การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดกระบี่

Development and Effectiveness Evaluation of a Competency-Enhancement Program for Village Health Volunteers in Cardiovascular Disease Care in Krabi Province.

(Received: June 17,2026 ; Revised: June 21,2026 ; Accepted: June 25,2026)

พิพัฒน์ พุทธโร[1]
Pipat Phuttharo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการจำเป็น พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมประเมินประสิทธิผลต่อสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประเมินผลการขยายโปรแกรมในจังหวัดกระบี่ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 ครอบคลุม 8 อำเภอ กลุ่มศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2,586 ราย อสม. ระยะศึกษาสถานการณ์ 383 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน และ อสม. กลุ่มทดลอง 288 คน เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรม KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program แบบสอบถามสมรรถนะ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความมั่นใจ ทักษะ สมรรถนะโดยรวม การปฏิบัติงาน แบบบันทึกการดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ดัชนี PNI modified การทดสอบ paired t-test, one-way ANOVA และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความรู้เปลี่ยนจากระดับต่ำเป็นระดับสูง ขณะที่ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความมั่นใจในการเยี่ยมบ้านและการประเมินผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ มีผลต่างเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากันที่ 1.16 คะแนน ส่วนการปฏิบัติงานด้านการประสานส่งต่อเพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 3.39 คะแนน แต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายอำเภอ พบว่าคะแนนทั้ง 5 ตัวแปรภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกอำเภอ โดยการเปรียบเทียบทั้ง 40 รายการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่าง 8 อำเภอ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ ($F = 1.348$, $p = .228$) ความมั่นใจ ($F = 0.782$, $p = .603$) ทักษะการปฏิบัติ ($F = 0.593$, $p = .761$) สมรรถนะโดยรวม ($F = 0.653$, $p = .712$) และการปฏิบัติงาน ($F = 1.272$, $p = .264$) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์มีทิศทางสอดคล้องกันในพื้นที่ทั้ง 8 อำเภอ นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. เข้าร่วมกิจกรรมอบรมครบตามเกณฑ์ร้อยละ 90.68 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 จำนวน 2,241 ราย (ร้อยละ 86.66) และครั้งที่ 2 จำนวน 2,014 ราย (ร้อยละ 77.88) ได้รับการวัดความดันโลหิต 2,287 ราย (ร้อยละ 88.44) ได้รับคำแนะนำครบ 3 ด้าน ได้แก่ การใช้ยา อาหาร และการปฏิบัติตัว จำนวน 1,581 ราย (ร้อยละ 61.14) และได้รับการดูแลครบตามเกณฑ์ 9 กิจกรรม จำนวน 927 ราย (ร้อยละ 35.85)การคัดกรองพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรืออาการเตือน 538 ราย (ร้อยละ 20.80) ในจำนวนนี้จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ 206 ราย (ร้อยละ 7.97 ของผู้ป่วยทั้งหมด) สามารถส่งต่อได้สำเร็จ 180 ราย (ร้อยละ 87.38) และได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด 147 ราย (ร้อยละ 81.67 ของผู้ที่ส่งต่อสำเร็จ)

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสมรรถนะ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคหัวใจและหลอดเลือด, การเยี่ยมบ้าน, การประสานส่งต่อ

Abstract

This multiphase mixed-methods research and development study aimed to assess the situation and priority needs, develop and validate a competency-enhancement program, evaluate its effectiveness among village health volunteers (VHVs), and assess its province-wide implementation in Krabi. The study was conducted from October 2025 to June 2026 across eight districts. Participants included 2,586 patients with cardiovascular disease, 383 VHVs in the situation analysis, 20 key informants, nine experts, and 288 VHVs in the effectiveness evaluation. Research instruments included the KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program, competency and knowledge questionnaires, confidence, practical skills, overall competency and performance assessments, patient care records, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, the modified Priority Needs Index, paired t-test, one-way ANOVA, and content analysis.

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

The study results showed that after participating in the program, knowledge scores changed from low to high levels, while confidence, practical skills, overall competence, and work performance changed from moderate to high levels. Considering each aspect individually, confidence in home visits and patient assessment, as well as providing health advice, showed the highest average difference at 1.16 points. Work performance in referral coordination increased from 2.33 to 3.39 points, but remained at a moderate level. When analyzed by district, the scores for all five variables after participating in the program were higher than before participating in the program in all districts. A comparison of all 40 items showed statistical significance at the .001 level. However, when comparing the change scores between the 8 districts, no statistically significant differences were found in knowledge ($F = 1.348$, $p = .228$), confidence ($F = 0.782$, $p = .603$), practical skills ($F = 0.593$, $p = .761$), overall competence ($F = 0.653$, $p = .712$), and performance ($F = 1.272$, $p = .264$). This indicates that the changes in outcomes showed a consistent trend across all 8 districts. Furthermore, the study found that 90.68% of community health volunteers (CHVs) participated in the training activities according to the criteria. 2,241 patients (86.66%) received their first home visit, and 2,014 patients (77.88%) received their second home visit. 2,287 patients (88.44%) had their blood pressure measured. 1,581 patients (61.14%) received complete counseling in three areas: medication use, diet, and self-care. 927 patients (35.85%) received complete care according to the 9 criteria. Screening identified 538 patients (20.80%) with risk factors or warning signs. Of these, 206 patients (7.97% of all patients) required referral. 180 patients (87.38%) were successfully referred, and 147 patients (81.67% of those successfully referred) received services within the specified timeframe.

