

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล 2022 ต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน The Effect of Participatory Learning with PBRI Model 2022 Program on Knowledge Attitude and Stroke Prevention Behavior among Village Health Volunteers

จินตนา ทองเพชร*¹ ชลันดา บุตรพุ่ม² เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์¹ อรุณ แสงแดง²

Jintana Tongpeth*¹ Chalanda Butphum² Petchrung Dechpoonyachit¹ Arun Saengdaeng²

¹วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 76000

¹Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand 76000

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเสา เพชรบุรี ประเทศไทย 76000

²Tha-Sen Tambon Health Promotion Hospital, Phetchaburi Province Thailand 76000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล 2022 ต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล 2022 จำนวน 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม 4 ชั้น คือ 1) ชั้นประสบการณ์ 2) ชั้นสะท้อนคิด 3) ชั้นความคิดรวบยอด และ 4) ชั้นประยุกต์แนวคิด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.96, 1.0, 1.0 และมีค่าความเชื่อมั่น 0.78, 0.98 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล 2022 มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านความรู้ เจตคติ การคัดกรองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชนได้ต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคหลอดเลือดสมอง, สบช.โมเดล 2022

Abstract

The purpose of this quasi-experimental with two group pretest-posttest design aim to examine the effect of Participatory Learning with PBRI Model 2022 on Knowledge, Attitude and Stroke Prevention Behaviors among Village health volunteers (VHVs). The samples consisted of 70 VHVs put into experimental and comparative groups which consisted of 35 persons in each groups. The 12-week participatory learning with PBRI Model 2022 consists of 1) an experience stage, 2) a reflective stage, 3) a conceptual stage, and 4) an applied concept.

Research instruments consists of Knowledge Attitude and Stroke Prevention Behaviors questionnaires. The content validity was 0.96, 1.0, 1.0 and reliability was 0.78, 0.98 and 0.95, respectively. Those were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results showed that after enrolling in the program, the mean scores of Knowledge, Attitude and Stroke Prevention Behavior of the experimental group were lower than those of before enrolling in the program and lower than the comparative group at p-value < .05. Knowledge, Attitude and Stroke Prevention Behavior scores of the experimental group were higher than before enrolling the program and higher than the comparative group at p-value < .05. Therefore, health promotion and stroke prevention by implementing the Participatory Learning with PBRI Model 2022 program to develop the VHV's potential in terms of knowledge, attitudes, screening and health behavior modification to prevent Stroke for NCDs patients such as diabetes and hypertension in the community

Keywords: Participatory Learning, Prevention Behavior, PBRI model 2022, Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่สองรองจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บและก่อให้เกิดความพิการจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years; DALYs) ประมาณการจากองค์การอนามัยโลกจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ใน 3 พักการและเสียชีวิตและสองเท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและเป็นลำดับที่ 1 ของจำนวนปีที่สูญเสีย เนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Year of life lost; YLL) คิดเป็นร้อยละ 9.52¹ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางที่กลุ่มเสี่ยงจะป้องกันตนเอง ไม่ให้เวลาในวัยของตนเองต้องสูญหายไปจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนักและอาหาร การงดเหล้าและบุหรี่ การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ทำการรักษาได้อย่างทัน่วงที และที่สำคัญอย่างยิ่งในผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วมีโอกาสเป็นซ้ำจะมากกว่าคนทั่วไปที่ยังไม่เคยเป็น โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดต่อเนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดัน

โลหิตสูง² ถ้ามีการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าว ก็จะลดความเสี่ยงจากการโรคหลอดเลือดสมองได้ และการดูแลสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมก็จะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งจะช่วยลดการสูญเสียปีสุขภาวะของแต่ละบุคคล¹ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จะได้รับการดูแลจากชุมชนตามระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพ ซึ่งหน้าที่หลักในการทำงานงาน คือ เน้นการให้บริการประชาชน การประชาสัมพันธ์ข้อมูล การให้ความรู้และทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่ง อสม. มีความใกล้ชิดกับประชาชนทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยให้บริการเชิงรุกเพื่อป้องกันช่วยติดตาม ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงได้เป็นอย่างดี ซึ่งหากกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนดังกล่าวไม่ได้รับการดูแลจาก อสม. อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยพิการและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมและลดระดับความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตระหนักต่อโรค การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วม และต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้² และหากมีสื่อสุขภาพที่เข้าถึงประชาชนที่เข้าใจง่าย ใช้ง่าย จะส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้ถึงความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ดีขึ้น ดังนั้นระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง² โดยเครื่องมือที่เรียกว่า “สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) โมเดล 2022” ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการเฝ้าระวัง คัดกรองและสร้างสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. 3 ลด คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน เพื่อลดความรุนแรงของโรค และจัดระดับความรุนแรงของโรคด้วยการเทียบกับป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิตเจ็ดสี เพื่อจัดแบ่งประชาชนออกเป็น สีขาว (กลุ่มปกติ) สีเขียวอ่อน (กลุ่มเสี่ยง) สีเขียวเข้ม (กลุ่มควบคุมได้) สีเหลือง (กลุ่มป่วยไม่รุนแรง) สีส้ม (กลุ่มป่วยรุนแรงปานกลาง) สีแดง (ป่วยรุนแรง) และสีดำ (กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน) เพื่อเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพ ป้องกันไม่ให้เพิ่มรายใหม่ (สีเหลือง) ลดความรุนแรงของโรคจากสีแดงให้เป็นสีส้ม สีเหลือง และสีเขียวเข้ม รวมทั้งลดความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มสีแดงไม่ให้มีโรคแทรกซ้อน (สีดำ)⁴

ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเจ้าหน้าที่ด่านหน้าที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งต้องการพัฒนาศักยภาพให้มีบทบาทในการเป็นผู้นำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ สื่อสารการเฝ้าระวัง การป้องกันโรค และการควบคุมโรค⁵ ซึ่งกลวิธีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ที่สำคัญควรสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสร้างสุขภาพเชิงรุก สภาพการณ์และแนวโน้มในปัจจุบันมีจุดเน้นให้ผู้เรียนเป็นผู้แสวงหาความรู้ และมีส่วนร่วม ซึ่งเรียกว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ที่เน้นผู้เรียนหรือ อสม.เป็นศูนย์กลาง กระตุ้น ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ทำความเข้าใจ ผึกทักษะและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ตรงกับบริบทมากขึ้น^{6,7} โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีความรู้ข้อมูลความต้องการทางสังคม ซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดการสร้างพลังที่

หลากหลาย ส่งผลต่อประสิทธิภาพของทีม ด้วยการนำประสบการณ์ ศักยภาพของแต่ละบุคคลทั้งความเหมือนและความต่างมาผสมผสานกัน โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่มที่เน้นความร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จากกระบวนการคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ⁸ ซึ่งการนำ สบช.โมเดล มาใช้จัดระดับความรุนแรงของโรค ด้วยการเทียบกับป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิตเจ็ดสี ทำให้ อสม. มีความเข้าใจที่ชัดเจน และรับทราบแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมต่อระดับความรุนแรงของโรค พัฒนาศักยภาพ ทักษะ และมีแนวทางเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำไปส่งต่อข้อมูลและดูแลสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนได้ ดังนั้น อสม. ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. โดยการผสมผสานกิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับเครื่องมือ “สบช. โมเดล 2022”⁴ จะทำให้ อสม. มีการพัฒนาแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เกิดความเชื่อมั่นและมีพลังอำนาจในการพัฒนาตนเอง ช่วยให้การปฏิบัติงานเชิงรุกในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การมีส่วนร่วมนี้ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาและพร้อมที่จะดำเนินการแก้ไขด้วยตนเอง มีความเป็นเจ้าของต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืนและสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล 2022 ต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ โรคหลอดเลือดสมอง เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดนี้ ผู้วิจัยสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์จากแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning : PL)⁸ เป็นวิธีการเรียนรู้ที่เน้น การจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย สมาชิกแต่ละคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ PL ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประสบการณ์ 2) ขั้นสะท้อนคิด 3) ขั้นอภิปราย และ 4) ขั้นสรุปความคิดรวบยอด โดยนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

