



A model for developing the potential of village health volunteers to prevent stroke in a risk group at Dongsansuk subdistrict health promotion hospital, Muang Ubon Rachathani district

Jariya Khanteesai¹

Received	Reviewed	Revised	Accepted
21/06/2024	25/06/2024	23/07/2024	24/07/2024

Abstract

This action research aims to develop of potential for village health volunteers to prevent stroke in a risk group model at Dongsansuk subdistrict health promotion hospital, Muang Ubon Rachathani district. Research period June 2023 to July 2024. The Sample group for developing the model were public health personnel Local administrative organization, rescue workers and 12 people involved, purposive sampling. Sample group for evaluating the model were 50 village health volunteers, calculate sample size by using the G*Power program by simple random sampling. Tools used are group discussions and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired Samples T Test, and content analysis. The research results found that:

The model for developing the potential of village health volunteers to prevent stroke in high-risk groups Dong Saen Suk sub-district health promoting hospital consists of 7 activities: 1) assessing needs, 2) developing a curriculum to develop the potential of village health volunteers, 3) training to develop the potential Village health volunteers in caring for patients at risk of stroke 4) development of health education media, warning communication cards 5) demonstration/practice 6) developing communication systems/channels 7) monitoring and evaluating results. When the model was used, it was found that the sample group Village health volunteers have knowledge about risk factors and warning signs of stroke and skills in caring for groups at risk for stroke increased more than before the development of the

¹ Dongsansuk subdistrict health promotion hospital, Email: evaluUbon@hotmail.com



model Can be used with groups of village health volunteers and extend the results to the general public.

Keywords : Developing the Potential ; Village Health Volunteers ; Stroke ; Risk Group



รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี

จรรยา ชันดีสาย²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบฯ เป็นบุคลากรสาธารณสุข อปท., พนักงานกู้ชีพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 12 คน เลือกแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 50 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้การสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired Samples T Test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1) การประเมินความต้องการจำเป็น 2) พัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อสม. 3) อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Stroke 4) การพัฒนาสื่อสุขภาพการศึกษาการดื่มน้ำสะอาด 5) สาธิต/ฝึกปฏิบัติ 6) พัฒนาระบบ/ช่องทางการสื่อสาร 7) ติดตามประเมินผล เมื่อนำรูปแบบฯไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อสม.มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ สามารถนำไปใช้กับกลุ่ม อสม. และขยายผลไปสู่กลุ่มประชาชนทั่วไปได้

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; โรคหลอดเลือดสมอง; กลุ่มเสี่ยง

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข, Email: evaluUbon@hotmail.com



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทและก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง ก่อให้เกิดปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ ทั่วโลกป่วยเป็นโรค หลอดเลือดสมองถึง 17 ล้านคน เสียชีวิต ประมาณ 6.5 ล้านคน รอดชีวิต 26 ล้านคน และ พิการถาวร 5 ล้านคน (World Stroke Organization, 2017) ประเทศไทยพบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2561-2565 เท่ากับ 48.13, 47.81 และ 47.15 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 13.8 ต่อแสนประชากร อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น 77.98 ต่อแสนประชากร (Division of Noncommunicable Diseases, 2023) ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Post - Stroke Survivors) จะกลายเป็นผู้ป่วยและอยู่ในภาวะพึ่งพา ส่งผลกระทบต่อภาวะการดูแลและภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของครอบครัวและของรัฐเป็นอย่างมาก การป้องกัน ไม่ให้เกิดโรคด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นมาตรการที่ดีที่สุด (World Stroke Organization, 2014) ดังนั้น การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถแก้ไขอย่างทันท่วงที จะสามารถลดการเกิดภาวะทุพพลภาพได้เป็นอย่างดี โดยการประชาสัมพันธ์ความเสี่ยง เร่งรัดการดูแลกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะต้นเพื่อลดอัตราตายและพิการจากโรคนี้ โดยการสื่อสารความเสี่ยง ให้ข้อมูล หรือข้อความเกี่ยวกับอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพจากผู้สื่อสาร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปยังประชาชนผู้รับสาร เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นการสร้างแรงจูงใจและโน้มน้าวเพื่อให้ปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงรวมทั้งการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการปรึกษาหารือแบบมีส่วนร่วมโดยคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Rothman & Kiviniemi, 1999) และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า ตนเป็นผู้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ร่วมกับการนำกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งมีบุคคลสำคัญในการดำเนินงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพโดยการสื่อสารการเฝ้าระวัง การป้องกันโรค และการควบคุมโรค ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ เข้าใจ จดจำความรู้ และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ดีขึ้น กระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1997)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข (รพ.สต.ดงแสนสุข) มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพพระตำบลดงแสนสุข มีหน้าที่หลักในการทำงาน คือ เน้นการให้บริการ