Keywords: competency-enhancement program, village health volunteers, cardiovascular disease, home visits, referral coordination

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย การเสียชีวิต ความพิการ คุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ ผู้ป่วยจำนวนมากต้องได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ หรือพฤติกรรมเสี่ยงร่วมด้วย การดูแลจึงไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะการรักษาภาวะเฉียบพลันในโรงพยาบาล แต่ต้องครอบคลุมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การเฝ้าระวังอาการเตือน และการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน[1,2] ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง ทั้งการคัดกรองความเสี่ยง การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการประสานส่งต่อ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกสุขภาพภาคประชาชนที่เข้าถึงครัวเรือนและเชื่อมโยงผู้ป่วยกับหน่วยบริการได้อย่างใกล้ชิด อสม. สามารถสนับสนุนการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การสังเกตอาการเตือน และการแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อพบภาวะผิดปกติ อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวต้องอาศัยความรู้เฉพาะโรค ทักษะการประเมินผู้ป่วย ความมั่นใจในการตัดสินใจ และความสามารถในการสื่อสารและประสานส่งต่อที่เหมาะสม[3,4] งานวิจัยที่ผ่านมายังชี้ว่า สมรรถนะของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจสัมพันธ์กับประสบการณ์ การได้รับการฝึกอบรม และระบบสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ[5]

บริบทจังหวัดกระบี่มีทั้งพื้นที่เมือง ชนบท พื้นที่ห่างไกล และพื้นที่เกาะ ทำให้การติดตามผู้ป่วยและการประสานส่งต่อมีข้อจำกัดแตกต่างกัน ข้อมูลจากทะเบียนหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 8 อำเภอก่อนดำเนินการวิจัยพบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2,586 ราย โดยร้อยละ 73.1 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 72.9 มีโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานร่วมด้วย และมีเพียงร้อยละ 50.9 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ในช่วง 3 เดือนก่อนการศึกษา ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งร้อยละ 60.9 และในกลุ่ม

ที่ได้รับการประสานส่งต่อ มีผู้เข้าถึงบริการภายในเวลาที่กำหนดร้อยละ 72.1 นอกจากนี้ การดำเนินงานยังมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ทั้งด้านความสม่ำเสมอของการเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูล การประเมินอาการเตือน และช่องทางการประสานส่งต่อ

การประเมินสมรรถนะของ อสม. ในจังหวัดกระบี่ก่อนพัฒนาโปรแกรมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ความมั่นใจ ทักษะ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะการประสานส่งต่อกับหน่วยบริการ การประเมินความเสี่ยงและอาการเตือน และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพยังเป็นด้านที่ควรได้รับการพัฒนา ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบว่า อสม. ขาดความมั่นใจในการประเมินอาการและตัดสินใจส่งต่อ ขาดเกณฑ์และเครื่องมือช่วยปฏิบัติงานที่ชัดเจน และไม่ได้รับการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนช่องว่างระหว่างบทบาทที่ อสม. ต้องปฏิบัติจริงกับการได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างเป็นระบบ

การพัฒนาสมรรถนะ อสม. จึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการถ่ายทอดความรู้แบบบรรยาย แต่ควรบูรณาการการฝึกปฏิบัติ การใช้สถานการณ์จำลอง การเสริมสร้างความมั่นใจ ระบบพี่เลี้ยง การนิเทศติดตาม และเครื่องมือสนับสนุนที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน การศึกษาของฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฎ์ และคณะ [6] พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ขณะที่แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนเน้นให้เริ่มจากการศึกษาปัญหาและบริบท พัฒนาองค์ประกอบร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทดลองใช้ ปรับปรุง และประเมินผลก่อนนำไปขยายผล[7,8]

จากความสำคัญและช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนา KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program เพื่อเสริมความรู้ ความมั่นใจ ทักษะ สมรรถนะ และการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเน้นการคัดกรองความเสี่ยง การประเมินอาการเตือน การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการประสานส่งต่อร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ พร้อมประเมินประสิทธิผลและการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ เพื่อให้ได้โปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและสามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สถานการณ์การดูแล ปัญหา ความต้องการจำเป็น และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดกระบี่
2. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดกระบี่
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. เพื่อประเมินผลการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้และขยายผลในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย การคัดกรองความเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ การประสานส่งต่อ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ประกอบด้วยการศึกษาสภาวะสุขภาพและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด การสำรวจสมรรถนะและความต้องการจำเป็นของ อสม. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม และการทดลองใช้เบื้องต้น จากนั้นประเมินประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังใน อสม. 288 คน จาก 8 อำเภอ อำเภอละ 36 คน โดยเปรียบเทียบความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะที่ 2 เป็นการปรับปรุงโปรแกรมตามผลการทดลองใช้และนำไปขยายผลในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ โดยประเมินความครอบคลุมและความครบถ้วนของการเยี่ยมบ้าน การวัดสัญญาณชีพ การประเมินความเสี่ยงและอาการเตือน การให้คำแนะนำ การบันทึกข้อมูล การประสานส่งต่อ ความสำเร็จในการเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พร้อมสังเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอเชิงระบบสำหรับการนำโปรแกรมไปใช้อย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาประกอบด้วย อสม. ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเป้าหมายจำแนกตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1

1. การศึกษาสถานการณ์ ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในจังหวัดกระบี่ จำนวน 8,794 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane[9] ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ 382.59 คน จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามอำเภอ จัดสรรจำนวนตามสัดส่วนของ อสม. ในแต่ละอำเภอ แล้วสุ่มรายชื่ออย่างง่ายจากทะเบียน อสม. เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี มีบทบาทในการดูแล ติดตาม หรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ พ้นสภาพหรือย้ายออกจากพื้นที่ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน หรือถอนตัวจากการวิจัย