ร่วมกับแนวคิดป้องกันปัจจัยเสี่ยงของวิชัย เทียนถาวร หรือ สบช.โมเดล 2022⁴ ซึ่งเป็นแนวคิดการเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. 3 ลด คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ และลดอ้วน เพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งการนำ สบช.โมเดล มาพัฒนาศักยภาพของ อสม. ร่วมกับ PL จะทำให้ อสม.มีความเข้าใจที่ชัดเจนและรับทราบแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมต่อระดับความรุนแรงของโรค พัฒนาความรู้ ทักษะ และมีแนวทางเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนได้

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล 2022

กิจกรรมที่ 1 ขั้นประสบการณ์ : แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 2 ขั้นสะท้อนคิด : สะท้อนคิดสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองด้วย สบช.โมเดล รายบุคคลและรายกลุ่ม

กิจกรรมที่ 3 ขั้นอภิปราย : อภิปรายสัญญาณเตือนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วย สบช.โมเดล

กิจกรรมที่ 4 ขั้นสรุปความคิดรวบยอด : โรคหลอดเลือดสมองป้องกันได้ ด้วย แนวคิดสร้างสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. 3 ลด และ สบช.โมเดล ติดตาม กระตุ้น ส่งเสริม (กิจกรรมที่ 2-4) รายบุคคล สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 10 รายกลุ่ม สัปดาห์ที่ 12

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
2. เจตคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 17 ตำบลของอำเภอหนึ่ง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 876 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยคำนึงถึงขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบโปรแกรมฯ คล้ายคลึงกัน⁹ โดยใช้ค่าอิทธิพลปานกลาง ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม กำหนดอำนาจทดสอบ⁶ (power of test) ที่ .70, ค่าความเชื่อมั่น (α) = .05 และ ขนาดอิทธิพล (effect size) = .80¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 รายต่อกลุ่ม เพื่อป้องกัน

การสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้กลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน รวมเป็น 70 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงจับฉลากเพื่อเลือก อสม. 2 ตำบล เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็น อสม. มาอย่างน้อย 6 เดือน 2) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป 3) อายุ ไม่เกิน 60 ปี 4) อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 5) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม เช่น เกิดภาวะเจ็บป่วย และ 2) ขอดอนตัวออกจากการวิจัย หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ไม่มี อสม. ถูกคัดออกหรือถอนตัวจากโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1) โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบข. โมเดล 2022 โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 4 ชั้น ตามแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบข. โมเดล

กิจกรรมที่ 1 ชั้นประสบการณ์ ประกอบด้วยกิจกรรมกระตุ้นให้ อสม. นำ ประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ นำเสนอประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 3 ชม.

กิจกรรมที่ 2 ชั้นสะท้อนคิด ประกอบด้วยกิจกรรมสะท้อนคิดสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองด้วย สบข. โมเดล รายบุคคลและรายกลุ่ม กระตุ้น ให้ อสม. ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันโดยใช้หลัก 3อ3ลด ฝึกปฏิบัติการวัดความดันโลหิต เส้นรอบเอว การคำนวณ BMI ใช้เวลา 3 ชม.

กิจกรรมที่ 3 ชั้นอภิปราย ประกอบด้วยกิจกรรมอภิปรายสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือด การประเมินผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตามหลัก FAST (F = Face ปากเบี้ยว A = Arms แขนขาอ่อนแรง S = Speech ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด พูดลำบาก T = Time ระยะเวลาเกิดอาการ) การตัดสินใจมาพบแพทย์ และการนำส่งผู้ป่วยด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้เวลา 3 ชม.

