับพบว่าประเด็นย่อยหน่วยกู้ชีพของ อบต. ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยการปฐมพยาบาล PNI_{modified} สูงมากที่สุดจากประเด็นย่อยทั้งหมด ซึ่งแสดงถึงความต้องการอย่างมากของชุมชนให้ อบต. มีส่วนร่วมในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาถึงความต้องการด้านการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุพบว่ามีความต้องการเป็นลำดับที่สอง แต่พบว่าประเด็นย่อยความต้องการ 3 อันดับแรก คือ ต้องการให้มีการจัดทำแผ่นพับ แผ่นป้าย การอบรมผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Chaleekrua [13] ที่พบว่าความต้องการ คือ การอบรมการดูแลฉุกเฉินสำหรับคนในชุมชนและสอดคล้องกับที่ McDermott และ Weatherbie [19] ระบุว่าความต้องการคน คือ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชน ความต้องการจำเป็นด้าน

เนื้อหาของกิจกรรมและโรคหรืออาการที่ฉุกเฉินในชุมชน พบว่าความต้องการจำเป็นลำดับที่ 1 คือ โรคนี้วิโดยมี PNI_{modified} ใกล้เคียงกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีลำดับที่ 2 ในทางตรงกันข้ามพบว่าข้อมูลจากการสังเกตในชุมชนพบว่ามีความสอดคล้องกับความต้องการข้อมูลเชิงปริมาณลำดับที่สองที่พบว่าความถี่ของโรคที่เกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าโรคนี้วิ และการศึกษาของ Horne และ Costello [18] ที่พบว่าโรคที่พบในชุมชน คือ โรคหลอดเลือดสมอง

ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุต่อความคาดหวังและความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ของกิจกรรมการสร้างการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นเพราะโปรแกรมนี้มีการจัดกิจกรรมที่มีทั้งแผนพับ โปสเตอร์ และการอบรมผู้สูงอายุในเนื้อหาโรคหลอดเลือดสมอง คือ การจัดให้มีการเรียนรู้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการการเรียนรู้จากวีดิทัศน์ การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน และการเรียนรู้จากแผ่นพับและแผ่นป้าย โดยมีระยะเวลาจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุทั้งหมด 6 สัปดาห์ เป็นไปตามที่ Bandura [16] ระบุไว้ และยังพบว่าผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูเขา และคณะ [20] ที่พบว่าผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุการปฏิบัติหลังกิจกรรม ได้ทำให้

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการเรียนรู้ได้รับประโยชน์ในด้านความรู้ต่อตนเอง และยังสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในการแนะนำให้ผู้อื่นดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน แสดงว่าเครื่องมือการปฏิบัติหลังกิจกรรมสามารถสะท้อนการดำเนินกิจกรรมการวิจัยนี้ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับแนวคิด Collision และ Parcell [21] ที่ระบุว่าสามารถนำการปฏิบัติหลังกิจกรรมมายกระดับการปฏิบัติการได้ดีเช่นเดียวกับที่ Chaleekrua [14] ระบุว่าการปฏิบัติหลังกิจกรรมเป็นวิธีการที่สร้างการเรียนรู้ในกลุ่มที่เป็นนักปฏิบัติและที่ปรึกษาในการวิจัยได้

รูปแบบการเรียนรู้เพื่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า PongMai Model เป็นรูปแบบที่มีตัวแปรสำคัญ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และการสะท้อนกิจกรรมบนความต้องการของชุมชน โดยตัวแปรของ PongMai Model เป็นโครงสร้างด้านบริบทชุมชนชนบทที่มีความเป็นเครือญาติ เอื้อเพื่อเกื้อกูลในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน มีประเพณีวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีจิตวิญญาณในการทำงานสาธารณะ และมีกลุ่มผู้สนับสนุน คือ ผู้นำในพื้นที่ ผู้นำจากสถานบริการสุขภาพ ผู้นำจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และกลุ่มนักวิจัยในชุมชนคล้ายกับรูปแบบ Chaleekrua [14] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล อาจเป็นเพราะใช้แนวคิดที่เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบเหมือนกันนั่นเอง แต่พบว่าต่างที่งานวิจัยนี้มีทุนทางสังคมที่เป็นบุคคล กลุ่ม องค์กร การเมือง ทรัพยากรด้านพีชพันธุไม้สมุนไพรที่หลากหลาย และกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง อาจเป็นเพราะบริบทเชิงพื้นที่มีความต่างกัันนั่นเอง

