ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดสิงห์บุรี

Effects of an Educational Program on Illness Perception and Emergency Symptom Management among Individuals at Risk for Stroke at Health-Promoting Hospital, Sing buri Province; Thailand.

(Received: June 3,2026 ; Revised: June 8,2026 ; Accepted: June 11,2026)

ขนิษฐา วงษ์สด[1] พัชรา สาดตระกลูวัฒนา[2] ผาสุก มั่นคง[3] วรรณา กุลหกูล[4]
Kanitta Wongsod[1] Patchara Sadtragoolwattana[2] Phasuk Mankhong[3] Wanna Kulhakul[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและ การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ดำเนินการศึกษา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพกรวม จังหวัดสิงห์บุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.85–0.89 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (paired t-test) และสถิติทีแบบกลุ่มอิสระ (independent t-test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย = 92.87, SD = 8.14 เทียบกับ 85.63, SD = 11.92; t(29) = 2.04, p < .05) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ค่าเฉลี่ย = 9.64, SD = 1.79 เทียบกับ 7.82, SD = 1.15; t(29)= 2.23, p < .05) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95.28, SD = 10.37 เทียบกับ 83.42, SD = 9.88; t(58) = 3.12, p < .05) และการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ระดับปานกลาง (r = .46, p<.001)

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมความรู้, การรับรู้การเจ็บป่วย, การจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of an educational program on illness perception and emergency symptom management among individuals at risk for stroke. The study was conducted at the chronic disease clinic of a subdistrict health-promoting hospital in Singburi Province, Thailand, between February and May 2025. Sixty participants were recruited using purposive sampling and randomly assigned to an experimental group (n = 30) or a control group (n = 30). The research instruments included the Stroke Illness Perception Questionnaire and the Emergency Symptom Management Questionnaire for Stroke. Content validity assessed by three experts yielded item–objective congruence (IOC) values ranging from 0.85 to 0.89. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) were 0.82 and 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and Pearson's product–moment correlation coefficient at a significance level of .05.

1 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม
2 พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร
3 พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร
4 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม

The results showed that after participating in the program, the experimental group had significantly higher illness perception scores after the intervention than before the intervention (Mean = 92.87, SD = 8.14 vs. Mean = 85.63, SD = 11.92; t(29) = 2.04, p < .05). Emergency symptom management scores also significantly increased after the intervention (Mean = 9.64, SD = 1.79 vs. Mean = 7.82, SD = 1.15; t(29) = 2.23, p < .05). In addition, post-intervention comparisons indicated that the experimental group had significantly higher scores than the control group (t(58) = 3.12, p < .05). Illness perception was moderately and positively correlated with emergency symptom management (r = .46, p < .001).

Keywords: educational program, illness perception, emergency symptom management, stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในระยะยาว จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้น ๆ ของโลก โดยในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 93 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 12 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรประมาณ 1 ใน 4 ของโลกมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต[1] สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสำคัญในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ [2,3]

ในบริบทของจังหวัดสิงห์บุรี พบว่าการเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ภายในระยะเวลาทองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.10 เป็นร้อยละ 72.70 อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับการที่ประชาชนสามารถรับรู้อาการเริ่มต้นของโรคและเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด หรือเดินเซ มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และจำเป็นต้องได้รับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก โดยการศึกษาหลายฉบับพบว่าประชาชนจำนวนมากยังไม่สามารถรับรู้อาการเตือนได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชน มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพกรวม จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่ามีผู้รับบริการจำนวน 3,604, 3,611 และ 3,644 ราย ตามลำดับ และมีกลุ่มเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 34.32, 29.30 และ 34.39 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าประชากรในพื้นที่ยังคงมีภาวะเสี่ยงในสัดส่วนที่สูงและต่อเนื่อง การเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วภายหลังการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบุว่าการรับรู้และตอบสนองต่ออาการเตือนของโรคอย่างรวดเร็ว เช่น อาการหน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง หรือพูดไม่ชัด เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา[4,5]