กิจกรรมที่ 4 ชั้นสรุปความคิดรวบยอด ประกอบด้วยกิจกรรม โรคหลอดเลือดสมองป้องกันได้ ด้วยแนวคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย สบข. โมเดล การประเมินความเสี่ยง 3อ3ลด การตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมมอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปิงปองจราจรชีวิตเจ็ดสี สบข. โมเดล 2022 ใช้เวลา 3 ชม.

สัปดาห์ที่ 2, 4, 10 ติดตาม กระตุ้น ส่งเสริม โดยทำกิจกรรมที่ 2-4 รายบุคคลซ้ำอีกครั้ง ผ่านไลน์กลุ่มโทรศัพท์ และพบที่ รพ.สต. ด้วยสื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สบข. โมเดล (ใช้เวลา 30-45 นาที/ราย/สัปดาห์)

สัปดาห์ที่ 12 นัดพบ อสม. กลุ่มทดลอง ณ ห้องประชุม รพ.สต. สรุปความคิดรวบยอด โรคหลอดเลือดสมองป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยสบข. โมเดล 2022 ติดตาม กระตุ้น ส่งเสริม สรุปความคิดรวบยอด ด้วย สบข. โมเดล 2022 โดยทำกิจกรรม ที่ 3 และ 4 รายกลุ่มซ้ำอีกครั้ง ใช้เวลา 3 ชม.

สัปดาห์ที่ 13 ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

2) คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปิงปองจราจรชีวิตเจ็ดสี เป็นเอกสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดระดับความรุนแรงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงของโรค โดยโปรแกรมและคู่มือผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา มีค่า Content validity เท่ากับ 0.97

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการเป็น อสม. การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกรมควบคุมโรค¹¹ มีข้อคำถาม 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน มีข้อความเชิงลบ 4 ข้อ แปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์¹² ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (15-18 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.00 – 79.99 (10-14 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 0.00 – 49.99 (0-9 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับควรปรับปรุง คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.96 และมีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน 20 ได้ 0.78

ส่วนที่ 3) เจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดยผู้วิจัย มีจำนวน 10 ข้อ มีข้อความเชิงลบ 2 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน (5) มากที่สุด (4) มาก (3) ปานกลาง (2) น้อย (1) น้อยที่สุด แปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์¹² คือ คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป (40-50 คะแนน) หมายถึง มีเจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (30-39 คะแนน) หมายถึง เจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (5-29 คะแนน) หมายถึง เจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ 0.98

ส่วนที่ 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการต้านทานการเกิดโรค
5 ข้อ ด้านการต้านทานความชุกของโรค 9 ข้อ เป็นมาตร
ประมาณค่า 4 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติบ่อย
ที่สุด 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อย 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 1
คะแนน ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน คะแนนรวม 0-56 คะแนน
แปลผลคะแนน 3 ระดับ 12 ร้อยละ 80 ขึ้นไป (45-56 คะแนน)
มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (34-44 คะแนน) มีพฤติกรร
มการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-33 คะแนน) มีพฤติกรร
มการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่น
โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ 0.95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรมและความถูกต้อง โดยโครงการ
วิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หมายเลข
PCKPB REC 03/2565 ลงวันที่ 24 มกราคม 2565 ผู้วิจัย
แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของ
กิจกรรมและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนลงนามยินยอม
และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบ
ถึงความสามารถถอนตัวได้ทุกกรณี โดยไม่ผลกระทบบใดๆ ข้อมูล
ถือเป็นความลับ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและ
ใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย
ประสานงานพื้นที่ขอข้อมูลรายชื่อคัดเลือก อสม. แบบเฉพาะ
เจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดำเนินการเก็บรวบรวม
ข้อมูลในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบ อสม. ก่อน
ดำเนินการทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา
การพิทักษ์สิทธิ และลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธ
การเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไป และทำ
แบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลา 10 นาที โดยผ่าน