ประชาชน การประชาสัมพันธ์ข้อมูล การให้ความรู้ และร่วมงานกับทีมสุขภาพ ซึ่ง อสม. มีความใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดสามารถให้บริการเชิงรุกเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงได้ จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. เขต รพ.สต.ตงแสนสุข ในปี 2566 พบว่า อสม. ยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ขาดความรู้และทักษะในการประเมินกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 42.73) การดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม.ที่ผ่านมาเป็นการอบรมอสม.ตามบทบาทหน้าที่ ยังไม่มีการอบรมให้ความรู้เฉพาะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ให้มีความสามารถดูแลตนเอง บุคคลในครอบครัว และสามารถถ่ายทอดไปยังกลุ่มประชาชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี

ขอบเขตการวิจัย

พื้นที่ ศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานีจังหวัดอุบลราชธานี

เนื้อหา ศึกษาและพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี

ประชากร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงระยะเวลาระหว่าง เดือนมิถุนายน 2566 – กันยายน 2566 จำนวน 117 คน

ระยะเวลา ทำการศึกษาตั้งแต่ เดือน มิถุนายน 2566 ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 ระยะเวลา 1 ปี 1 เดือน



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงแสนสุข อำเภอมือบอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงแสนสุข อำเภอมือบอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงแสนสุข อำเภอมือบอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์สร้างเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ภายใต้แนวคิด Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ขั้นที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และขั้นที่ 4 สะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection) ดังภาพที่ 1