2. การศึกษาข้อมูลสภาวะสุขภาพและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากทะเบียนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของหน่วยบริการสุขภาพ ครอบคลุมผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 2,586 ราย ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพใช้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้องที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. การพัฒนาโปรแกรม ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาสมรรถนะ อสม. การวิจัยและพัฒนา และการวัดและประเมินผล เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม[10,11] ภายหลังปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำโปรแกรมไปทดลองใช้เบื้องต้นกับ อสม. จำนวน 10 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายและไม่ได้รวมอยู่ในกลุ่มทดลองจริง

4. การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power[12] สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน (paired t-test) กำหนดการทดสอบสองทาง ขนาดอิทธิพลระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen[13] เท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คนต่ออำเภอ และเพิ่มจำนวนเพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูลเป็น 36 คนต่ออำเภอ รวมทั้งสิ้น 288 คน คัดเลือกจาก อสม. ที่มีบทบาทในการดูแลหรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการประเมินก่อน–หลังได้ครบถ้วน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ยุติการเข้าร่วม ได้แก่ ถอนความยินยอม พ้นสภาพหรือย้ายออกจากพื้นที่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามเกณฑ์ หรือมีข้อมูลการประเมินไม่ครบถ้วน

ระยะที่ 2 ขยายผล

กำหนดให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด ร้อยละ 100 จึงไม่มีการคำนวณและสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ผู้ป่วยจำนวน 2,586 ราย จับคู่กับ อสม. จำนวน 2,586 คน ในอัตราส่วน 1:1 รวม 2,586 คู่ ครอบคลุมพื้นที่ 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองกระบี่ 512 คู่ อำเภอเขาพนม 348 คู่ อำเภอเกาะลันตา

236 คู่ อำเภอคลองท่อม 445 คู่ อำเภออ่าวลึก 302 คู่ อำเภอปลายพระยา 224 คู่ อำเภอลำทับ 168 คู่ และอำเภอเหนือคลอง 351 คู่ เกณฑ์คัดเข้าของผู้ป่วย ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีรายชื่อในทะเบียนของหน่วยบริการ อาศัยอยู่ในพื้นที่และสามารถรับการติดตามหรือเยี่ยมบ้านได้ ส่วน อสม. ต้องขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่เดียวกับผู้ป่วย ผ่านการเตรียมความพร้อม และสามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program ซึ่งพัฒนาจากผลการศึกษาสถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ K: การเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด R: การคัดกรองความเสี่ยงและความพร้อมในการประสานส่งต่อ A: การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริงและสถานการณ์จำลอง B: การเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และ I: ระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการ เครื่องมือประกอบโปรแกรม ได้แก่ คู่มือดำเนินงาน สื่อการเรียนรู้ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน การ์ดอาการเตือน เกณฑ์ธงสี และแนวทางการประสานส่งต่อ โปรแกรม คู่มือ และสื่อได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน กำหนดเกณฑ์ค่า IOC รายข้อไม่น้อยกว่า .50 และค่าเฉลี่ยความเหมาะสมไม่น้อยกว่า 3.51 จากนั้นทดลองใช้เบื้องต้นกับ อสม. 10 คน เพื่อประเมินความยอมรับและความเป็นไปได้ ก่อนปรับปรุงเป็นโปรแกรมฉบับสมบูรณ์

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์การปฏิบัติงานของ อสม. ครอบคลุมเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน พฤติกรรมเสี่ยง บทบาทในการดูแลผู้ป่วย และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

2.2 แบบสอบถามสมรรถนะและความต้องการจำเป็นของ อสม. จำนวน 31 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมความรู้ การคัดกรองความเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการประสานส่งต่อ ประเมินสภาพปัจจุบันและสภาพที่ควรจะเป็นเพื่อคำนวณ PNImodified[14] มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .89 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 และ .88 ตามลำดับ

2.3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 30 ข้อ แบบถูก–ผิด ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .91 และค่า KR-20 เท่ากับ .87

2.4 แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

2.5 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง การประเมินอาการเตือน การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการใช้เครื่องมือสนับสนุน มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .91 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

2.6 แบบประเมินสมรรถนะโดยรวม จำนวน 24 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมความรู้ การคัดกรองความเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำด้านสุขภาพและการใช้ยา และการประสานส่งต่อ มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

2.7 แบบประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 28 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการประสานส่งต่อ มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .90 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

2.8 แบบบันทึกการดูแลและสภาวะสุขภาพผู้ป่วย ใช้บันทึกโรค โรคร่วม ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณชีพ การเยี่ยมบ้าน อาการเตือน เกณฑ์ธงสี การให้คำแนะนำ และการส่งต่อ มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .92

ตรวจสอบคุณภาพด้วยความครบถ้วน ความชัดเจนของนิยาม และความถูกต้องของการบันทึก

2.9 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการ การให้คำแนะนำ การอธิบายอาการเตือน การประสานรับบริการ สัมพันธภาพ และความไว้วางใจ มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

2.10 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 12 ประเด็น ครอบคลุมสถานการณ์การดูแล บทบาทของ อสม. ปัญหาอุปสรรค ช่องว่างของสมรรถนะ ความต้องการจำเป็น ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะต่อโปรแกรม ตรวจสอบความสอดคล้องความครอบคลุม และความชัดเจนโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ก่อนทดลองสัมภาษณ์และปรับถ้อยคำให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

