

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

The Development of a Community Cerebrovascular Disease Surveillance Model for Community Health Volunteers (CHVs), Songkhla Province

Yutamas Wandao^{*}

Praditporn Pongtriang^{**}

Udomrat Chalothorn^{***}

Kornurai Baitayeb^{***}

^{*}Bangklam Hospital, Songkhla province

^{**}Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University, Surat Thani, Thailand

^{***}Songkhla Provincial Public Health Office

Received: February 2, 2025 | Revised: April 24, 2025 | Accepted: May 19, 2025

Abstract

This research and development project aims to investigate the stroke incidence among patients in Sadao District, Songkhla; develop a community-based stroke surveillance model and curriculum for community health volunteers (CHVs); compare the mean scores of knowledges, decision-making, and competency in stroke surveillance; and evaluate the satisfaction regarding the developed model and curriculum. The study was conducted between April and October 2024 and employs both quantitative and qualitative research methodologies across four phases: Phase 1, Situations Analysis in stroke patients, caregivers, CHVs, and community leaders, using a purposive sampling method with 25 individuals recruited; Phase 2 focuses on designing and developing the model with input from experts in stroke care including physicians, professional nurses, public health personnel, and emergency medical staff, purposively selected, totaling 15 experts; Phase 3, Pilot Testing and Model Refinement, involves with 36 CHVs randomly selected purposively; and Phase 4, Implementation Evaluation, evaluates the effectiveness and satisfaction of the implemented model among the same 36 CHVs in phase 3. The research instruments employed include a semi-structured interview protocol and knowledge, decision-making, and competency questionnaires, as well as the stroke surveillance model and the curriculum. Data analysis for quantitative data comprises descriptive statistics, satisfaction comparisons using the Wilcoxon Signed Ranks Test, and Repeated measures ANOVA with Bonferroni to compare means in knowledge, decision-making, and competency. The qualitative data were analyzed using content analysis. The findings indicate that the developed stroke surveillance curriculum was derived from an in-depth study of the local context and incorporates lectures emphasizing stroke knowledge based on the BEFAST protocol, hands-on workshops integrating real patient experiences, and principles from Bloom's Revised Taxonomy to foster competency development through simulated scenarios. Statistically significant increases in the mean scores for knowledge, decision-making, and competency were observed following the training and subsequent application of the model, and participants reflected positively on the curriculum, reporting enhanced confidence and competency. The research findings suggest that competency related to stroke should be developed continuously at least every 6 months, focusing on knowledge, decision-making, and communication for emergency assistance to maintain volunteers' competency.

Correspondence: Praditporn Pongtriang

Email: Praditporn.pon@sru.ac.th

การพัฒนา รูปแบบเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสงขลา

ยุทธมาส วันดาว*

ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง**

อุดมรัตน์ ชโลธร***

กรอุไร ไบตาเย็บ***

โรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

***สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จังหวัดสงขลา

วันรับ: 2 กุมภาพันธ์ 2568 | วันแก้ไข: 24 เมษายน 2568 | วันตอบรับ: 19 พฤษภาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา 2) พัฒนารูปแบบและหลักสูตรเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) ประเมินผลความพึงพอใจของรูปแบบและหลักสูตร ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือน เมษายน ถึง เดือน ตุลาคม 2567 แบ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 25 ราย ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกู้ชีพกู้ภัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 ราย ระยะที่ 3 การทดลองใช้และปรับปรุงพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 36 คน ระยะที่ 4 การประเมินผลการนำไปใช้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากระยะที่ 3 ทั้งหมด 36 ราย เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 2) แบบประเมินวัดความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะ 3) รูปแบบและหลักสูตรการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบความพึงพอใจด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test, เปรียบค่าเฉลี่ยความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะด้วย Repeated measure ANOVA และ Bonferroni ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การบรรยาย เน้นความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ตามหลัก BEFAST การอบรมเชิงปฏิบัติการผ่านสื่อประสบการณ์จริงจากผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของ Bloom's Revised Taxonomy และการพัฒนาสมรรถนะผ่านสถานการณ์จำลอง ผลระดับความรู้ การตัดสินใจ และสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากอบรมและหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างสะท้อนผลประสิทธิภาพของหลักสูตรในเชิงบวก สามารถเพิ่มความมั่นใจสมรรถนะมากขึ้น จากผลการวิจัยควรมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 6 เดือน ในประเด็น ความรู้ การตัดสินใจและการสื่อสารขอความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถนะของอาสาสมัคร

ติดต่อผู้พิมพ์: ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง

อีเมล: Praditporn.pon@sru.ac.th

Keywords	คำสำคัญ
Stroke	โรคหลอดเลือดสมอง
Surveillance	การเฝ้าระวัง
Community health volunteers (CHVs)	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
Competency	สมรรถนะ

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความพิการและเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 90 ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นนั้นสามารถป้องกันได้และมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มียุติป่วยด้วยโรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁾ ซึ่งสถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 พบผู้ป่วยมากถึง 349,126 คน เสียชีวิต 36,214 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี⁽³⁾ จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) จังหวัดสงขลา พบว่าปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มสูงขึ้น 3,364, 3,471 และ 3,460 คน และอัตราตายคิดเป็นร้อยละ 7.88, 7.32 และ 8.41 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลสะเดาจัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งต่อจากห้องฉุกเฉินไปรักษาโรงพยาบาลหาดใหญ่ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) มากที่สุด จากข้อมูลเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ 147, 142 และ 143 คน ตามลำดับ จากข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพื่อทำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT-Scan) พบประวัติการปฏิเสธการมีโรคประจำตัวสูงเป็นลำดับหนึ่ง และมากกว่าร้อยละ 90 ถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยญาติหรือผู้ดูแล การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าปัญหาที่สำคัญของพื้นที่สะเดา คือการที่ผู้ป่วยไม่ทราบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ปัจจัยเสี่ยง หรือความรู้ความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองอย่างลึกซึ้ง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้รับบริการขาดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค การบริการสุขภาพเพื่อจัดการกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมมุ่งเน้นการดูแลแบบตั้งรับซึ่งจำเป็นต้องยกระดับการดูแลเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองเชิงรุกเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยมักเข้ารักษาเมื่ออาการหนักและรุนแรง⁽⁴⁾ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อความพิการหรือเสียชีวิตตามมา

จากสภาพปัญหาด้านข้อจำกัดด้านความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะ รวมถึงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ลำช้าของผู้ป่วย จึงนำมาสู่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา 2. พัฒนารูปแบบและหลักสูตรเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบและหลักสูตรเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข และ 4. ประเมินผลหลังการนำไปใช้และความพึงพอใจของรูปแบบและหลักสูตรเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผ่านการประประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ของ