ตัวแปรด้านกระบวนการหลัก 3 กระบวนการ

กระบวนการแรกเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมบนฐานความต้องการของชุมชนด้านการดูแลฉุกเฉิน เป็นกระบวนการที่คล้ายกับในออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ [7] พบว่ามีการใช้อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยอาสาสมัครช่วยชีวิต หน่วยกู้ชีพเหล่านี้อยู่ในกำกับของการจัดการรัฐบาล ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Chaleekrua [14] ด้านตัวแปรการประสานงานเป็นอย่างไม่เป็นทางการ งานวิจัยนี้พบว่าคล้ายกับรายงานในรัฐวิคตอเรีย [22] ที่ระบุว่ามีการเรียนรู้ของชุมชนร่วมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มของ Axillaries ที่จะมีผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่เรียนรู้ในการช่วยชีวิตคนเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานที่ช่วยชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน และกระบวนการสุดท้าย คือ การสะท้อนกิจกรรมบนความต้องการของชุมชน ใช้วิธีการสะท้อนกิจกรรมบนความต้องการของชุมชนจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaleekrua [14] ที่ได้้นำการปฏิบัติหลังกิจกรรมและการประเมินผลแบบเสริมพลังไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

6. สรุป

การประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีสำคัญก่อนการจัดโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ เพราะทำให้คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังและความสามารถของผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมได้เกิดการเรียนรู้ต่อตนเองและยังนำไปใช้ในการแนะนำให้กับบุคคลอื่น ขั้นตอนการวิจัยทั้ง 3 ขั้นตอน เมื่อนำมาสังเคราะห์พบว่า รูปแบบการเรียนรู้เพื่อการดูแลฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา

ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ (1) โครงสร้างชุมชนเป็นบริบทชนบทที่มีความเป็นเครือญาติ เอื้อเพื่อเกื้อกูลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน มีทุนทางสังคมด้านบุคคลทั้งในและนอกชุมชน และประเพณีวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง (2) ด้านกระบวนการมี 3 กระบวนการ คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมบนฐานความต้องการของชุมชน การประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ และการดำเนินการโปรแกรมที่มีความต่อเนื่อง และ (3) การสะท้อนกิจกรรมบนความต้องการของชุมชนได้ทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง นำไปให้คำแนะนำกลุ่มอื่น และยังสามารถวางแผนสร้างกลยุทธ์กิจกรรมในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

7.1.1 องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ควรนำข้อมูลด้านความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุไปใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพขององค์การบริหารส่วนตำบลให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและกลุ่มประชาชนในพื้นที่ในอนาคตต่อไป

7.1.2 หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันและมีผู้สูงอายุจำนวนมาก มูลนิธิเอกชนที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรได้ให้ความสำคัญและเตรียมการวางแผนในอนาคตต่อไป

7.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

7.2.1 สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ควรดำเนินการดังนี้

(1) ควรจัดกิจกรรมการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุบนความต้องการของชุมชน เช่น การเผยแพร่แผ่นพับ โปสเตอร์ การจัดอบรมผู้สูงอายุทั้งกลุ่มใหญ่

และกลุ่มย่อย โดยให้ความสำคัญกับโรคหรืออาการที่พบเฉพาะในบริบทชุมชนนั้น

(2) ควรนำโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับพื้นที่ศึกษา

(3) ควรนำข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ศึกษาไปใช้ในการดำเนินโครงการในพื้นที่ต่อไป

7.2.2 สถานบริการสุขภาพในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกับพื้นที่ศึกษา ควรนำโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้

7.3 ข้อเสนอในการนำรูปแบบไปใช้

สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษาและสถานบริการสุขภาพพื้นที่อื่น มูลนิธิหรือหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่ต้องการนำรูปแบบการวิจัย PongMai Model ไปใช้ ควรต้องคำนึงถึงโครงสร้างที่เป็นบริบทคล้ายกับพื้นที่ศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องคำนึงกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในพื้นที่ ตัวแปรอื่นที่จำเป็นต้องพิจารณาคือต้องมีกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่เป็นผู้สนับสนุน ผู้ปฏิบัติ และนักวิจัยในชุมชนด้วย การจัดกิจกรรมบนฐานของความต้องการชุมชนอย่างต่อเนื่องด้วยการประสานงานอย่างไม่เป็นทางการและการสะท้อนกลับของกิจกรรมในการดำเนินงานด้วย ซึ่งจะช่วยยกระดับการเรียนรู้ของคนในชุมชน

7.4 ข้อเสนอเชิงวิวิธวิทยา

7.4.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ เป็นวิวิธวิทยาที่สามารถสร้างการเรียนรู้ และนำไปสู่รูปแบบการเรียนรู้เพื่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในกลุ่มผู้สูงอายุ พหุพลังได้ ดังนั้นหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องการสร้างการเรียนรู้ขององค์กรเพื่อนำไปสู่ความรู้ใหม่ ควรนำวิวิธวิทยาการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้อง การวิจัยที่

แสวงหาความร่วมมือในการวิจัยและขั้นตอนในการพัฒนา คือ การวิจัย การพัฒนาศักยภาพ และการปฏิบัติเพื่อการประเมินผล