เครื่องมือข้อ 2.2–2.7 และ 2.9 ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน สำหรับมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้ 4.21–5.00 ระดับมากที่สุด 3.41–4.20 ระดับมาก 2.61–3.40 ระดับปานกลาง 1.81–2.60 ระดับน้อย และ 1.00–1.80 ระดับน้อยที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 2 ระยะ รวม 8 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการจำเป็น รวบรวมข้อมูลสภาวะสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจากทะเบียนผู้ป่วย 2,586 ราย สำรวจสมรรถนะและความต้องการจำเป็นของ อสม. 383 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ช่องว่างของสมรรถนะ และความต้องการพัฒนา สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม นำผลการศึกษาสถานการณ์ร่วมกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาโปรแกรม KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ K การเสริมความรู้ R การคัดกรองความเสี่ยงและความพร้อมในการส่งต่อ A การฝึกปฏิบัติ B การเสริมสร้างความมั่นใจ และ I ระบบสนับสนุนและปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมพัฒนาคู่มือ สื่อการเรียนรู้ การ์ดอาการเตือน เกณฑ์ธงสี แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแนวทางการส่งต่อ การพัฒนาใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis, McTaggart และ Nixon[15] จำนวน 2 วงจร ได้แก่ การยกร่างและตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน และการปรับปรุงพร้อมทดลองใช้เบื้องต้นกับ อสม. 10 คน ก่อนจัดทำโปรแกรมฉบับทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลทดลองใช้โปรแกรมกับ อสม. 288 คน จาก 8 อำเภอ อำเภอละ 36 คน ตามแบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง โดยประเมินความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติสมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการทดลองใช้ วิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังทั้งในภาพรวมและรายอำเภอ เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่างอำเภอ และสังเคราะห์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อใช้ปรับปรุงโปรแกรม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและขยายผล

ขั้นตอนที่ 5 ทบทวนและปรับปรุงโปรแกรม นำผลการทดลองใช้และข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องมาปรับปรุงเนื้อหา กิจกรรม คู่มือ สื่อ เครื่องมือเยี่ยมบ้าน เกณฑ์อาการเตือน และแนวทางการส่งต่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยคงองค์ประกอบหลักของโปรแกรมไว้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 6 ขยายผลในพื้นที่ 8 อำเภอ นำโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ไปใช้กับคู่การดูแลระหว่าง อสม. กับผู้ป่วยจำนวน 2,586 คู่ ครอบคลุมอำเภอเมืองกระบี่ 512 คู่ เขาพนม 348 คู่ เกาะลันตา 236 คู่ คลองท่อม 445 คู่ อ่าวลึก 302 คู่ ปลายพระยา 224 คู่ ลำทับ 168 คู่ และเหนือคลอง 351 คู่

อสม. แกนนำ 288 คน ถ่ายทอดโปรแกรมภายใต้การกำกับของบุคลากรสุขภาพระดับอำเภอ กิจกรรมประกอบด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณชีพ การคัดกรองอาการเตือนตามเกณฑ์ธงสี การเยี่ยมบ้าน การติดตามการใช้ยาและการมาตามนัด การให้คำแนะนำด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย และการดูแลตนเอง ตลอดจนการบันทึกข้อมูลและประสานส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ

ขั้นตอนที่ 7 ติดตามและประเมินผลการขยายผล ประเมินความครอบคลุมและความครบถ้วนของการเยี่ยมบ้าน การคัดกรองความเสี่ยงและอาการเตือน การให้คำแนะนำ การติดตามการใช้ยาและการมาตามนัด การบันทึกข้อมูล การประสานส่งต่อ และการเข้าถึงบริการ โดยวิเคราะห์ทั้งภาพรวมและรายอำเภอ พร้อมประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 80 คน อำเภอละ 10 คน ซึ่งสุ่มจากผู้ได้รับการดูแลตามโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 8 สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเวทีร่วมกับ อสม. และบุคลากรระดับหน่วยบริการ อำเภอ และจังหวัด เพื่อสรุปผล ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และจัดทำข้อเสนอเชิงระบบสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่องและการขยายผลในพื้นที่อื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและผลการดำเนินงานด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นด้วยดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (PNI_modified) [14]

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วย paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่าง 8 อำเภอด้วย one-way ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYL IRB-2568/478

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์

สถานการณ์ผู้ป่วยและการดูแล ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ขึ้นทะเบียนใน 8 อำเภอ มีจำนวน 2,586 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด 1,105 ราย (ร้อยละ 42.7) รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง 847 ราย (ร้อยละ 32.8) ภาวะหัวใจล้มเหลว 364 ราย (ร้อยละ 14.1) และกลุ่มอื่น 270 ราย (ร้อยละ 10.4) ผู้ป่วยร้อยละ 73.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 72.9 มีโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานร่วมด้วย ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 50.9 รับประทานยาต่อเนื่องและมาตามนัดร้อยละ 82.0 และเคยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในรอบปีร้อยละ 8.7

ในช่วง 3 เดือนก่อนการศึกษา ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง 1,576 ราย (ร้อยละ 60.9) ในจำนวนนี้ได้รับการวัดความดันโลหิตร้อยละ 62.7 และได้รับคำแนะนำเรื่องยา อาหาร และการปฏิบัติตัวร้อยละ 77.9 พบผู้มีอาการเตือน 172 ราย ได้รับการประสานส่งต่อ 111 ราย (ร้อยละ 64.5) และได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนดร้อยละ 72.1 ของผู้ที่ส่งต่อ หรือร้อยละ 46.5 ของผู้มีอาการเตือนทั้งหมด สะท้อนว่าการเยี่ยมบ้าน การประเมินอาการเตือน และการเชื่อมต่อกับระบบบริการยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน พบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเยี่ยมบ้านไม่สม่ำเสมอและขึ้นกับความถนัดของแต่ละบุคคล (16 คน) การบันทึกและส่งต่อข้อมูลระหว่าง อสม. กับหน่วยบริการยังไม่เป็นระบบเดียวกัน (11 คน) และระบบคัดกรองยังเน้นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าการประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างจำเพาะ (10 คน) ส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการให้เยี่ยมบ้านสม่ำเสมอและให้คำแนะนำที่ปฏิบัติได้จริงเรื่องยาและอาหาร (อย่างละ 8 คน) และกังวลว่าจะติดต่อผู้ใดเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน (7 คน)