คิวอาร์โค้ดที่ส่งให้ทางไลน์กลุ่ม อสม. หลังจากนั้นนัดหมาย
ดำเนินกิจกรรม ณ ห้องประชุม รพ.สต. ตามโปรแกรม
คือ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1-4 กิจกรรมละ 3 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 2,4 และ 10 ติดตาม กระตุ้น ส่งเสริมด้วย สบช.
โมเดล 2022 รายบุคคล ใช้เวลา 30-45 นาที สัปดาห์ที่ 12
ติดตาม กระตุ้น ส่งเสริม สรุปความคิดรวบยอดด้วย สบช.โมเดล
2022 รายกลุ่ม ใช้เวลา 3 ชม. สัปดาห์ที่ 13 ตอบแบบสอบถาม
หลังการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากยินยอม สัปดาห์ที่ 1 ให้
อสม.ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง และในสัปดาห์ที่ 13
ผู้วิจัยจะติดต่อท่านผ่านทางไลน์กลุ่ม อสม.หรือพบตัวต่อตัว
ณ รพ.สต. และให้ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง และ
มอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 303ลด
(สบช.โมเดล 2022)

วิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์หาค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคุณลักษณะ
กลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Independent-test หรือ Chi-Square
หรือ Fisher exact test ตรวจสอบการกระจายของข้อมูล
โดยใช้ Kolmogorov – Smirnov Test¹³ เปรียบเทียบ
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และพฤติกรร
มการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการเข้าร่วม
โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม
สัมพันธ์กัน ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test และเปรียบเทียบ
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติด้านการ
ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent sample
t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน ร้อยละ 54.29
เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 62.64 ร้อยละ 58.57 จบการศึกษา
ระดับประถมศึกษา และระยะเวลาที่ อสม. อยู่ในช่วง 5-10 ปี
ร้อยละ 44.29 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของ อสม. กลุ่มทดลอง (N = 35) และกลุ่มเปรียบเทียบ (N = 35)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		รวม		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	17	48.57	15	42.86	32	45.71	.116 ^{ns}
หญิง	18	51.43	20	57.14	38	54.29	
อายุ							
31-40	10	28.57	10	28.57	20	28.57	.635 ^{ns}
41-50	13	37.14	14	40.00	27	38.57	
51-60	12	34.29	11	31.43	23	32.86	
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	12	34.29	16	45.71	28	40.00	.471 ^{ns}
มัธยมศึกษา	16	45.71	14	40.00	30	42.86	
ปวส./ปวช.	7	5.71	5	14.29	12	17.14	
ระยะเวลาที่เป็น อสม.							
น้อยกว่า 5 ปี	12	34.29	13	37.14	25	35.71	.865 ^{ns}
5-10 ปี	16	45.71	15	42.86	31	44.29	
มากกว่า 10 ปี	7	20.00	7	5.71	14	20.00	

*Chi-square test p = value <.05 ns = non-significant

จากตารางที่ 1 ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ของอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ในส่วนของเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็น อสม. การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	p-value*
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	10.24	5.50	16.75	6.75	-4.65	.001
เจตคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	32.75	4.11	45.35	5.32	-3.78	.01
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	52.76	6.16	78.15	8.75	-7.72	.001

*p-value <.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เจตคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง (n = 70)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		Independent t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10.24	5.50	11.85	5.20	-1.82	.573
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	16.75	6.75	12.13	6.23	-4.52	.000*
เจตคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
ก่อนการทดลอง	32.75	4.11	31.75	4.02	-1.75	.421
หลังการทดลอง	45.35	5.32	32.13	4.23	-2.86	.000*
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
ก่อนการทดลอง	52.76	6.16	51.23	7.02	-2.56	.725
หลังการทดลอง	78.15	8.75	52.75	6.85	-7.62	.000*

*p-value <.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษามูลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช. โมเดล 2022 ต่อความรู้ เจตคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของ อสม. ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 และ 2 ที่ตั้งไว้ กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติในการป้องกันและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ อสม.ที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ อสม. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า