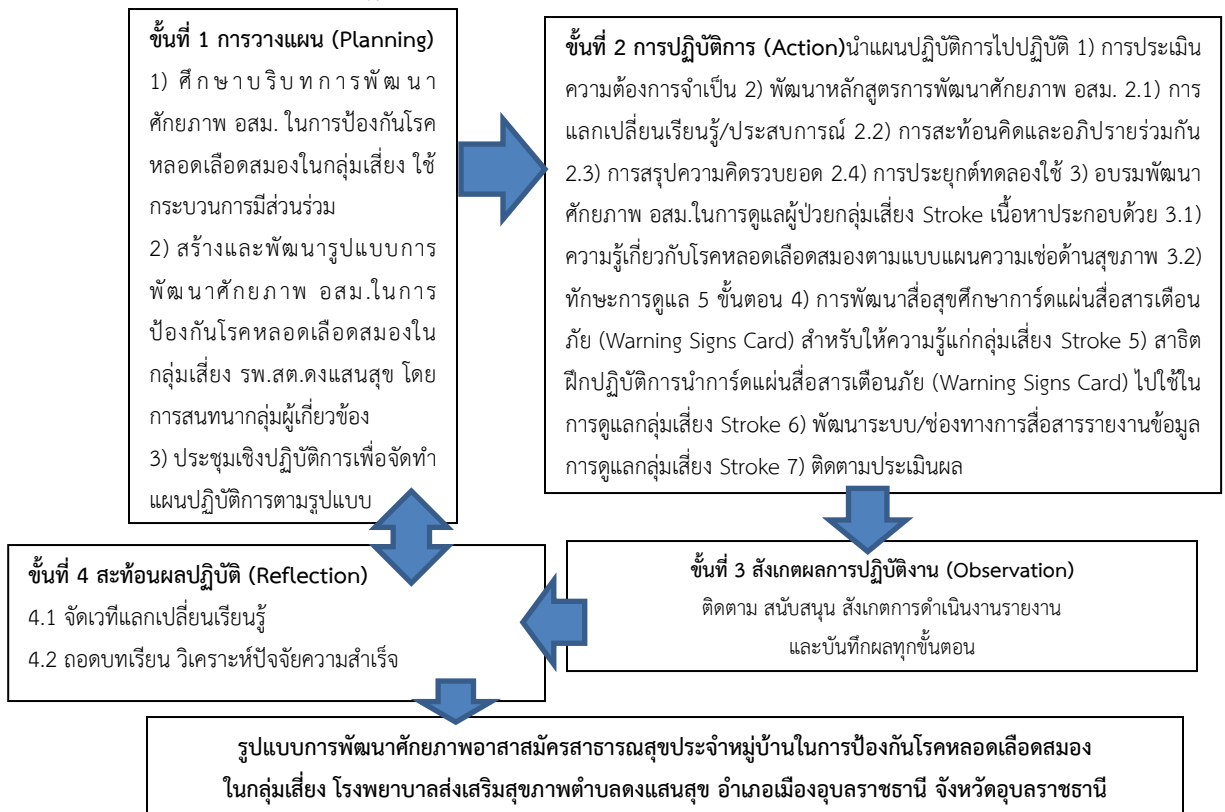




Figure 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 12 คน (Purposive Sampling) ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ดงแสนสุข 3 คน ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข อบต. 1 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Cg) 2 คน ตัวแทนพนักงานกู้ชีพ 1 คน จิตอาสาในชุมชน 1 คน ตัวแทน อสม. 2 คน ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง/ญาติ 2 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการนำรูปแบบไปใช้ และประเมินผลรูปแบบฯ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขต รพ.สต.ดงแสนสุข จำนวน 50 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง และการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ ระดับ 80% หรือ .8 (Beta error = .2) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ ระดับ 95% (Alpha error = .05) และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ในระดับปานกลางที่ 0.6 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน ทั้งนี้ เพื่อการป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 50 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria) 1) อสม.ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ รพ.สต.ดงแสนสุข 2) มีความยินดีและสามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด ส่วนเกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion Criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย 2) ขอลถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลความหมายระดับความรู้ 3 ระดับ ดังนี้ น้อย (0-4 คะแนน) ปานกลาง (5-8 คะแนน) มาก (9-12 คะแนน) หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson (1937) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 3) ทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 5 ด้าน (1) การตรวจคัดกรองและการประเมินความเสี่ยง (2) การจำแนกกลุ่มเสี่ยงและการจัดการข้อมูล (3) การส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยง (4) การให้ความรู้และคำแนะนำกลุ่มเสี่ยง และ (5) การติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง รวมจำนวน 18 ข้อ คะแนนเต็ม 36 คะแนน กำหนดคะแนนแบบการประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ แบ่งระดับทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ เป็นแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ มีทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 22 คะแนน) ปานกลาง (23-28 คะแนน) และสูง (29 คะแนน)



ขึ้นไป) นำไปทดลองใช้กับ อสม.เขตเขตพื้นที่ รพ.สต.ตำแย จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการ Cronbach Alpha's coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1991) 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) การวางแผน (Planning) 1) ศึกษาบริบทการพัฒนา ศักยภาพ อสม. ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม 2) สร้างและพัฒนาแบบแผนการพัฒนา ศักยภาพ อสม.ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง รพ.สต.ดงแสนสุข โดยการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการตามแบบ 2) การปฏิบัติการ (Action) นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ 1) การประเมินความต้องการจำเป็น 2) พัฒนาหลักสูตรการพัฒนา ศักยภาพ อสม. 2.1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ประสบการณ์ 2.2) การสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกัน 2.3) การสรุปความคิดรวบยอด 2.4) การประยุกต์ทดลองใช้ 3) อบรมพัฒนา ศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Stroke เนื้อหาประกอบด้วย 3.1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3.2) ทักษะการดูแล 5 ขั้นตอน 4) การพัฒนาสื่อสุขภาพการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) สำหรับให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง Stroke 5) สาธิต ฝึกปฏิบัติการนำการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง Stroke 6) พัฒนาระบบ/ช่องทางการสื่อสารรายงานข้อมูลการดูแลกลุ่มเสี่ยง Stroke 7) ติดตามประเมินผล 3) สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ติดตาม สนับสนุน สังเกตการดำเนินงานรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน 4) สะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection) 4.1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 4.2) ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็น ส่วนของข้อมูลทั่วไปของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) ทดสอบการแจกแจงข้อมูลความรู้ และทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติโคลโมโกซอฟสมิรโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนา ศักยภาพใช้ Paired Samples T Test 4) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการ สนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. บริบทการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รูปแบบเดิม เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ดงแสนสุข ดำเนินการจัดการอบรม อสม. ใหม่ และฟื้นฟูความรู้ด้านสาธารณสุข แก่ อสม. ปีละ 1 ครั้ง มีการสอดแทรกเนื้อหาโรคต่างๆ รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังไม่มีการอบรมเฉพาะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาสำคัญที่พบคือ อสม.ขาดความรู้และทักษะในการประเมินและ



ดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า อสม.ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.74) ต้องการได้รับการอบรม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการพัฒนาศักยภาพที่ต้องการมากที่สุดคือ การอบรมควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติเสริมสร้างทักษะ (ร้อยละ 93.16) เนื้อหาที่ต้องการคือ 1) ความรู้และสัญญาณเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) การตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 3) การส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยง 4) การให้ความรู้และคำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยง 5) การติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1) การประเมินความต้องการจำเป็น 2) พัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อสม. 2.1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ประสบการณ์ 2.2) การสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกัน 2.3) การสรุปความคิดรวบยอด 2.4) การประยุกต์ทดลองใช้ 3) อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Stroke เนื้อหาประกอบด้วย 3.1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3.2) ทักษะการดูแล 5 ขั้นตอน (1) การตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยง (2) การจำแนกกลุ่มเสี่ยงและการจัดการข้อมูล (3) การส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยง (4) การให้ความรู้และคำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยง (5) การติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง 4) การพัฒนาสื่อสุขภาพการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) สำหรับให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง Stroke 5) สาธิต ฝึกปฏิบัติการนำการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง Stroke 6) พัฒนาระบบ/ช่องทางการสื่อสารรายงานข้อมูลการดูแลกลุ่มเสี่ยง Stroke 7) ติดตามประเมินผล

2. ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.00 อายุเฉลี่ย

44.83 ปี อายุระหว่าง 40 – 49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรส ร้อยละ 96.00 จบการศึกษาในระดับมัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 72.00 และมีประสบการณ์ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 36.00

2. ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนการพัฒนาแบบ กลุ่มตัวอย่าง อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ แขน/ขา อ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใดสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวอย่างทันทีทันใด และอาการหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมงเป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 72.00 ส่วนหลังการพัฒนาแบบฯ ตอบถูกมากที่สุดคือ แขน/ขา อ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใดสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง



จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00 ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ น้ำหนักต่ำกว่าปกติหรือผอมลง เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าน้ำหนักเกินหรืออ้วน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 ดังตารางที่ 1

Table 1 Knowledge of Risk Factors and Warning Signs Related to Stroke Classified by Items of the Sample (n=50)

ข้อคำถาม	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หากพ่อแม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองลูกจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	31	62.00	41	82.00
2. การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	32	64.00	42	84.00
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	29	58.00	39	78.00
4. น้ำหนักต่ำกว่าปกติหรือผอมลงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าน้ำหนักเกินหรืออ้วน	28	56.00	38	76.00
5. โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	32	64.00	40	80.00
6. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	24	48.00	41	82.00
7. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	33	66.00	42	84.00
8. ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีภูมิคุ้มกันต้านทานป้องกันการเป็นซ้ำได้	31	62.00	44	88.00
9. ปากเบี้ยวหรือมุมปากตก ข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใดสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	34	68.00	45	90.00
10. แขน/ขา อ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใดสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	36	72.00	46	92.00
11. พูดลำบาก พูดไม่ชัด หรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใดสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	32	64.00	42	84.00
12. เดินเซ เดินลำบาก /สูญเสียความสามารถในการทรงตัวอย่างทันทีทันใด และอาการหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมงเป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	36	72.00	40	80.00