สมรรถนะและความต้องการจำเป็นของ อสม. อสม. 383 คน มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 15.31 คะแนน (SD = 4.30) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 51.0 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.67, 2.80, 2.85 และ 2.65; SD = 0.48, 0.50, 0.49 และ 0.48 ตามลำดับ)

ด้านความต้องการจำเป็น สภาพปัจจุบันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.75, SD = 0.26) สภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.36, SD = 0.18) ดัชนีโดยรวมเท่ากับ 0.585 เมื่อจัดลำดับรายด้าน ด้านที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดคือการประสานส่งต่อ ($PNI_{modified}$= 0.794) ซึ่งเป็นด้านเดียวที่สภาพปัจจุบันอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.47) รองลงมาคือทักษะการคัดกรองความเสี่ยง (0.647) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (0.591) การให้คำแนะนำด้านสุขภาพและการใช้ยา (0.506) และการติดตามเยี่ยมบ้าน (0.425) สอดคล้องกับข้อค้นพบเชิงคุณภาพและข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย

ลำดับดังกล่าวใช้กำหนดน้ำหนักเนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรม โดยการประสานส่งต่อนำไปสู่องค์ประกอบ R และ I ทักษะการคัดกรองความเสี่ยงนำไปสู่องค์ประกอบ A ความรู้นำไปสู่องค์ประกอบ K ส่วนองค์ประกอบ B พัฒนาจากประเด็นเชิงคุณภาพด้านความไม่มั่นใจของ อสม. และความกังวลเรื่องช่องทางติดต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

2. ผลการพัฒนาโปรแกรม

ข้อค้นพบจากการศึกษาสถานการณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมนำไปสู่การพัฒนา KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ K: การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (Knowledge Enhancement) R: การคัดกรองความเสี่ยงและความพร้อมในการประสานส่งต่อ (Risk Screening and Referral Readiness) A: การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริงและสถานการณ์จำลอง (Action-Based Practice) B: การเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (Building Confidence) และ I: ระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการ (Integrated Support and Continuous Improvement) พร้อมเครื่องมือประกอบ ได้แก่ คู่มือดำเนินงาน สื่อการเรียนรู้ การ์ดอาการเตือน เกณฑ์ธงสี แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบฟอร์มประสานส่งต่อ

ผลการตรวจสอบร่างโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน ด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสม พบค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ .82 ผ่านเกณฑ์ 12 จาก 13 รายการ และมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.28, SD = 0.40) รายการที่ไม่ผ่านเกณฑ์และข้อเสนอแนะหลักเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและรูปแบบกิจกรรม จึงปรับจากการอบรมเต็มวันเป็นกิจกรรมระยะสั้น 6 ครั้ง จัดทุก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 3 เดือน โดยจัดสลับระหว่างการประชุมประจำเดือนของ อสม. กับการนัดหมายเพิ่มเติมในพื้นที่ พร้อมเพิ่มสื่อภาพ การ์ดอาการเตือนฉบับพกพา การฝึกบทบาทสมมติ เกณฑ์ธงสี และแบบฟอร์มส่งต่อมาตรฐาน ภายหลังปรับปรุงแล้วทุกรายการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การทดลองใช้เบื้องต้นกับ อสม. 10 คน เพื่อประเมินความเหมาะสม การยอมรับ และความเป็นไปได้ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งสามด้าน (Mean = 4.46, 4.44 และ 4.50 ตามลำดับ) อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยร้อยละ 95.0 ผู้เข้าร่วมสะท้อนว่าการ์ดอาการเตือนและสถานการณ์จำลองช่วยให้ประเมินอาการและตัดสินใจส่งต่อได้ชัดเจนขึ้น จึงเพิ่มระยะเวลาการฝึกประเมินอาการเตือนและการประสานส่งต่อ ก่อนจัดทำเป็นโปรแกรมฉบับทดลองใช้

3. ผลการทดลองใช้โปรแกรม

การทดลองใช้โปรแกรมดำเนินการกับ อสม. จำนวน 288 คน จากพื้นที่ 8 อำเภอ อำเภอละ 36 คน ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า คะแนนความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของ อสม. (n = 288)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม M ± SD	หลังเข้าร่วมโปรแกรม M ± SD	ผลต่างเฉลี่ย	t	p	Cohen's dz
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด	15.31 ± 4.37	23.79 ± 3.74	8.48	37.01	< .001	2.18
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	2.68 ± 0.50	3.81 ± 0.65	1.13	38.74	< .001	2.28
ทักษะการปฏิบัติ	2.80 ± 0.49	3.79 ± 0.65	0.99	34.69	< .001	2.04
สมรรถนะโดยรวม	2.84 ± 0.50	3.84 ± 0.64	1.00	35.10	< .001	2.07
การปฏิบัติงาน	2.66 ± 0.48	3.72 ± 0.65	1.06	35.85	< .001	2.11