กลุ่มทดลองมีความรู้และเจตคติในการป้องกันและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสนับสนุนการใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม เนื่องจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการจัดกิจกรรมที่เน้น การจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ สมาชิกแต่ละคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ตามองค์ประกอบของ Participatory Learning^{8,14} ที่เน้นการตั้งประสบการณ์ การสะท้อนความคิด การอภิปราย การสรุปความคิดรวบยอด เพื่อประยุกต์แนวคิดนำไปใช้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจเลือกบทเรียนที่ต้องการเรียนรู้ในลักษณะกลุ่ม หรือศึกษาด้วยตนเอง อสม.ร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ทุกขั้นตอน ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในขั้นที่ 1 ของโปรแกรม ฝึกปฏิบัติการวางแผนการทำกิจกรรม ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการวัดความดันโลหิตและการบันทึก การเลือกรับประทานอาหาร การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์และความเครียด ในขั้นที่ 3 และ 4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ที่ใช้การเรียนรู้ร่วมกันด้วย Peer training พัฒนาศักยภาพ อสม. ในชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพป้องกันโรคหัวใจ

จากการที่ อสม.มีส่วนร่วมในกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้ อสม.ค้นพบตนเอง เข้าใจความต้องการและทราบถึงระดับความสามารถของตนเอง ถามตอบในประเด็นที่เรียนรู้ร่วมกันร่วมกับขั้นที่ 2 ที่ใช้การสะท้อนคิด ทำให้เกิดการกระตุ้นให้ อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้และเจตคติเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง¹⁶ ซึ่งในการทำงานชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคคลสำคัญในการดำเนินงานร่วมกับทีมสุขภาพ คือ อสม. มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารคัดกรอง เฝ้าระวังส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และควบคุมโรค อสม.บางส่วนมีข้อจำกัดในการทำงาน เช่น การขาดความเชื่อถือในความรู้ความสามารถ จึงทำให้ได้รับความร่วมมือน้อย อสม.จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากสื่อต่างๆ ซึ่งความรู้ที่ อสม. ได้รับเป็นความรู้แบบทางเดียว¹⁴⁻¹⁶ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ¹⁷ ที่พบว่าการให้ความรู้ และการสอนในปัจจุบันควรให้ผู้เรียนเป็นผู้แสวงหาความรู้และมีส่วนร่วม ซึ่งการให้ความรู้และการอบรมตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เน้นที่ อสม. เป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้ อสม.เกิดกระบวนการเรียนรู้ทั้งด้านความรู้ เจตคติและทักษะ ทำให้สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ดีขึ้น¹⁸

นอกจากนี้กิจกรรมขั้นที่ 1 ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ด้วยกระบวนการกลุ่ม ซึ่งถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่มส่งผลให้เกิดความร่วมมือ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สร้างทักษะและกระบวนการคิด วิเคราะห์ และนำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้คะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษา¹⁹ ที่พบว่าระดับความสามารถ ของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น หลังจากได้รับการพัฒนาทักษะตามโปรแกรมที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะรายบุคคล และการสาธิตย้อนกลับ นอกจากนี้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ สร้างแรงจูงใจด้วยการใช้คำพูดที่เหมาะสมจากวิทยากรและเพื่อน อสม. ด้วยกันจึงเป็นการส่งเสริมเจตคติ

ประสบความสำเร็จจากการฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต การวัดเส้นรอบเอว การคำนวณดัชนีมวลกาย การคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง และการประเมินอาการและอาการแสดงของหลอดเลือดสมอง ตามโปรแกรมในขั้นสะท้อนคิดช่วยสื่อสารจูงใจให้ อสม. เห็นความสำคัญในการปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ3ลด มีการชมเชยให้กำลังใจเมื่อทำได้ถูกต้อง จากการสังเกตขณะทำกิจกรรม พบว่าในกิจกรรมชั่วโมงแรก พบว่า อสม. ยังไม่กล้าแสดงออก ตอบคำถาม หรือแสดงความคิดเห็น วิทยากรชื่นชมให้กำลังใจ ทำเป็นตัวอย่างการปฏิบัติ ทำให้ อสม.มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น กล้าแสดงความคิดเห็น สอบถามกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น และมีการสรุปความคิดรวบยอดหลังทำกิจกรรมทุกครั้ง ทำให้ อสม.เพิ่ม การจดจำในประเด็นที่สำคัญ ส่งผลให้เกิดการนำไปปฏิบัติ ในสิ่งที่ถูกต้องตามสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน²⁰