การรับรู้การเจ็บป่วย (illness perception) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการตัดสินใจในการแสวงหาการรักษาของบุคคล ตามแนวคิดการกำกับตนเองด้านสุขภาพ (self-regulation model) การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีผลต่อการตีความอาการ การประเมินความรุนแรงของโรค และการตัดสินใจในการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น หากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเตือนอย่าง

ถูกต้อง จะช่วยให้เกิดการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งช่วยส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยหลายการศึกษาพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน เพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค และส่งเสริมพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดอาการผิดปกติ[7]

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในประชากรทั่วไป ขณะที่การศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาการรับรู้การเจ็บป่วยร่วมกับความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนั้นจึงยังคงมีช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้การเจ็บป่วยควบคู่กับการพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะเสี่ยง การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้

2. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกของ Leventhal[8] ได้อธิบายว่าเมื่อเกิดภาวะคุกคามต่อสุขภาพ หรือ เกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะมีรูปแบบการจัดการตนเองหรือมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลนั้น โดยรวบรวมข้อมูล ที่ได้มาคิดวิเคราะห์ และตีความให้ความหมายการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกิดเป็นการรับรู้การเจ็บป่วย

ของตนเอง ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลต่อโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการประเมินอาการและการตัดสินใจในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ในการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ถูกออกแบบเพื่อพัฒนาการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้อาการ สาเหตุของโรค ระยะเวลา ผลกระทบ และการควบคุมโรค โดยคาดว่าการเพิ่มขึ้นของการรับรู้การเจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้เข้าร่วมสามารถประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง และนำไปสู่การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 1,265 คน โดยกำหนดเกณฑ์ความเสี่ยงตามแนวทาง 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke ของ American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA, 2024) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ (AHA/ASA, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม โดยคัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้:

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ AHA/ASA (2024)
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้
3. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอม

เกณฑ์การคัดออก

1. มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือการรับรู้
2. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 โดยกำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 สำหรับการทดสอบ independent t-test ซึ่งใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ทำให้มีขนาด กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จากนั้นจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยพิจารณาตามลำดับการเข้ารับบริการ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ

โดยผู้วิจัยพยายามควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common Sense Model of Illness Representation) ของ Leventhal[9] เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรค

หลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของโรค อาการเตือนของโรค (เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว ตามหลัก FAST) ความรุนแรงและผลกระทบของโรค แนวทางการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสม การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) รูปแบบการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจำลองสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การสะท้อนคิด(reflection) การซักถามและสรุปเนื้อหา ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 45 นาที

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และได้ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงจำนวน 10 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของระยะเวลา และรูปแบบการดำเนินกิจกรรม และได้นำผลที่ได้มาปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ครอบคลุมองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย ได้แก่ อาการของโรค สาเหตุของโรค ระยะเวลาการดำเนินโรค การควบคุม/การรักษา ผลกระทบของโรค จำนวน 41 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวมยิ่งสูงแสดงถึงการรับรู้การเจ็บป่วยที่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การรอดูอาการ การดูแลตนเอง การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การแสวงหาการรักษา จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–11 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการจัดการอาการที่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.85–0.89 และทดสอบโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย = 0.82 แบบสอบถามการจัดการอาการฉุกเฉิน = 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 2 กุมภาพันธ์ ถึง 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง: pre-test)

ดำเนินการในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 08.00–10.00 น. ภายหลังการคัดกรองและตรวจวัดสัญญาณชีพ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน

ครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง: post-test)

ดำเนินการในวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด (ระยะห่าง 16 สัปดาห์) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินแก่กลุ่มควบคุม เพื่อประโยชน์ด้านจริยธรรมในการวิจัย

กลุ่มทดลอง (เริ่มตั้งแต่ 2 กุมภาพันธ์ ถึง 25 พฤษภาคม 2568 เวลา 10.00-12.00 น.)