หมายเหตุ: df = 287

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความรู้เปลี่ยนจากระดับต่ำเป็นระดับสูง ขณะที่ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความมั่นใจในการเยี่ยมบ้านและการประเมินผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ มีผลต่างเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากันที่ 1.16 คะแนน ส่วนการปฏิบัติงานด้านการประสานส่งต่อเพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 3.39 คะแนน แต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายอำเภอ พบว่าคะแนนทั้ง 5 ตัวแปรภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกอำเภอ โดยการเปรียบเทียบทั้ง 40 รายการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่าง 8 อำเภอ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ ($F = 1.348$, $p = .228$) ความมั่นใจ ($F = 0.782$, $p = .603$) ทักษะการปฏิบัติ ($F = 0.593$, $p = .761$) สมรรถนะโดยรวม ($F = 0.653$, $p = .712$) และการปฏิบัติงาน ($F = 1.272$, $p = .264$) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์มีทิศทางสอดคล้องกันในพื้นที่ทั้ง 8 อำเภอ

4. ผลการขยายผลโปรแกรมในพื้นที่จังหวัดกระบี่

การขยายผลโปรแกรมครอบคลุมพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ มีข้อมูลคู่การดูแลระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2,586 คู่ ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 68.43 ปี (S.D. = 10.80) โดยร้อยละ 78.27 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การวินิจฉัยที่พบมากที่สุดคือโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 43.16 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 32.41 และผู้ป่วยร้อยละ 81.44 มีระดับความเสี่ยงพื้นฐานตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 15.30 คะแนน เป็น 19.41 คะแนน ส่วนความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง ($d = 1.19–1.45$) ด้านที่มีขนาดอิทธิพลสูงที่สุดคือความมั่นใจ รองลงมาคือการปฏิบัติงานและสมรรถนะโดยรวม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในระยะขยายผล

ด้านสมรรถนะ	ก่อนเข้าร่วม M (SD)	หลังเข้าร่วม M (SD)	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	t	p	Cohen's d
ความรู้ (0–30 คะแนน)	15.30 (4.29)	19.41 (5.22)	4.11 (3.97–4.24)	60.64	< .001	1.19
ความมั่นใจ (1–5 คะแนน)	2.75 (0.49)	3.55 (0.70)	0.80 (0.78–0.82)	73.96	< .001	1.45
ทักษะการปฏิบัติ (1–5 คะแนน)	2.82 (0.47)	3.54 (0.73)	0.71 (0.69–0.74)	61.91	< .001	1.22
สมรรถนะโดยรวม (1–5 คะแนน)	2.86 (0.47)	3.62 (0.72)	0.76 (0.74–0.78)	68.47	< .001	1.35
การปฏิบัติงาน (1–5 คะแนน)	2.72 (0.49)	3.50 (0.70)	0.79 (0.76–0.81)	71.42	< .001	1.40

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย paired t-test; Cohen's d หมายถึงขนาดอิทธิพลสำหรับข้อมูลแบบจับคู่

ผลด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการประสานส่งต่อ

ผลการขยายโปรแกรมพบว่า อสม. เข้าร่วมกิจกรรมอบรมครบตามเกณฑ์ร้อยละ 90.68 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 จำนวน 2,241 ราย (ร้อยละ 86.66) และครั้งที่ 2 จำนวน 2,014 ราย (ร้อยละ 77.88) ได้รับการวัดความดันโลหิต 2,287 ราย (ร้อยละ 88.44) ได้รับคำแนะนำครบ 3 ด้าน ได้แก่ การใช้ยา อาหาร และการปฏิบัติตัว จำนวน 1,581 ราย (ร้อยละ 61.14) และได้รับการดูแลครบตามเกณฑ์ 9 กิจกรรม จำนวน 927 ราย (ร้อยละ 35.85)

การคัดกรองพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรืออาการเตือน 538 ราย (ร้อยละ 20.80) ในจำนวนนี้จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ 206 ราย (ร้อยละ 7.97 ของผู้ป่วยทั้งหมด) สามารถส่งต่อได้สำเร็จ 180 ราย (ร้อยละ 87.38) และได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด 147 ราย (ร้อยละ 81.67 ของผู้ที่ส่งต่อสำเร็จ)

เมื่อพิจารณาจำแนกรายอำเภอ พบว่าการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 การให้คำแนะนำครบ 3 ด้าน และการดูแลครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ โดยการดูแลครบตามเกณฑ์อยู่ระหว่างร้อยละ 21.61–50.00 อำเภอลำทับมีสัดส่วนสูงสุด รองลงมาคืออำเภออ่าวลึกและอำเภอเขาพนม ส่วนอำเภอเกาะลันตามีสัดส่วนต่ำสุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดกระบวนการดูแลและการประสานส่งต่อ จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ผู้ป่วย (ราย)	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (%)	แนะนำครบ 3 ด้าน (%)	ดูแลครบ 9 กิจกรรม (%)	พบความเสี่ยง (%)	จำเป็นต้องส่งต่อ (ราย)	ส่งต่อสำเร็จ (%)	ความพึงพอใจ
เมืองกระบี่	512	77.15	59.18	34.57	19.92	49	83.67	4.14
เขาพนม	348	81.61	69.83	43.68	23.56	41	92.68	4.07
เกาะลันตา	236	65.68	45.34	21.61	23.31	17	76.47	3.96
คลองท่อม	445	70.79	56.63	27.87	22.25	30	83.33	4.28
อ่าวลึก	302	85.43	68.87	45.03	20.20	18	100.00	4.42
ปลายพระยา	224	85.71	65.18	42.41	19.20	19	84.21	3.94
ลำทับ	168	85.71	72.62	50.00	16.07	9	100.00	4.24
เหนือคลอง	351	77.21	56.98	30.77	19.66	23	86.96	3.73
รวม	**2,586**	**77.88**	**61.14**	**35.85**	**20.80**	**206**	**87.38**	**4.10**

***หมายเหตุ**: ร้อยละการส่งต่อสำเร็จคำนวณจากผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ ส่วนคะแนนความพึงพอใจเป็นค่าเฉลี่ยจากมาตรประมาณค่า 5 ระดับ*