บลูม⁽⁵⁻⁶⁾ เพื่อการพัฒนาารูปแบบเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจากตามนโยบาย 3 หมอ อสม. คือหมอคคนที่ 1 ที่มีความใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่ หาก อสม. มีความสามารถในการดูแลและเฝ้าติดตามภาวะสุขภาพของคนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว⁽⁷⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพัฒนาศักยภาพของอสม. ในปัจจุบันมุ่งเน้นการคัดกรองภาวะสุขภาพในหลากหลายมิติ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองและป้องกันโรคตามนโยบายของพื้นที่⁽⁸⁾ การเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีเพียงบางการศึกษาที่ทำการพัฒนาศักยภาพกลุ่ม อสม. โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ในการยกระดับความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพ อสม. จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่การสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ที่กระตุ้นความตื่นตัว การฝึกปฏิบัติจริง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีม⁽⁹⁻¹⁰⁾ สำหรับพื้นที่จังหวัดสงขลาพบการศึกษาในการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมุ่งเน้นการติดตามระยะยาวและการยกระดับคุณภาพชีวิต⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการศึกษาในการเฝ้าระวังเชิงรุกและการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีศักยภาพเฉพาะเจาะจงต่อการดูแลในภาวะฉุกเฉินมากยิ่งขึ้น การศึกษาในครั้งนี้ มุ่งเน้นการพัฒนาารูปแบบและหลักสูตรเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกโดยมีกลไกสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ ด้านความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะการช่วยเหลือเบื้องต้น การสื่อสารในภาวะฉุกเฉินของ อสม. ผ่านรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่ มุ่งหวังให้กลุ่มดังกล่าวมีศักยภาพสามารถเชื่อมต่อการทำงานในพื้นที่ ทั้งประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและการประสานงานร่วมกับทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างถูกต้อง รวดเร็ว สู่การลดอัตราความพิการและการเสียชีวิตของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

สมมติฐาน

คะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินใจ สมรรถนะและความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบและหลักสูตรเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบและหลักสูตรเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาและศึกษาความต้องการ ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมของแพทย์ที่วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การถอดบทเรียนจากตัวแทนชุมชน (Focus group) 2. การออกแบบและพัฒนาารูปแบบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินและการวินิจฉัยโรค การส่งต่อรวดเร็ว ออกแบบหลักสูตรเฝ้าระวัง Sadao Model 3. การทดลองใช้และปรับปรุง นำหลักสูตรที่ผ่านการพัฒนาไปใช้ผ่านกระบวนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง และ 4. การประเมินผลการทำงานไปใช้ ผ่านการสะท้อนมุมมองประโยชน์ และข้อเสนอแนะจากอสม.ที่เข้าร่วมหลักสูตร (Group discussion) และการประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพทุกระดับ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะการวิจัย ได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและศึกษาความต้องการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือตัวแทนผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 25 ราย

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกู้ชีพกู้ภัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 ราย

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และปรับปรุงพัฒนา

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 36 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1. อายุ 18-70 ปี 2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครบตามเวลา 3. สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4. ไม่มีโรคประจำตัวที่มีอาการไม่คงที่ 5. ไม่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด 2. มีภาวะสุขภาพที่กระทบต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น มีความผิดปกติทางร่างกายหรือทางจิตใจที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการต่อได้ อาทิเช่น ปวดศีรษะรุนแรง หน้ำมืด เจ็บหน้าอกหรือมีภาวะซึมเศร้า

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้หาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเทียบเคียงจากการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกัน เรื่องการพัฒนาระบบสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน⁽⁷⁾ ที่กำหนดค่า effect size = 0.50 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำมาทำการคำนวณค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G-power กำหนดการทดสอบแบบ 2 ทาง ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 34 ราย และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (drop out) ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 คือ 6 ราย รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะ นี้ เป็น 40 ราย

ระยะที่ 4 การประเมินผลการนำไปใช้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ระยะที่ 4 การประเมินผลการนำไปใช้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากระยะที่ 3 ทั้งหมด 36 ราย

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและศึกษาความต้องการ ดำเนินการ เดือนพฤษภาคม 2567 จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการของพื้นที่ โดยการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus group) จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล 2. กลุ่มอสม. 3. กลุ่มเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เพื่อการสะท้อนประสบการณ์ มุมมองและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค การเข้าถึงบริการสุขภาพและความต้องการในการดูแล เพื่อการค้นหาปัญหาการทำความเข้าใจบริบทของพื้นที่ในเชิงลึกสู่กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลและเฝ้าระวัง โดยกระบวนการสนทนากลุ่มโดยข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่ม ประมาณ 60-90 นาที การสัมภาษณ์กลุ่มถูกจัดขึ้นในวัน เวลา ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ในสถานที่มีความเหมาะสม ตามที่กลุ่มตัวอย่างตกลงร่วมกัน ระหว่างการสัมภาษณ์กลุ่ม ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเทปเพื่อนำข้อมูลสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ ดำเนินการ เดือนพฤษภาคม 2567 1. ประชุมวางแผนกับผู้มีส่วนได้เสียในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบตัน 2. ร่วมกันออกแบบรูปแบบและหลักสูตรการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดตีบตัน โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม ร่วมประชุม ในรูปแบบการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus group) เพื่อระดมสมอง ออกแบบร่างหลักสูตรและรูปแบบที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา โดยกระบวนการสนทนากลุ่มโดยข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่ม ประมาณ 90-120 นาที

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และปรับปรุงพัฒนา ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม 2567

1. คัดเลือกอาสาสมัคร. ในแต่ละพื้นที่ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 40 ราย 2. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดตีบตัน แบบวัดการตัดสินใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดตีบตัน 3. จัดอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดตีบตัน (Sadao Model) จำนวน 2 วัน รวมระยะเวลา 16 ชั่วโมง ได้แก่ 1) อบรมทฤษฎีความรู้ แบ่งเป็นการบรรยายภาคทฤษฎี มุ่งเน้นความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดตีบตัน เช่น ชนิด ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ อาการและการประเมินโรคหลอดเลือดตีบตัน หลักการจำ BEFAST การดูแลรักษาเบื้องต้นและส่งต่ออย่างเหมาะสม รวมทั้งทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยมีวิทยากร ระยะเวลา 4 ชั่วโมง 2) อบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้สื่อวิดีโอสัมภาษณ์ตัวแทนผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประสบการณ์ของเกิดโรคหลอดเลือดตีบตันจำนวน 5 คลิปวิดีโอ มีการแบ่งกลุ่มและเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อประเมินติดตามความรู้ ความจำ ความเข้าใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดตีบตัน ระยะเวลา 6 ชั่วโมง และการพัฒนาทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นการสื่อสารผ่านสถานการณ์จำลอง จำนวน 3 สถานการณ์ ระยะเวลา 6 ชั่วโมง 4. กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดตีบตัน แบบวัดการตัดสินใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดตีบตันภายหลังการอบรม 1 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์