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล อสม. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และเจตคติในการป้องกันและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากเนื้อหาการอบรมตามโปรแกรมเกิดจากการที่ อสม. มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาสุขภาพของชุมชนจากการประชุมคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพของชุมชน ทำให้เนื้อหาและการเรียนรู้ตามโปรแกรมตอบสนองความต้องการของ อสม. ทำให้ อสม. ตั้งเป้าหมายการพัฒนาศักยภาพได้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของตนที่ว่าด้วยการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ และการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้คะแนนเจตคติ ความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้อง²⁰ ที่ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ส่งผลให้ อสม.มีความรู้และการปฏิบัติในระดับดีเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษา³ ที่พัฒนาสมรรถนะของ อสม. โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันและลดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น อสม.ทุกคนผ่านการประเมินผลความรู้และทักษะต่างๆ และโปรแกรมมีการติดตาม ส่งเสริม และกระตุ้นซ้ำ ผ่านกิจกรรมที่ 2-4 เป็น รายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง และรายกลุ่ม 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 12 ทำให้ อสม. กลุ่มทดลอง มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนส่งผลให้เกิดการตอบสนอง

ความต้องการตามบทบาทหน้าที่ของตนเองในการจัดการสุขภาพชุมชน^{21,22} จึงเรียนรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง เฝ้าระวัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย สบช.โมเดล ไปสู่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง ทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้และเจตคติในการป้องกันและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มความสามารถของตนในการทำงานและนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้งานได้ทันที แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล ช่วยเสริมสร้างความรับผิดชอบและตระหนักถึงปัญหาสุขภาพในชุมชน ด้วยเจตคติ ความรู้ และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรม นอกจากนี้ ส่งเสริมให้เกิดการยอมรับ แสวงหาวิธีพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของตนเอง เพื่อนำไปส่งต่อข้อมูลและดูแลสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. บุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมนี้อไปประยุกต์ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนหรือกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ
2. หน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมไปจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่เน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในความดูแลด้วย สบช.โมเดล โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้สามารถปรับกิจกรรมให้มีความสอดคล้องกับเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพเทคโนโลยีและบริบทของหน่วยบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล 2022 มีการติดตามกระตุ้นเพียง 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 10 อาจทำให้เกิดข้อจำกัดด้านความคงทนของความรู้ ดังนั้นควรเพิ่มการติดตาม กระตุ้น ส่งเสริมรายบุคคลทุกสัปดาห์ และมีการทบทวนตามโปรแกรมรายกลุ่มเพิ่ม ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 และ 12 เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ผักหักกระสร้างเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพประชาชนในความรับผิดชอบตามบทบาทของ อสม.

References

1. Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. Strategic Plan for Prevention and Control of Non-communicable diseases at the national level for 5 years (2017-2020). 2017. Nonthaburi: The company Emotion art Co.Ltd. (in Thai)
2. Nilnate N. Risk Factors and Prevention of Stroke in Hypertensive Patients. Journal of the Royal Thai Army Nurses.2019;20(2): 51-57. (In Thai)
3. Chiangpiew N, Boonchieng W, Aungwattana S. Effects of Participatory Learning Regarding Stroke Prevention on Knowledge and Self-efficacy among Village Health Volunteers. Nursing Journal.2018; 45(1), 87-99. (In Thai)
4. Thianthavorn V, Chuenkongkaew W, Tanwatanakul V. Research Development and Health Innovations for the Health Promotion and Prevention for Non-Communicable Diseases (NCDs) under the Project to Build Healthy Communities with the PRBR Model 2022: 1 College, 1 Community in Honor of H.M. King Maha Vajiralongkorn Phra Vajiraklaochaoyuhua (2022 -2024). Thai Journal of Public Health and Health Sciences.2022; 5(2), 2651-1711. (In Thai)
5. Pitthayapong S. Situations, Problems, and Barriers of Post-Stroke Care in the Transitional Period from Hospital to Home. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018;11(2):26-39 (In Thai)
6. Petmaneechote K, Pongpumma L, Arunkeeree A, Taowalanon P. Effectiveness of Participatory Learning Program on Knowledge and Practice of Village Health Volunteers for Taking Care of Hypertension Patients. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2021;31(3):28-41. (In Thai)
7. Arin S, Tamdee D, Aungwattana S. Effect of the Participatory Learning Program on Foot Ulcer Prevention Among Uncontrolled Type 2 Diabetic Persons in Community. Nursing Journal. 2021;48(4):121-33. (In Thai)