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานร่วมด้วย ขณะที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เพียงประมาณครึ่งหนึ่ง และยังพบการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สะท้อนถึงความจำเป็นของการติดตามด้านการใช้ยา การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การปรับพฤติกรรม และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่องในระดับครัวเรือน ผลนี้สอดคล้องกับวาสนา ทรัพย์ประเสริฐ และคณะ[4] ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองและการประสานทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับอรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ[5] ที่ชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต้องอาศัยผู้ดูแลและ อสม. ที่มีสมรรถนะเฉพาะด้าน

ก่อนพัฒนาโปรแกรม ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งร้อยละ 60.9 ผู้ได้รับการเยี่ยมบ้านมีการวัดความดันโลหิตร้อยละ 62.7 และผู้ที่ได้รับการส่งต่อเข้าถึงบริการภายในเวลาที่กำหนดร้อยละ 72.1 แสดงว่าการเยี่ยมบ้าน การประเมินอาการเตือน และการเชื่อมต่อกับหน่วยบริการยังไม่ครอบคลุมและขาดมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับนิอิมรอน ดอเลาะ[16] ที่

เสนอให้บูรณาการการคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของ อสม. อย่างเป็นระบบ รวมทั้งฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ และคณะ[17] ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านสมรรถนะพบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับต่ำ ส่วนความมั่นใจ ทักษะ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยการประสานส่งต่อมีคะแนนต่ำที่สุด รองลงมาคือการประเมินความเสี่ยงและอาการเตือน ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบข้อจำกัดด้านความมั่นใจ เครื่องมือ และเกณฑ์การตัดสินใจส่งต่อ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับอรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ[5] ซึ่งพบว่าสมรรถนะของ อสม. สัมพันธ์กับประสบการณ์และความรู้เฉพาะด้าน และเกสิรินทร์ ไทยเสน และนงณภัทร รุ่งเนย[18] ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถในการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสมรรถนะ

โปรแกรมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ การคัดกรองความเสี่ยงและความพร้อมในการส่งต่อ การฝึกปฏิบัติ การเสริมสร้างความมั่นใจ และระบบสนับสนุนแบบบูรณาการ โดยออกแบบให้ตอบสนองช่องว่างที่พบจากการศึกษาสถานการณ์ เช่น การ์ดอาการเตือน เกณฑ์ธงสี แบบฟอร์มส่งต่อ การฝึกสถานการณ์จำลอง ระบบพี่เลี้ยง และการนิเทศติดตาม ผลการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการทดลองใช้เบื้องต้นพบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสม การยอมรับ และความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ O'Cathain et al.[7] ซึ่งเสนอให้พัฒนาโปรแกรมจากความต้องการจำเป็นและทดลองปรับปรุงก่อนประเมินผล และ Skivington et al.[8] ที่เน้นบริบท การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และการปรับโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง การปรับกิจกรรมจากการอบรมเต็มวันเป็นกิจกรรมระยะสั้น 6 ครั้งร่วมกับการประชุมประจำเดือนของ อสม. จึงช่วยลดภาระและเพิ่มโอกาสในการนำไปใช้จริง

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม. 288 คน มีคะแนนความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน และมีขนาดอิทธิพลระดับสูงมาก ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการใช้เนื้อหาที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง ร่วมกับการสาธิต การฝึกซ้ำ กรณีศึกษา บทบาทสมมติ และข้อมูลป้อนกลับจากพี่เลี้ยง ซึ่งช่วยให้ อสม. นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฏ์ และคณะ[6] ซึ่งพบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อนิรุธ จันทพาส และคณะ[19] ที่พบว่าการอบรมร่วมกับการโค้ชและนิเทศติดตามช่วยเพิ่มความพร้อมในการปฏิบัติงานของ อสม. และ Pitchalard et al.[20] ที่รายงานว่าการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการประยุกต์ใช้ในชุมชน

ความมั่นใจเป็นผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงสูงที่สุด น่าจะเกี่ยวข้องกับการฝึกสถานการณ์จำลอง การตัดสินใจซ้ำ และการได้รับข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งช่วยลดความลังเลและเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับกิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร และวาสุกรี สายเพ็ชร์[21] อย่างไรก็ตาม การประสานส่งต่อภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมยังอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าผลลัพธ์ด้านนี้ขึ้นอยู่กับทั้งสมรรถนะของ อสม. ความชัดเจนของช่องทางติดต่อ ความพร้อมของหน่วยบริการ ระบบขนส่ง และการตอบสนองของบุคลากรสุขภาพ

คะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่าง 8 อำเภอไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผลลัพธ์มีทิศทางใกล้เคียงกันในทุกพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าคุณภาพการดำเนินงานของแต่ละอำเภอเท่ากัน เนื่องจากตัวชี้วัดกระบวนการในระยะขยายผลยังแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่

ผลการขยายโปรแกรมในพื้นที่ 8 อำเภอ

การขยายผลพบว่า ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 86.66 และ 77.88 ตามลำดับ และได้รับการวัดความดันโลหิตร้อยละ 88.44 แสดงว่าโปรแกรมสามารถสนับสนุนการดูแลเชิงรุก โดยเฉพาะ