ระยะที่ 4 การประเมินผลการนำไปใช้ ดำเนินการ เดือนตุลาคม 2567 โดยทำการประเมิน 2 ส่วน ได้แก่ 1.การวิจัยเชิงปริมาณ (Descriptive quantitative research) ประเมินความพึงพอใจผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเข้าอบรมหลักสูตรและรูปแบบการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดตีบตันที่ดำเนินการข้างต้น 2.การวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive qualitative research) ดำเนินการจัดการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Group discussion) เพื่อสะท้อนมุมมองของการดำเนินการในพื้นที่เพื่อการพัฒนาและต่อยอด โดยมีการระดมสมองอภิปรายร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ ในการนำมาซึ่งข้อมูลที่ต้องการพัฒนา ใช้กระบวนการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group discussion) โดยข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่ม ประมาณ 90-120 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) สำหรับการวิจัยระยะที่ 1 จำนวน 4 ข้อ เกี่ยวกับสถานการณ์ ความต้องการและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบตันในชุมชน ระยะที่ 2 จำนวน 4 ข้อ เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนารูปแบบและหลักสูตรในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดตีบตัน ระยะที่ 4 จำนวน 4 ข้อ เกี่ยวกับผลการสะท้อนการนำไปใช้รูปแบบและหลักสูตรการพัฒนาปรับปรุงต่อยอดในอนาคต ซึ่งเป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาหลักสูตรและรูปแบบการพัฒนา และการประเมินผลการนำไปใช้

1.2 แบบประเมินวัดความรู้ วัดการตัดสินใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดตีบตัน แบ่งเป็น 4 ส่วน (ระยะที่ 3) คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

สถานภาพ อาชีพ หน้าที่พิเศษอื่น ๆ ในชุมชน ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ครั้งในการช่วยหรือประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่ที่รับผิดชอบ จำนวนประชาชนและหลังคา เรือนที่ดูแล ส่วนที่ 2 แบบประเมินวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะแบบเลือกตอบ โดยมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ในประเด็น ชนิด ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ อาการและการประเมินโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวิธีให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบประเมินวัดการตัดสินใจในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบมาตรวัด ลิเคิร์ต (Likert) จำนวน 15 ข้อ 3 ระดับ โดยแบบสอบถามแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก คือ ทำไม่ได้ น้อย มาก ในประเด็นการตัดสินใจช่วยเหลือเบื้องต้น การโทรขอความช่วยเหลือ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ข้อ โดยมีวิธีการให้คะแนน ดังนี้ ทำไม่ได้ = 0, น้อย = 1, มาก = 2 ส่วนที่ 4 แบบวัดสมรรถนะในการเฝ้าระวัง โรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบมาตรวัดอันดับ (Rating) จำนวน 10 ข้อ 5 ระดับโดยแบบสอบถามแต่ละข้อ มี 5 ตัวเลือก คือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติไม่ครบถ้วนส่วนมาก ปฏิบัติครบถ้วนบางส่วน ปฏิบัติครบถ้วน ส่วนมาก ปฏิบัติครบถ้วน สำหรับวิทยากรประจำกลุ่มในการประเมินทักษะ การประเมินผู้ป่วย การปฐม พยาบาลการจี้และการสื่อสารในการแจ้งเหตุ โดยมีวิธีการให้คะแนน ดังนี้ ไม่ปฏิบัติเลย = 1, ปฏิบัติไม่ ครบถ้วนส่วนมาก = 2, ปฏิบัติครบถ้วนบางส่วน = 3, ปฏิบัติครบถ้วนส่วนมาก = 4, ปฏิบัติครบถ้วน = 5

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบหลักสูตรเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นแบบ มาตรวัดลิเคิร์ต (Likert) จำนวน 20 ข้อ 5 ระดับโดยแบบสอบถามแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ในประเด็นสื่อ เนื้อหา สถานที่ วิทยากร ประโยชน์ที่ได้รับ ให้ผู้ตอบ เลือกตอบเพียง 1 ข้อ โดยข้อคำถามทั้ง 20 ข้อเป็น ข้อความเชิงบวก โดยมีวิธีการให้คะแนน ดังนี้ น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ได้แก่ รูปแบบและหลักสูตรการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือด สมอง (Sadao Model) เป็นหลักสูตรที่ออกแบบโดยใช้ฐานของชุมชน โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้ ของบลูม (Bloom's Revised Taxonomy)⁽⁵⁻⁶⁾ เป็นหลักสูตรที่เน้นความรู้ และนำไปใช้ ประกอบด้วย การอบรมทฤษฎีความรู้โดยการบรรยายผ่านสื่อวีดิโอการถ่ายทอดประสบการณ์จริงของผู้ป่วยหลอดเลือด สมอง จำนวน 5 คลิปวีดิโอ การอบรมเชิงปฏิบัติการผ่านสถานการณ์จำลองจำนวน 3 สถานการณ์ พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของพื้นที่เพื่อกระตุ้นการตัดสินใจ ทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น การประสานงาน ร่วมกับทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล (Pre-hospital)⁽¹⁰⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1. การหาความตรงของเนื้อหา (content validity) การตรวจสอบความ ถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้วิจัยได้ร่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 2 ส่วน และผ่านการตรวจสอบแบบมีส่วนร่วม ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรค หลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณา และตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ซึ่งมีค่า Index of item objective congruence (IOC) ระหว่าง 0.6-1.0 หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะต่อไป 2. การหาความเที่ยง (reliability) หลังจากนำแบบสอบ ทาม ที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน คืออำเภอ บางกล้า จังหวัดสงขลา จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของ

แบบวัดความรู้ โดยใช้สูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 21 (KR-21) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.735 และแบบวัดการตัดสินใจในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ต้องได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.872 3. ความเชื่อมั่นวิจัยเชิงคุณภาพ (trustworthiness)⁽¹²⁾ การวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระยะที่ 1, 2 และ 4 ผู้วิจัยได้คำนึงและดำเนินการตามกระบวนการที่ได้มาซึ่งคุณภาพของการวิจัยเชิงคุณภาพ 4 ประการ ได้แก่ 1.ความเชื่อมั่นในความจริงของข้อมูล (Credibility) 2. ความสามารถในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น (Transferability) 3. ความสามารถในการยืนยันข้อมูล (Confirmability) 4.ความน่าเชื่อถือของกระบวนการวิจัย (Dependability) ผู้วิจัยมีกระบวนการทวนสอบ (Audit Trail) ซึ่งปรากฏในผลการวิจัย โดยใช้อธิบายแหล่งที่มาของผลการสะท้อนของกลุ่มตัวอย่าง (Quote) ด้วยสัญลักษณ์ ได้แก่ (xx: yy) หมายถึง (บทบาทผู้ถูกสัมภาษณ์: ประเภทการเก็บข้อมูล) เช่น (CHV: FC) หมายถึง (อสม.: การสัมภาษณ์กลุ่มเชิงลึก) โดยมีสัญลักษณ์ที่ใช้ดังนี้ CHV หมายถึง อสม., PT หมายถึง ตัวแทนผู้ป่วย, CG หมายถึง ผู้ดูแล, HP หมายถึง เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ, FC หมายถึง การสัมภาษณ์กลุ่มเชิงลึก (Focus Group) และ GS หมายถึง การสนทนากลุ่ม (Group discussion) การวิเคราะห์ข้อมูล 1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) Mean \pm SD จำนวน (ร้อยละ) 2. ใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการอบรม ในระยะที่ 3 ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA และ Bonferroni for pairwise comparisons เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ 3. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ ในระยะที่ 1, 2 และ 4 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของ Creswell⁽¹³⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 42/2567 วันที่ให้การรับรอง 26 มีนาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างคำนึงถึงความยินยอมเป็นสำคัญ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการวิจัย ความเสี่ยง รวมทั้งประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบอย่างละเอียด

ผลการศึกษา

แบ่งตามผลดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและศึกษาความต้องการ : กลุ่มตัวแทนผู้ป่วย/ผู้ดูแล ตัวแทนอสม. และผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์หรือเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 25 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 จากข้อมูลในการทำ Focus group สามารถวิเคราะห์ข้อมูลการสะท้อนคิดที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและสภาพปัญหาใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1. ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค (Knowledge) 2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Perception) 3. การประเมินอาการเบื้องต้น (Initial Assessment) 4. การประสานและตัดสินใจเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Call for help) 5. ความต้องการและสนับสนุนด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค (Knowledge) ผู้ป่วย/ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่เรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ตลอดจนสัญญาณเตือนของอาการผิดปกติ ให้ข้อมูลว่า:

“ตอนที่ตนเองมีอาการผิดปกติก็ไม่ทราบว่านี่คืออาการของ Stroke หลังจากป่วยก็ยังคงไม่เข้าใจว่าโรคหลอดเลือดสมองคืออะไร อัมพฤกษ์ อัมพาตก็ไม่เข้าใจ” (PT: FC)

สอดคล้องกับอาสาสมัครอีกรายที่สะท้อนข้อจำกัดด้านความรู้ว่า :

“ไม่แน่ใจเรื่องความเสี่ยงของตนเอง ไม่รู้ว่าเกิดจากอะไร แต่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่มาก่อน” (PT: FC)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Perception) ผู้ป่วย/ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ไม่ทราบโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรค บางคนทราบว่าเป็นการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องแต่ก็ไม่ได้ตระหนัก “เป็นความดันที่ไม่ได้รับการรักษา ตอนแรกมีอาการปวดหัวมากเลยไปหาหมอคลินิก ได้ยาความดันมากินเดือนละ 280 บาท จนกระทั่งไม่ว่างจึงไม่ได้ไปหาหมอ นานพอสมควรที่ไม่ได้กินยาเพราะวัดความดันที่บ้านแล้วความดันเป็นปกติ เมื่อมีอาการปวดหัวแล้วก็ไปขอยาเพื่อนมากิน หลังจากนั้นจึงกินยาที่เพื่อนให้มาตลอดซึ่งเป็นยาคนละตัวกันด้วย” (PT: FC)

3. การประเมินอาการเบื้องต้น (Initial Assessment) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองมีอาการผิดปกติ มีทั้งรอสังเกตอาการก่อน เนื่องจากไม่ทราบว่าเป็นอาการของ Stroke และเดินทางไปโรงพยาบาลทันที ให้ข้อมูลว่า “มีอาการหลังจากกลับมาจากการไปฉีดยาฆ่าหญ้า รู้สึกว่ามีแขนขาอ่อนแรง 1 ข้าง แต่ไม่ได้สนใจอาการตนเอง คิดว่าเป็นอาการเหนื่อยจากงาน อ่อนล้า หรือน้ำตาลในเลือดต่ำ หากได้นอนพักผ่อนตื่นมาแล้วจะหาย โดยมีอาการมาตั้งแต่ตอนเช้า แต่เมื่อเวลาสี่โมงเย็นอาการอ่อนแรงเป็นมากขึ้นจับของแล้วหล่น จึงไปรพ. เอง ไม่มีอาการเตือนมาก่อน” (PT: FC)

4. การประสานและตัดสินใจเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Call for help) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ทั้งผู้ป่วย/ผู้ดูแลและอสม. ให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน คือ เมื่อมีอาการผิดปกติ การไปโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัวหรือคนรู้จัก สะดวกกว่าเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และไม่ได้มีอาการรุนแรงหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่จะต้องเรียก 1669 ทั้งนี้ ให้ข้อมูลว่า :

“ไปรถส่วนตัว ไม่ได้เรียกรถ 1669 เพราะเร็วและสะดวกกว่า” (CG: FC)

อาสาสมัครอีกรายสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการสื่อสารที่ส่งผลการตัดสินใจขอความช่วยเหลือกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ว่า :

“การเรียกใช้บริการของกู้ชีพมีความรู้สึกกว่า 1669 มีความรู้สึกกู้ภัยถามคำถามที่เยอะเกินไปและบางครั้งตอบคำถามไม่ถูกเนื่องจากไม่เข้าใจ” (CHV: FC)

5. ความต้องการและสนับสนุนด้านสุขภาพ ในส่วนของตัวแทนผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการความรู้ความเข้าใจด้านก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและเฝ้าระวังการเกิดโรคซ้ำ และไม่มั่นใจในสมรรถนะของอสม. ให้ข้อมูลว่า :