8. Domínguez R.G. Participatory Learning. In: Seel N.M. (eds) Encyclopedia of the Sciences of Learning. Springer, Boston, MA. 2012
9. Sanprasan, P, Wattradul, D, Jamsomboon, K, Puapairoj, V, Techangkul, L, Yuyuen, Y. Effects of Health Volunteer's Capacity Building based on Participating Learning Program on Knowledge and Skill of Caring Patients with Cardiovascular Disease and a Risk Group of Cardiovascular Disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2015;26(1):119-32. (In Thai)
10. Cohen, J. Statistical power analysis. Current directions in psychological science, 1992; 1(3), 98-101.7: e1332-e1345
11. Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control Strategic Plan for Prevention and Control of Non-communicable diseases at the national level for 5 years (2017-2020). 2017 Nonthaburi: The company Emotion art Co.Ltd. (In Thai)
12. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. 1971. New York: McGraw-Hill.
13. Pallant, J. SPSS Survival Manual: A Step By Step Guide to Data Analysis Using SPSS Program (6thed.). 2016; London, UK: McGraw-Hill Education.
14. John A, Gopalakrishnan R, Javed R. Reflections on use of participatory methods in the capacity building program for tribal community health volunteers. Indian Journal of Community Health. 2015;27(2):290-4.
15. Josiah Willock R, Mayberry RM, Yan FX, Daniels P. Peer training of community health workers to improve heart health among African American women. Health Promot Pract 2015; 16(1):63-71.
16. Kim K, Choi JS, Choi E, Nieman CL, Joo JH, Lin FR, et al. Effects of community-based health worker interventions to improve chronic disease management and care among vulnerable populations: A systematic review. Am J Public Health 2016; 106(4):e3-e28.
17. Rodriguez NM, Casanova F, Pages G, Claire L, Pedreira M, Touchton M, et al. Community-based participatory design of a community health worker breast cancer training intervention for South Florida Latinx farmworkers. PLoS One 2020; 15(10):e0240827.
18. Mistry SK, Harris E, Harris M. Community health workers as healthcare navigators in primary care chronic disease management: A systematic review. J Gen Intern Med. 2021; 36(9):2755-71.
19. Karuhadej P, Popijan M, Danpradit P. Effectiveness of increase health volunteer ability program in basic care for the dependent elderly in the communities, Nakhon Pathom Province, Thailand. J Heal Res. 2019; 33(3):219-27 (In Thai)
20. Mishra A, Singh AK, Parida SP, Pradhan SK, Nair J. Understanding Community Participation in Rural Health Care: A Participatory Learning and Action Approach. Front. Public Health. 2022; 10:860792.
21. Werfalli M, Raubenheimer PJ, Engel M, Musekiwa A, Bobrow K, Peer N, et al. The effectiveness of peer and community health worker-led self-management support programs for improving diabetes health-related outcomes in adults in low- and middle-income countries: A systematic review. Syst Rev 2020; 9(1):133-143.
22. Koshakri R, Kasemsuk W, Rerkluenrit S. The outcomes of program for improvement of Health Volunteer's Ability in Educational Home Visit for Diabetes People without Complication in Communities. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(1):141-147. (In Thai)