7.4.2 การปฏิบัติหลังกิจกรรม AAR เป็นเทคนิคที่สามารถการสะท้อนกลับกิจกรรมได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ร่วมเวทีได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองกับผู้ร่วมเวที และสามารถพัฒนาศักยภาพที่ซ่อนเร้นในตัวตนของผู้ร่วมกิจกรรม หากแต่ต้องคำนึงถึงความไว้วางใจของหมู่ที่เกี่ยวข้อก่อนจึงทำให้เกิดผลสำเร็จจากการดำเนินการทำ AAR ด้วย

8. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ และสาธารณสุขอำเภอ นายกองศ์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ศึกษา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิจัย

9. References

- [1] World Health Organization, 2015, World Report on Ageing and Health, World Health Organization 2015, Luxembourg.
- [2] Prasartkul, P., Vapattanawong, P., Rittirong, J., Chuanwan, S., Kanchanachitra, M., Jaratsit, S., Thianlai, K., Aruntippaitun, S., Mathuam, J. and Sena, K. (Eds.), 2019, Situation of Elderly 2017, Institute for Population and Social Research, Deuan Tula Printing House, Bangkok. (in Thai)
- [3] Samsang, C. and Rattanapanya, S., 2019, A study of quality of life of in the elderly

- school, Thungknowpuang sub- district, Chiang Dao district, Chiang Mai province, Thai Sci. Technol. J. 27(5): 964-974. (in Thai)
- [4] World Health Organization, 2010, Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, Available Source: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en, February 2, 2018.
- [5] Kanchanachitra, C., Podhisita, C., Archavanitkul, K., Pattaravanich, U., Siriratmongkon, K., Seangdung, H. and Jarassit, S., 2007, Thai Health 2007, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Nakhon Pathom.
- [6] Ullrich, F., Mueller, K.J. and Shambaugh-Miller, M. , 2004, Emergency Medical Service Volunteer Personal in Nebraska: Workforce of the Present, Hope for the Future?, Nebraska Center for Rural Health Research, Nebraska.
- [7] Curtis, K., Ramsden, C., Shaban, R.Z., Fry, M. and Considine, J., 2019, Emergency and Trauma Care for Nurses and Paramedics, 3rd Ed., Elsevier, New South Wales.
- [8] Sajjathram, N., 2015, Health care model for quality of life among elderly, J. Soc. Sci. Human. Rajapruk Univ. 1(1): 43-53. (in Thai)
- [9] Department of Provincial Administration, Ministry of Interior, Statistic of Elderly 77 Provinces at December 31, 2017, Available Source: http://www.dop.go.th/ownload/knowledge/th1533055363-125_1.pdf, February 2, 2018.
- [10] Israel, B., Eng, E., Schulz, A.J. and Parkers, (Eds.), 2005, Methods in Community-based Participatory Research for Health, John Wiley & Sons, San Francisco, CA.
- [11] Phlainoi, S., 2004, From Action Research to Community Action Research, Faculty of Social Science and Humanities, Mahidol university, Nakhon Pathom. (in Thai)
- [12] Cohen, J., 1988, Statistical Power Analysis for Behavioral Science, 5th Ed., Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- [13] Ngamjarus, C. and Chongsuvivatwong, V., 2014, n4Studies: Sample Size and Power Calculations for iOS, Available Source: <https://apps.apple.com/th/app/n4studies/id680516901>, February 2, 2018.
- [14] Chaleekrua, T., 2010, Development of a Community-based Prehospital Care Management Model for Emergency Volunteers, Doctoral Dissertation, Mahidol University, Nakhon Pathom.
- [15] Wongwanich, S., 2005, Needs Assessment Research, Chulalongkhron University Publisher, Bangkok.
- [16] Bandura, A., 1977, Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change, Psychol. Rev. 84: 191-25.
- [17] Chantawanich, S., 2005, Qualitative Methods, Chulalongkhron University Publishers, Bangkok.
- [18] Horne, M. and Costello, J., 2003, A public

- health approach to health needs assessment at the interface of primary care and community development: Findings from an action research study, *Prim. Health Care Res. Dev.* 4: 340-352.
- [19] McDermott, L.R. and Weatherbie, K., 2012, Health promoters' perceptions of their communities' health needs, knowledge, and resource needs in Nicaragua, *Public Health Nurs.* 30: 94-105.
- [20] Chaingpiew, N., Boonchieng, W. and Aung wattama, S., 2018, Effects of participatory learning regarding stroke on knowledge and self-efficacy among village health volunteers, *Nurs. J.* 43(1): 87-98. (in Thai)
- [21] Collison, C. and Parcell, G., 2002, *Learning to Fly*, Capstone, Oxford.
- [22] Ambulance Victoria, 2020, *Community & Partnerships*, Available Source: <https://www.ambulance.vic.gov.au/community/community-partnerships/auxiliaries>, June 7, 2020.