“ลูกบ้านในชุมชนรู้จักโรคสโตรคผ่านช่องทางอื่นไม่ใช่ทางอสม. อยากให้อสม.มาให้ความรู้” (PT: FC)

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ

ผลการพัฒนารูปแบบและหลักสูตรการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถูกพัฒนาขึ้นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ โดยแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปกระบวนการออกแบบและพัฒนารูปแบบหลักสูตรการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง (Sadao Model)

ประเด็น	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ได้
การรวบรวมข้อมูลจากชุมชน	เพื่อเข้าใจบริบทปัญหาและความต้องการที่แท้จริงในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง	สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย/ผู้ดูแลในชุมชน - จัด Focus Group ร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นจริงจากประสบการณ์ตรง เพื่อนำมาออกแบบหลักสูตรที่ตรงตามความต้องการของพื้นที่
การยกร่างรูปแบบและหลักสูตร	เพื่อระดมความคิดเห็น ออกแบบหลักสูตรตามความต้องการและสภาพปัญหาในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม	คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 ราย ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัย ทำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากชุมชน	ได้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความเหมาะสมในการออกแบบหลักสูตรที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทชุมชน
การออกแบบกิจกรรมอบรมเชิงบรรยาย	เพื่อให้ความรู้พื้นฐาน ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ปฏิบัติและชุมชน	ออกแบบเนื้อหาการบรรยายให้ครอบคลุม: ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการที่คล้ายคลึงกับโรคอื่น ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้และไม่ได้ การประเมินและสังเกตอาการ (BEFAST) การดูแลเบื้องต้นและการส่งต่อที่เหมาะสม	ได้หลักสูตรเนื้อหาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้ทันที
การออกแบบกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ	เพื่อฝึกทักษะการประเมิน คัดกรอง และสื่อสารกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการปฏิบัติจริง	ออกแบบการอบรมโดย: ใช้สื่อวีดิโอจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจริง เพื่อฝึกจับประเด็นและวิเคราะห์อาการ เชื่อมโยงกับ Bloom's Revised Taxonomy เพื่อยกระดับการเรียนรู้ พัฒนาสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยจริง พัฒนาแบบประเมินคัดกรองภาษาไทย และปรับปรุงประวัติสำคัญเบื้องต้น แจกช่องทางติดต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) เพื่อการส่งต่อที่รวดเร็ว	ได้รูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ ฝึกทักษะปฏิบัติจริง สามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และปรับปรุงพัฒนา :

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป: กลุ่มตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการคัดเลือกตามคุณสมบัติและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามเวลาที่กำหนด จำนวน 36 คน พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 94.44 มีอายุอยู่ในช่วง 51-55 ปีมากที่สุด จบชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.67 เท่ากัน ระยะเวลาของการปฏิบัติงานในบทบาทของอสม. อยู่ที่ช่วงเวลา 11-20 ปีมากที่สุด ร้อยละ 52.78 โดยอสม. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่เข้าร่วม คือ ตำบลสำนักแต้วร้อยละ 36.11 และตำบลสะเดาร้อยละ 27.78 อสม.ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรเฝ้าระวังเฉพาะโรคแบบทางการ ร้อยละ 69.45 ส่วนคนที่ผ่านการอบรม จะเป็นหลักสูตร CG 420 ชั่วโมง (ไม่นับรวมการฟื้นฟูประจำปี)

ส่วนของจำนวนครัวเรือนที่อสม.แต่ละคนรับผิดชอบ จำนวนอยู่ที่ 10-20 หลังมากที่สุด ร้อยละ 38.89 และ 21-30 หลัง ร้อยละ 27.78 อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.22 ระบุว่าจำนวนมีเหมาะสมในการทำงาน ทั้งด้านคัดกรอง ส่งเสริมพฤติกรรมและติดตามต่างๆ ทั้งนี้ครัวเรือนทั้งหมดมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในการดูแลของอสม. เพียงร้อยละ 27.78 (มีจำนวน 1-2 คน) เท่านั้น

ส่วนที่ 2: เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8

จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดสมองก่อนการอบรมและหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 8 ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.004$) จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินวัดการตัดสินใจในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการอบรมและหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 8 ผลการวิจัยพบว่า ระดับการตัดสินใจในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการอบรมและหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 8 ผลการวิจัยพบว่า ระดับสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) ดังแสดงตามตารางที่ 2 ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 ($N = 36$)

ระยะเวลา	ระดับคะแนน (Mean±SD)	P value*			P value**
		ก่อนทดลอง	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 8	
ระดับความรู้ (0-20 คะแนน)					
ก่อนทดลอง	13.42±2.66	-	0.53	0.011	0.004
สัปดาห์ที่ 1	14.78±2.65	-	-	>0.99	
สัปดาห์ที่ 8	15.11±2.72	-	-	-	
ระดับการตัดสินใจ (0-30 คะแนน)					
ก่อนทดลอง	22.94±5.18	-	<0.001	<0.001	<0.001
สัปดาห์ที่ 1	28.25±2.88	-	-	>0.99	
สัปดาห์ที่ 8	27.97±1.95	-	-	-	
ระดับสมรรถนะ (0-50 คะแนน)					
ก่อนทดลอง	36.36±6.00	-	<0.001	<0.001	<0.001
สัปดาห์ที่ 1	43.02±4.23	-	-	>0.99	
สัปดาห์ที่ 8	43.08±3.36	-	-	-	

*Bonferroni for pairwise comparisons; **Repeated measure ANOVA for test of within-subjects' effects

ระยะที่ 4 การประเมินผลการนำไปใช้: กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง (Sadao Model) ทั้งหมด 36 ราย ยินยอมเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม และพบว่า มีอสม. 2 รายพบเจอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเหตุการณ์จริง และได้นำแบบประเมินคัดกรองไปใช้ประเมินเพื่อเฝ้าระวังในผู้ที่มีอาการผิดปกติไปใช้ รวมถึงการประสานทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉินและนำส่งโรงพยาบาลได้ ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการสะท้อนคิดของอาสาสมัครหลังการอบรมหลักสูตรเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง

หัวข้อหลัก (Theme)	ข้อความสะท้อนคิด (Quote)	คำอธิบายเพิ่มเติม (Interpretation)
1. ประสิทธิภาพของหลักสูตร	“มีการแนะนำให้เพื่อน ๆ ที่ไม่ได้เข้าอบรมคะ พูดคุยในที่ประชุมสม. ค่ะ” (CHV: GS) “ส่วนใหญ่ก็จะไปแนะนำคร่าว ๆ ในที่ประชุม ผู้สูงอายุและคนที่เป็นเบาหวานความดัน โดยเฉพาะความดันที่สูง ๆ อาจจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นหลอดเลือดสมองแล้วก็ต้องไปตามหมอนัด” (CHV: GS)	หลักสูตรที่พัฒนาขึ้น มีความชัดเจน ครอบคลุมกระบวนการเรียนรู้ทั้งการบรรยายและเชิงปฏิบัติการผ่านสื่อที่มีความสมจริง ส่งผลให้อาสาสมัครมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น สามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดขยายผลสู่ผู้อื่นในชุมชนได้จริง
2. ความมั่นใจในการประเมินเพื่อตัดสินใจ	“ยกตัวอย่าง ถ้าเจอคนแบบเดินเซแล้วก็ปากเบี้ยว มือชา อะไรประมาณนี้ บอกได้ว่าคุณน่าจะเป็นโรค หลอด เลือด แล้วอ่าคะ ให้คำแนะนำไปพบแพทย์ ไม่ก็เรียกรถกู้ภัยเรียกรพ.สต. ให้ประเมินอาการ มาดูอาการ” (CHV: GS)	การนำแบบประเมินคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการฝึกฝนใช้สัญญาณเตือน BEFAST ในสถานการณ์จริง ทำให้อาสาสมัครเกิดความมั่นใจมากขึ้นในการประเมินและตัดสินใจ สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับประชาชนที่มีอาการเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม
3. สมรรถนะในการเฝ้าระวัง	“มีเคสที่เป็นโรคหลอดเลือดครั้งแรกแล้วคะ หลังจากนั้นก็ใช้ชีวิตปกติ กินกาแฟ 3 in 1... มีการอธิบายให้ฟังแต่ค่อนข้างดี...ล่าสุดคืออ่อนแรง หายใจแล้วเหมือนแน่น จึงอธิบายไปว่า อาจจะเป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดคะ... จึงให้น้องชายรีบส่งโรงพยาบาลคะ” (CHV: GS)	อาสาสมัครมีสมรรถนะที่ดีในการสังเกตอาการผู้ป่วย แยกแยะได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ และสามารถตัดสินใจสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที แม้ว่าผู้ป่วยจะมีท่าที่ต่อต้านหรือไม่ตระหนักในความเสี่ยงอย่างชัดเจนก็ตาม
4. คุณค่าและประโยชน์ของการทำงาน	“วันก่อนก็มีเหตุการณ์ที่มีคนโทรหาที่จะว่าให้กะมาหาหน่อย เพราะมีแขนขาอ่อนแรง แต่ไม่มีใจสั้น รู้สึกวูบ ๆ... ก็รู้สึกดีใจมากที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วย พอเค้าไม่มั่นใจโทรหาเราคนแรก นึกถึงเราคนแรกก็ดีใจที่ได้มาอบรมตรงนี้คะ” (CHV: GS)	อาสาสมัครรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองจากการทำงาน เนื่องจากได้รับความไว้วางใจจากประชาชนและญาติในการประเมินอาการ และให้คำแนะนำเบื้องต้น สะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ที่ชัดเจนจากการอบรมหลักสูตรนี้ และมีโอกาสในการพัฒนาตนเอง รวมถึงขยายผลประโยชน์ของหลักสูตรนี้ไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้อีกด้วย
5. ข้อเสนอแนะและโอกาสในการพัฒนาเพิ่มเติม	“อยากเสนอในเรื่องการทำสื่อให้มากขึ้นและเข้าใจง่าย ยิ่งถ้าเป็นพวกวีดิทัศน์สามารถโหลด แชร่ส่งต่อกันได้ จะดีมาก ๆ เลยคะ” (CHV: GS) “อยากให้มีการทำเนื้อหาแต่เข้าใจง่าย ถ้าเป็นตัวหนังสือทั้งหมดเลย เต็มหน้ากระดาษ ให้มีความกระชับ เข้าใจง่าย เพื่อเพิ่มเปอร์เซ็นต์การอ่านจะน้อยเพราะตัวหนังสือเยอะ” (CHV: GS)	อาสาสมัครสะท้อนถึงโอกาสในการพัฒนาหลักสูตร โดยแนะนำให้มีการเพิ่มสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอคลิปที่สามารถแชร์ต่อได้ รวมทั้งการปรับเนื้อหาให้มีความกระชับ เข้าใจง่าย เพื่อเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้และการนำไปใช้จริงในชุมชน

นอกเหนือจากผลการสะท้อนคิดผลการพัฒนาแล้ว การวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างซึ่งปรากฏผลการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการประเมินความพึงพอใจ

จากผลการศึกษาระดับความพึงพอใจในการดำเนินการหลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจน้อยกว่าหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.275, P = 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (N=36)

ตัวแปร	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 8		Z	P values
	Mean	SD	Mean	SD		
ระดับความพึงพอใจ	98.64	2.987	93.39	7.780	-3.275	0.001*

*P<0.05, คะแนนเต็ม 100 คะแนน

วิจารณ์

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ความต้องการและสภาพปัญหาในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในพื้นที่อำเภอเสนา จังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สะท้อนในประเด็นฐานความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็น Stroke ส่วนใหญ่ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว ไม่ได้ตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนไม่ทราบโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับสาคร อินโทโลและคณะ⁽⁴⁾ การขาดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค เพราะส่วนใหญ่การให้ข้อมูลโรค บุคลากรด้านสุขภาพมักมุ่งเน้นเฉพาะเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่เจาะจงเฉพาะเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มผู้ป่วยมักเข้ารับการรักษาเมื่ออาการหนักแล้วส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนอสม. ไม่ทราบสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁴⁾ ประเด็นสำคัญของการสื่อสารและการเข้าถึงของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) เป็นอีกประเด็นสำคัญ ที่ต้องได้รับการแก้ไขผู้มีประสบการณ์การเรียกใช้บริการ 1669 มีความรู้สึกที่ต้องตอบคำถามที่เยอะเกินไปตอบคำถามไม่ถูกจากการที่ไม่เข้าใจ ยิ่งส่งผลให้เกิดความล่าช้าเมื่อเทียบกับต้องเดินทางไปโรงพยาบาลเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนงคราญ ใจเพ็ญ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าความรู้จักหมายเลข 1669 อยู่ในระดับสูง แต่มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับต่ำ โดยพบสาเหตุไม่ใช้บริการเนื่องจากมาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่ามากที่สุด อธิบายได้ว่า อาจเกิดจากความไม่มั่นใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การบริการไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังด้านความรวดเร็วได้

2. รูปแบบเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการแลกเปลี่ยนและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง (Sadao Model) มุ่งเน้นความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลรักษาเบื้องต้นและส่งต่ออย่างเหมาะสม เพื่อให้ทันเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ประชาชนยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ⁽¹⁶⁾ กลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะเชื่อคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าคำแนะนำจากอสม. ดังนั้นการบรรยายความรู้โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นพื้นฐานสำคัญให้กับอสม. ในการเฝ้าระวังการเกิดโรคในพื้นที่ได้ การวิจัยนี้ยังมุ่งเน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการผ่าน

การถ่ายทอดประสบการณ์ของเกิดโรคหลอดเลือดสมองการใช้สถานการณ์จำลองเพื่อเป็นแนวทางการเรียนรู้วิธีตัดสินใจและประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการพัฒนาแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการสัญญาณผิดปกติ สอดคล้องกับมณีรัตน์ คำนาครและคณะ⁽¹⁷⁾ การใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะความสามารถของอสม. โดยมีรูปแบบกิจกรรมทั้งการบรรยาย การชมวิดีโอ การเข้าฐาน การสาธิตฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ ช่วยเพิ่มความสามารถและเสริมสร้างความมั่นใจของ อสม. อีกทั้งการประยุกต์สถานการณ์หรือรูปแบบที่เหมาะสมตามวิถีชีวิตชุมชน ช่วยให้ชุมชนและพื้นที่ท้องถิ่นมีประโยชน์จากการที่ผู้ผ่านการอบรมนำศักยภาพที่ได้มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในพื้นที่ได้จริง⁽⁷⁻⁸⁾

3. สมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ระดับความรู้ การตัดสินใจ และสมรรถนะ โรคหลอดเลือดสมองภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเทียบรายคู่ คือ ก่อนและหลังการอบรมในสัปดาห์ที่ 1 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากอสม. ทุกคน มีการอบรมฟื้นฟูประจำปีเพื่อพัฒนาแกนนำอสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากระหว่างการติดตามแลกเปลี่ยน ทีมผู้วิจัยมีการสื่อสารพูดคุย แนะนำช่องทางการเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งประสบการณ์ของผู้ป่วยส่งผ่านทางช่องทางไลน์อย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ความรู้ที่ได้หลังจากการอบรมเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันมาก อีกทั้งยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90.0 ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเหตุการณ์จริง ไม่มีโอกาสใช้ความรู้และทักษะการประเมินอาการเพื่อการตัดสินใจตามรูปแบบที่ได้อบรม ทั้งนี้อาจเกิดจากระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อความรู้และความจำการให้ความรู้เพียงครั้งเดียวอาจไม่เพียงพอต่อความต่อเนื่องของผู้เข้าอบรม⁽¹⁸⁾ รวมทั้งเป็นการติดตามฟื้นฟูความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะทางรูปแบบออนไลน์ จึงไม่สามารถประเมินสมรรถนะได้แบบตัวต่อตัว จึงเป็นผลให้หลังการอบรมในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 ไม่มีความแตกต่างกัน การฝึกทบทวนกิจกรรมที่เน้นทักษะและความมั่นใจอย่างเช่น ทักษะการ CPR ควรดำเนินการทุก 3-6 เดือน เพื่อเพิ่มความมั่นใจและรักษาทักษะไว้ได้⁽¹⁹⁾ เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ หากมีการติดตามอย่างต่อเนื่องมากกว่า 8 สัปดาห์ที่กำหนดไว้ การพัฒนาอาสาสมัครในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นกลไกสำคัญของการเข้าถึงระบบสุขภาพและช่วยสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีขึ้นสำหรับพื้นที่ห่างไกล⁽²⁰⁾

4. ด้านประสิทธิผลที่เป็นผลลัพธ์ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบและหลักสูตรการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง (Sadao Model) ซึ่งเป็นจุดประเด็นที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่เน้นเรียนรู้จากประสบการณ์ การส่งเสริมทัศนคติ การตัดสินใจและการให้แรงเสริมในการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽²¹⁾ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงและการฝึกปฏิบัติเป็นทีมส่งผลต่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาสมรรถนะของผู้เข้าอบรมที่เพิ่มขึ้น⁽²²⁾ ทั้งนี้พบว่า กลุ่มอาสาสมัครมีระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นสามารถถ่ายทอดความรู้และขยายผลให้กับอสม. ที่ไม่ได้เข้าร่วมอบรม รวมทั้งสื่อสารกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและการนำไปใช้ในชุมชนเพื่อเป้าหมายของการลดและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่⁽²³⁾ ส่งผลให้มีความมั่นใจต่อการตัดสินใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นความสามารถของการนำสิ่งที่ได้รับการฝึกอบรมไปใช้ได้จริง เช่น นำแบบประเมิน

คัดกรองโรคหลอดเลือดสมองไปแนะนำและสอนอสม. คนอื่นๆ รวมทั้งอธิบายประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ ทำให้รู้ จำและเข้าใจ ทั้งแยกแยะได้ว่าผู้ป่วยลักษณะแบบนี้จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ มีการตัดสินใจสื่อสาร เพื่อที่จะกระตุ้นให้ทั้งผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลและช่วยเหลือได้อย่างทันถ่วงที ดังกรอบการพัฒนาและสร้างรูปแบบเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ อสม. ตามแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom's Revised Taxonomy ที่ได้กำหนดขึ้น ประสิทธิภาพที่สำคัญ คือ ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าและเกิดประโยชน์กับส่วนรวม อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่เป็นข้อจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาคือระดับความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบน้อยกว่าก่อนการทดลองใช้ระบบและการพัฒนาสมรรถนะทั้งนี้อาจเกิดจากระยะการติดตามฟื้นฟูความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะเป็นการดำเนินการในรูปแบบออนไลน์ ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกที่ลดลง ปัญหาอุปสรรคทางด้านเทคนิคและความเสถียรของสัญญาณระหว่างการจัดกิจกรรมอาจส่งผลต่อความพึงพอใจที่ลดลง⁽²⁴⁾

ข้อจำกัดการวิจัย

การอบรมเชิงปฏิบัติการมีการแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 8-10 ราย ทำให้การปฏิบัติไม่ทั่วถึง ซึ่งควรมีการแบ่งสมาชิก 4-5 รายต่อกลุ่ม จะสามารถกระตุ้นการเรียนรู้และปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ การติดตามในรูปแบบออนไลน์มีข้อจำกัดทั้งในการใช้เทคโนโลยี สัญญาณอินเทอร์เน็ต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ดังนี้