กิจกรรมที่มีขั้นตอนและเครื่องมือกำกับชัดเจน ผลนี้สอดคล้องกับนิอิมรอน ดอเลาะ[16] และวาสนา ทรัพย์ประเสริฐ และคณะ[4] ซึ่งชี้ว่า อสม. สามารถสนับสนุนการคัดกรอง การติดตามอาการ การดูแลตนเอง และการประสานทีมสุขภาพได้เมื่อได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การให้คำแนะนำครบ 3 ด้านดำเนินการได้ร้อยละ 61.14 และการดูแลครบตามเกณฑ์ 9 กิจกรรมร้อยละ 35.85 สะท้อนว่ากิจกรรมที่ต้องใช้เวลา การสื่อสารเฉพาะบุคคล และการติดตามซ้ำยังมีข้อจำกัด นอกจากนี้ ความครบถ้วนของการดูแลแตกต่างกันระหว่างอำเภอตั้งแต่ร้อยละ 21.61–50.00 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับจำนวนผู้ป่วย ภาระงาน อัตราส่วนพี่เลี้ยง ความพร้อมของหน่วยบริการ และลักษณะภูมิศาสตร์ สอดคล้องกับ Skivington et al.[8] ที่ระบุว่าผลของโปรแกรมสุขภาพขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ผู้ดำเนินงาน และบริบท รวมทั้งแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม การกำกับติดตาม และการบูรณาการอาสาสมัครสุขภาพชุมชนเข้ากับระบบบริการ[22]

การคัดกรองพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรืออาการเตือนร้อยละ 20.80 สามารถส่งต่อผู้ที่จำเป็นได้สำเร็จร้อยละ 87.38 และร้อยละ 81.67 ของผู้ที่ส่งต่อสำเร็จได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด สะท้อนว่าเกณฑ์ธงสี การ์ดอาการเตือน และแบบฟอร์มส่งต่ออาจช่วยให้การตัดสินใจและการสื่อสารชัดเจนขึ้น แม้ผลการเข้าถึงบริการจะสูงกว่าสถานการณ์ก่อนพัฒนาโปรแกรม แต่เนื่องจากไม่ได้เปรียบเทียบผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน จึงไม่สามารถสรุปว่าความแตกต่างเกิดจากโปรแกรมโดยตรง

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมระดับมาก โดยเฉพาะความสุภาพและความไว้วางใจ อย่างไรก็ตาม ความสม่ำเสมอของการเยี่ยมบ้านมีคะแนนต่ำที่สุด และความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ลดลงจากครั้งแรก จึงควรพัฒนาระบบพี่เลี้ยง การนิเทศติดตาม และการสนับสนุนเฉพาะพื้นที่เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและความครบถ้วนของการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรนำโปรแกรมไปใช้พัฒนาสมรรถนะ อสม. โดยคงองค์ประกอบหลักด้านความรู้ การฝึกปฏิบัติ การประเมินอาการเตือน การประสานส่งต่อ และระบบพี่เลี้ยง พร้อมปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ควรจัดให้มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นความสม่ำเสมอของการเยี่ยมบ้าน ความครบถ้วนของการให้คำแนะนำ และการใช้เกณฑ์ส่งต่อร่วมกันระหว่าง อสม. รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ ควรสนับสนุนพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าเฉลี่ยด้วยแผนพัฒนาเฉพาะพื้นที่และระบบข้อมูลสำหรับติดตามผลรายบุคคล

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรประเมินประสิทธิผลโดยใช้การวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลในระยะยาว เพื่อศึกษาความคงอยู่ของสมรรถนะ การปฏิบัติงานจริง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งควรศึกษาปัจจัยด้านพี่เลี้ยง ภาระงาน ลักษณะพื้นที่ และความพร้อมของระบบบริการที่มีผลต่อความครบถ้วนและความต่อเนื่องของการนำโปรแกรมไปใช้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมแพทย์มัณฑนากรหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย, คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 (Thai acute coronary syndromes guidelines 2020). กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน” ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

4. วาสนา ทรัพย์ประเสริฐ, วิโรจน์ เจ้ยเปลี่ยน, ศิรเมศร์ โภโค. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2568;26(1):229-236.
5. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ภัทรกร จันทวร, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกับสมรรถนะที่จำเป็นด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวิถีชีวิตแบบใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2567;17(2):53-67.
6. ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฏ์, ลาวัลย์ เวทยาวงศ์, หทัยรัตน์ ศักดิ์แก้ว. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(3):174-186.
7. O'Cathain A, Croot L, Duncan E, Rousseau N, Sworn K, Turner KM, et al. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. BMJ Open. 2019;9(8):e029954. doi:10.1136/bmjopen-2019-029954.
8. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021;374:n2061. doi:10.1136/bmj.n2061.
9. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
10. Weiner BJ, Lewis CC, Stanick C, Powell BJ, Dorsey CN, Clary AS, et al. Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. Implement Sci. 2017;12(1):108. doi:10.1186/s13012-017-0635-3.
11. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Development of a theory-informed questionnaire to assess the acceptability of healthcare interventions. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):279. doi:10.1186/s12913-022-07577-3.
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-191. doi:10.3758/BF03193146.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. สุวิมล ว่องวาณิช. การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
15. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
16. นิอิมรอน ดอเลาะ. การพัฒนาโปรแกรมตรวจคัดกรองและติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ต.ปากู อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(3):84-91.
17. ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, นฤมล เปรมาสวัสดิ์, อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, นงณภัทร รุ่งเนย, ผุสดี ด่านกุล. แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(3):74-89.
18. เกสิรินทร์ ไทยเสน, นงณภัทร รุ่งเนย. ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(3).
19. อนิรุธ จันทพาส, รจนา ศรีเล็ก, กฤษฎา เหล็กเพชร, ดวงใจ พุทธเษม. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ. 2569;11(1):1247-1256.
20. Pitchalard K, Moonpanane K, Wimolphan P, Singkhorn O, Wongsuraprakit S. Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand. Int J Nurs Sci. 2022;9(3):328-333.
21. กิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร, วาสุกรี สายเพ็ชร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาล. 2567;73(4):11-20.
22. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018.