Table 2 Level of knowledge about risk factors and warning signs of stroke of the Sample (n=50)

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ		หลังการพัฒนารูปแบบฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0-4 คะแนน)	5	10.00	0	0
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	32	64.00	15	30.00
มาก (9-12 คะแนน)	13	26.00	35	70.00
รวม	50	100	50	100

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง อสม. มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 64.00 หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 70.00 โดยพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง อสม.มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) (Table 3)

Table 3 Compare knowledge about risk factors and warning signs of stroke. Before and after develop the model (n=50)

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนการพัฒนา รูปแบบฯ		หลังการพัฒนา รูปแบบฯ		95%CI	t	P value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
	7.58	9.04	9.06	1.73	1.11-1.81	8.27	<.001

3. ทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนารูปแบบฯ เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{ value} < .001$) ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ (n=50)

ทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน	ก่อนการพัฒนา รูปแบบ		หลังการพัฒนา รูปแบบฯ		95%CI	t	P value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1. การตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยง	3.56	.93	5.04	.83	1.16-1.80	9.27	<.001
2. การจำแนกกลุ่มเสี่ยงและการจัดการข้อมูล	2.90	.71	5.02	.74	1.84-2.40	15.26	<.001
3. การส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยง	3.40	1.09	5.38	.75	1.73-2.23	16.12	<.001
4. การให้ความรู้และคำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยง	5.34	.84	8.32	.74	2.65-3.31	18.30	<.001
5. การติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง	5.34	.45	8.32	.74	1.83-2.57	12.03	<.001
รวม	19.60	1.91	30.36	1.64	10.06-11.46	31.00	<.001

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงแสนสุข ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1) การประเมินความต้องการจำเป็น 2) พัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อสม. 2.1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ประสบการณ์ 2.2) การสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกัน 2.3) การสรุปความคิดรวบยอด 2.4) การประยุกต์ทดลองใช้ 3) อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Stroke เนื้อหาประกอบด้วย 3.1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3.2) ทักษะการดูแล 5 ขั้นตอน (1) การตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยง (2) การจำแนกกลุ่มเสี่ยงและการจัดการข้อมูล (3) การส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยง (4) การให้ความรู้และคำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยง (5) การติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง 4) การพัฒนาสื่อสุขภาพการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) สำหรับให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง Stroke 5) สาธิต ฝึกปฏิบัติการนำการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง Stroke 6) พัฒนาระบบ/ช่องทางการสื่อสารรายงานข้อมูลการดูแล



กลุ่มเสี่ยง Stroke 7) ติดตามประเมินผล สอดคล้องกับผลการศึกษาของฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ และคณะ (2562) ศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง พบว่า อสม. มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองไม่ครบถ้วน ขาดสื่อการสอนในการเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง ประชาชนเชื่อมั่นต่อการให้ความรู้ของ อสม. น้อยกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชนประชาสัมพันธ์เรื่องโรคหลอดเลือดสมองไม่สม่ำเสมอ กลวิธีในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใช้การมีส่วนร่วมของ อสม. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตั้งแต่การศึกษาปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล ค้นข้อมูล วางแผน ดำเนินการตามแผนและการประเมินผลร่วมกัน ซึ่งแนวทางการพัฒนา อสม. ประกอบด้วย 1) การจัดอบรมเสวนาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและบทบาท อสม. 2) ร่วมกันจัดตั้งทีมเยี่ยมครอบครัว 3) พัฒนาแกนนำโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) จัดทำสื่อการสอนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองร่วมกัน ภายหลังการดำเนินการวิจัย พบว่า อสม. มีความรู้และความเชื่อมั่นในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น มีแนวทางในการเยี่ยมครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sonsit, P. (2024) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ได้รูปแบบการดำเนินงาน 4 แผนกิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 2) การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อสม.มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) อธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า ตนเป็นผู้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรครที่เกิขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบตอชีวิตประจำวัน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ สอดคล้องกับแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk communication) ของ Rothman & Kiviniemi (1999) ที่ว่าการสื่อสารความเสี่ยงด้วยการให้ข้อมูล หรือข้อความเกี่ยวกับอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพจากผู้ส่งสาร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปยังประชาชนผู้รับสาร การแก้ปัญหาสุขภาพต้องเริ่มจากกลุ่มเสี่ยงต้องได้รับข้อมูล/ข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้และตระหนักถึงอันตรายแล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหหรือการลดความเสี่ยงด้วยตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ



Chiangpiw, N.et al. (2018) ได้ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตน เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นอกจากนั้นผลการวิจัยยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อธิบายได้ว่า จากการพัฒนาศักยภาพ อสม. ตามรูปแบบฯ ที่ ประกอบไปด้วยกิจกรรมการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการฝึกทักษะการดูแล การตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การจำแนกกลุ่มเสี่ยงและการจัดการข้อมูล การส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้และคำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยง และการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ เข้าใจ จดจำความรู้ และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ดีขึ้น (Kolb, 1984) กระตุ้นให้เกิด ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bunsri, A and Thongbupha, S. (2020). ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบ Stroke Digital Service พบว่า จากการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบ Stroke Digital Service ใน ลักษณะ ของ Application ของการประเมินอาการของโรค หลอดเลือดสมองเมื่อนำมาใช้จริงสามารถ นำมาซึ่งการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้อย่าง แท้จริง

สรุป รูปแบบการพัฒนาาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข เมื่อนำไปใช้พัฒนาศักยภาพ อสม.มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นสามารถนำไปใช้กับกลุ่ม อสม. และขยายผลไปสู่กลุ่มประชาชนทั่วไป ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามารถนำรูปแบบ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุขไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง

1.2 ควรนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการ และสัญญาณ เตือนโรคหลอดเลือดสมอง แก่ อสม. โดยสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและเน้นใน ประเด็นที่ยังรับรู้ไม่ถูกต้อง



1.3 ควรนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการพัฒนาทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

1.4 ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.5 สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้ความรู้เรื่องอื่นๆ กับกลุ่มเป้าหมายอื่นที่แตกต่างออกไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองของประชาชน ที่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลให้พฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปด้วย

2.2 ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการประเมินหาความเสี่ยงโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุม

2.3 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการอบรมและสื่อการสอนเพื่อการพัฒนาศักยภาพ อสม. ส่งเสริมความร่วมมือ นำไปสู่ความยั่งยืนในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

References

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company, New York.
- Bunsri, A and Thongbupha, S. (2020). Stroke care system for patients with cerebrovascular disease. Digital service. *Thammasat University Hospital Journal*, 5(3), 36-44.
- Chiangpiw, N.et al. (2018). Participatory learning program. Stroke Perceived self-efficacy; village health volunteers. *Nursing Journal*, 45(1), 87-99.
- Division of Noncommunicable Diseases. (2023). *Stroke situation*. [Online] from <http://www.thaincd.com> [23 June 2022]
- Jarupisitpaiboon,C.et al. (2019). Guidelines for developing the potential of village health volunteers in preventing stroke in high-risk groups. *Ministry of Public Health Nursing Journal*, 30(3), 74-89.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer* (3rded.). Victoria : Deakin University.
- Kuder, Frederic G. & M.W. Richardson. (1937, September). The Theory of the Estimation of Test Reliability. *Psychometrika*, 2, 151-160.



- Marked a day of global. World Stroke Organization. (2017). *The state of stroke services across the globe: Report of World Stroke Organization–World Health Organization surveys. International Journal of Stroke*, 16(8), 145-156.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rothman, A. J., & Kiviniemi, M.T. (1999). Treating people with information: an analysis and review of approaches to communicating health risk information. *Journal of the National Cancer Institute Monograph*, 25, 44-51.
- Sonsit, P. (2024). Development of a model for prevention of stroke in high-risk groups. Mueang Maha Sarakham District Maha Sarakham Province. *Environmental Health Journal. and Community Health*, 9(2), 137-149.