1. ระดับผู้บริหาร จากรูปแบบและหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นควรมีการติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการยกระดับผู้ผ่านการอบรมเป็นวิทยากรครู ก. และการขยายผลสู่กลุ่ม อสม. ที่ไม่ได้ผ่านการอบรม
2. ระดับผู้ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข จากรูปแบบและกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนตามบริบทพื้นที่ โดยการใช้สื่อตัวแทนผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้สถานการณ์จำลองเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้สู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
3. ระดับประชาชนและชุมชน ควรมีการพัฒนาให้มียอดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 6 เดือน ในประเด็น ความรู้ การตัดสินใจและการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งสมรรถนะและการเตรียมพร้อมรองรับการเกิดเหตุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการขยายผลการอบรมหลักสูตรนี้ให้กับกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพในระดับชุมชน และ มีการศึกษาติดตามและประเมินผลทักษะการตัดสินใจสมรรถนะในระยะยาว เพื่อให้เห็นผลว่าอาสาสมัครที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มที่ดีขึ้นจากการนำรูปแบบไปใช้

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ ได้ทำการพัฒนาการอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง (Sadao Model) มีรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาสมรรถนะอสม. โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom's Revised Taxonomy และการอบรมเชิงปฏิบัติการผ่านสถานการณ์จำลอง เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และตัดสินใจในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครซึ่งทำให้ ความรู้ การตัดสินใจและสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถนำความรู้และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดสะท้อนถึงประสิทธิภาพของหลักสูตร ในการยกระดับสมรรถนะกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Saicamthon P, Tipsriraj S, Chaisaen K, Yingyong T, Sugawong K. The effect of Risk Factors for Cerebrovascular Disease, Regional Health 1, Thailand. *Lanna Public Health Journal*. 2016;12(2):44–53.
2. World Stroke Organization. Impact of stroke [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke>
3. Department of Disease Control. Symptoms and warning signs of stroke B.E.F.A.S.T [Internet]. [cited 2023 Oct 20]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=14894 (in Thai).
4. Intolo S, Peangkat S, Thongpoobal A, Thubsombat P. Exploring Problems and Needs of Stroke Care Prevention of Primary Stakeholders. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2018;36(1):90–9.
5. Faculty Center, MILB 1705. Bloom’s taxonomy, revised for 21st-century learners.
6. Willard Marriott Library [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 3]. Available from: <https://cte.utah.edu/instructor-education/pdfs/bloom-handout.pdf>
7. Krathwohl DR. A revision of bloom’s taxonomy: an overview. *Theory Into Practice*. 2002;41(4):212–8.
8. Thipthimwong K, Noosorn N, Panawatthanapisuit S, Theangjit R. The Application of the Nursing Process to drive the 3–Doctors for Every Thai Family Policy. *The Journal of Public Health Nursing*. 2023;37(3):93–105.
9. Nuchanart N, Petcharak P, Chaovalit S. A Competencies Development of the Village Health Volunteers of Suphan Buri Province. *Journal of MCU Peace Studies*. 2018;6(2):768–79.
10. Pongtriang P, Soontorn T, Sumleepun J, Chuson N, Songwathana P. Effect of emergency scenario-based training program on knowledge, self-confidence, and competency of elderly caregiver volunteers in a rural Thai community: A quasi-experimental study. *International Journal of Community-Based Nursing and Midwifery*. 2024;12(4):267–77.
11. Pongtriang P, Soontorn T, Sumleepun J, Chuson N. Emergency scenario-based training curriculum development: enhancement of caregivers for the elderly’ emergency assistance competency in a rural Thai community. *Sage Open Nursing*. 2024;10:1–14.
12. Khlaewkhlod M. District Health Board Operating Pattern connected with the Implementation of 3-Healthcare Team for Acute Ischemic Stroke Patient, Songkhla Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*. 2024;9(3):308–16.
13. Lincoln YS. *Naturalistic inquiry*. Los Angeles: SAGE Publications; 1985.
14. Creswell, John W, Creswell, David J. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 5th ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2018.p.1–438.
15. Nachailerd Y. Development of Fast Track Service System for Patients with Stroke Kamalasia Hospital and Service Network. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences*. 2023;3(1):54–67.

15. Chaipian N. Factors related to the use of emergency medical services for acute critically patients and emergency patients in a hospital. *Journal of Nursing and Health Research*. 2021;22(1):52-66.
16. Yang J, Zheng M, Cheng S, Ou S, Zhang J, Wang N, et al. Knowledge of stroke symptoms and treatment among community residents in western urban China. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2014;23(5):1,216-24.
17. Khamnak M, Thiangtham W, Boonyamalik P. The effects of skill development program for village health volunteers on physical recovery of post-stroke patient during transitional period after hospital discharge for home rehabilitation. *The Journal of Public Health Nursing*. 2022;36(2):1-16.
18. O'Callaghan G, Murphy S, Loane D, Farrelly E, Horgan F. Stroke knowledge in an Irish semi-rural community-dwelling cohort and impact of a brief education session. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2012;21(8):629-35.
19. Riggs M, Franklin R, Saylany L. Associations between cardiopulmonary resuscitation (CPR) knowledge, self-efficacy, training history and willingness to perform CPR and CPR psychomotor skills: A Systematic Review. *Resuscitation*. 2019;138:259-72.
20. Pattanarattanamolee R, Sanglun RY, Nakahara S. Community-based first responder network in rural Thailand: a case study of out-of-hospital cardiac arrest. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2021;36(2):234-6.
21. Omelchenko N, Saban KL, Andresen P, Klopp A, Lau J. Empowered to serve: implementing community stroke outreach using peer educators to improve readiness to act among local community members. *The Journal of Neuroscience Nursing*. 2018;50(2):111-5.
22. Kitamura T, Nishiyama C, Murakami Y, Yonezawa T, Nakai S, Hamanishi M, et al. Compression-only CPR training in elementary schools and student attitude toward CPR. *The Journal of the Japan Pediatric Society*. 2016;58(8):698-704.
23. Kilkenny MF, Purvis T, Werner M, Reyneke M, Czerenkowski J, Cadilhac DA. Improving stroke knowledge through a 'volunteer-led' community education program in Australia. *Preventive Medicine*. 2016;86:1-5.
24. Elshami W, Taha MH, Abuzaid M, Saravanan C, Kawas SA, Abdalla ME. Satisfaction with online learning in the new normal: perspective of students and faculty at medical and health sciences colleges. *Medical Education Online*. 2021;26(1):1-10.