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยดำเนินกิจกรรมในช่วงเวลา 10.00–12.00 น. และเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง: pre-test)

ดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

การดำเนินโปรแกรม

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน

2. การอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมสร้างความเข้าใจ

3. การจำลองสถานการณ์ (simulation) ภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจและการจัดการอาการ

4. การสะท้อนคิดและซักถาม (reflection) เพื่อทบทวนความรู้และสร้างความมั่นใจ

ครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง: post-test)

ดำเนินการในวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 (ระยะเวลา 16 สัปดาห์หลังการทดลอง) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (paired t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีแบบกลุ่มอิสระ (independent t-test)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product–moment correlation coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยชินวัตร (เลขที่ IRB 2025/41) กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลถูกรวบรวมโดยความสมัครใจและเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ผลการ

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีจำนวนผู้หญิง และผู้ชายใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมมีเพศชายจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) เพศหญิงจำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) และกลุ่มทดลองเพศชายจำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) เพศหญิงจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 62.40 ปี (SD = 8.15) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 62.40 ปี (SD = 8.15) ระดับการศึกษา ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา กลุ่มควบคุม จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) กลุ่มทดลอง 20 คน (ร้อยละ 66.7) โรคประจำตัวกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปจำนวนใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุม จำนวน18 คน (ร้อยละ 60.0) และกลุ่มทดลองจำนวน 19 คน (ร้อยละ 60.3) ประวัติครอบครัวโรคหัวใจ/หลอดเลือดกลุ่มควบคุมมีจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) กลุ่มทดลอง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) ประวัติการสูบบุหรี่ทั้ง 2 กลุ่มมีผู้ที่มีประวัติสูบบุหี่เท่ากันคือ 2 คน (ร้อยละ 6.7) สำหรับประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) พบว่าส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับยา

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในทุกตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และประวัติการสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันและมีความเหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบผลของการทดลอง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้วยสถิติทีแบบไม่อิสระ (paired t-test) *(n=30)*

ผลลัพธ์	ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (n=30)		หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (n=30)		t(29)	p-value	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับรู้การเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	85.63	11.92	92.87	8.14	2.04	.049	0.37
การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง	7.82	1.15	9.64	1.79	2.23	.034	0.41

*$p < 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ (Mean = 92.87, SD = 8.14) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 85.63, SD = 11.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 2.04$, $p = .049$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's d = 0.37) ในทำนองเดียวกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม (Mean = 9.64, SD = 1.79) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 7.82, SD = 1.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29)$

= 2.23, p = .034) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's d = 0.41)

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้สามารถเพิ่มระดับการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม *(n=60)*

การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มควบคุม (*n*=30)		กลุ่มทดลอง (*n*=30)		t(58)	p-value	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนทดลอง (pre-test)	82.13	10.94	84.57	11.83	0.82	0.42	.21
หลังทดลอง (post-test)	85.30	9.60	95.20	8.70	4.19	<.001	1.08

*p < 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mean = 84.57, SD = 11.83) และกลุ่มควบคุม (Mean = 82.13, SD = 10.94) โดยไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.82, df = 58, p = .42) และมีขนาดอิทธิพลระดับเล็ก (Cohen's d = 0.21) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความเท่าเทียมกันก่อนการทดลอง

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mean = 95.20, SD = 8.70) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 85.30, SD = 9.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.19, df = 58, p = .001) และมีขนาดอิทธิพลระดับสูง (Cohen's d = 1.08)

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้การเจ็บป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญและมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง

2.3 คะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) *(n=60)*

การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มควบคุม (*n*=30)		กลุ่มทดลอง (*n*=30)		t(58)	p-value	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนทดลอง (pre-test)	5.78	2.10	6.12	2.40	0.57	0.57	0.15
หลังทดลอง (post-test)	7.83	1.30	9.46	1.72	4.08	.001	1.05

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการศึกษาพบว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(58) = 0.57, p = .57) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ใน

ระดับเล็ก (Cohen's d = 0.15) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความสามารถใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(58) = 4.08, p = .001) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (Cohen's d = 1.05) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้มีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) (*n*=60)

ตัวแปร	r	p-value
การรับรู้การเจ็บป่วย กับ การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง	.46	< .001

P < .001

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .46, p < .001) แสดงว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อาการ สาเหตุ ผลกระทบ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับที่สูงขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้สามารถเพิ่มระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และแนวทางการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มมากขึ้น การให้ความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมการตัดสินใจด้านสุขภาพของบุคคลได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhong et al.[9] ที่พบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lecouturier et al. [7] ที่พบว่าโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามารถเพิ่มระดับความรู้และ ความตระหนักเกี่ยวกับโรคในประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dharmasaroja and Uransilp[10] ที่รายงานว่าการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในประชากรกลุ่มเสี่ยงมี

ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันโรคและการเข้าถึงการรักษาอย่างทันท่วงที

ประการที่สอง ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้สามารถเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถจดจำอาการเตือนของโรคและตัดสินใจตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม เช่น การตระหนักถึงอาการตามหลัก FAST (Face, Arm, Speech, Time) และการติดต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้การมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคสามารถช่วยให้บุคคลรับรู้ถึง ความรุนแรงของอาการและตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้อง กับการศึกษาของ Sposito et al.[10] ซึ่งพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้หลัก FAST สามารถเพิ่มความสามารถของผู้เข้าร่วมในการระบุอาการของโรคและเพิ่มความตั้งใจในการติดต่อระบบบริการฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนยังพบว่าโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มความตระหนักรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่รายงานว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น การศึกษาบางงานเกี่ยวกับการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนพบว่า แม้ว่าความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจะเพิ่มขึ้น แต่พฤติกรรมการเข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างรวดเร็วอาจยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเชื่อทางวัฒนธรรม และการสนับสนุนจากครอบครัว

ประการสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการเตือนของโรคมากขึ้น จะมีแนวโน้มที่จะสามารถประเมินอาการและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งอาจช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสม และลดความรุนแรงของโรคในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉินและการเข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างทันท่วงที[9]

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้การเจ็บป่วยและพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือในชุมชนอาจช่วยเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว และช่วยลดความสูญเสียจากโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพยาบาลและบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.1 สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2 สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินการรับรู้โรคและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรค

หลอดเลือดสมอง รวมทั้งใช้เป็นคู่มือในการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้โดยพยาบาลวิชาชีพ

1.3 สามารถนำไปพัฒนาเป็นสื่อสุขภาพหรือกิจกรรมอบรมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก FAST

2. ด้านการพัฒนาศักยภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

สามารถใช้เป็นต้นแบบของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วน เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการตัดสินใจ ในการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉิน

3. ด้านนโยบายสาธารณสุขระดับพื้นที่

สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการพัฒนาโครงการหรือแผนงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนหรือตำบล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย

3. ควรพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ในรูปแบบสื่อดิจิทัลหรือระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนเพียงแห่งเดียว ทำให้ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และบริบท
ของพื้นที่อาจแตกต่างจากพื้นที่อื่น จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับประชากรในบริบทที่แตกต่างกัน

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย อาจทำ
ให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสนใจด้านสุขภาพสูงกว่าประชากรทั่วไป

3. การศึกษาครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์ในระยะสั้นภายหลังการได้รับโปรแกรม จึงยังไม่สามารถสะท้อนผล
ของโปรแกรมในระยะยาวต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างชัดเจน

4. เนื่องจากเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง อาจมีข้อจำกัดด้านการควบคุมตัวแปรบกวน

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Roth, G. A., Bisignano, C., Abady, G. G., ... Murray, C. J. L. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Neurology, 20(10), 795–820. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0

2. Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., ... Tsao, C. W. (2021). Heart disease and stroke statistics—2021 update: A report from the American Heart Association. Circulation, 143(8), e254–e743. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950

3. GBD Stroke Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021. The Lancet Neurology, 22(7), 627–647. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00145-4

4. Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke, 50(12), e344–e418. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211

5. Ospel, J. M., Goyal, M., & Demchuk, A. M. (2020). Time is brain: Stroke emergency response. The Lancet Neurology, 19(2), 110–112. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30360-9

6. Hagger, M. S., & Orbell, S. (2022). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychology & Health, 37(6), 643–669. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1945066
7. Lecouturier, J., Rodgers, H., Murtagh, M. J., White, M., Ford, G. A., & Thomson, R. G. (2020). Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms and emergency response. Stroke, 51(3), 110–118. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.027562
8. Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (1996). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.), The self-regulation of health and illness behavior (pp. 42–65). Routledge.
9. Zhong, X., Wang, J., He, L., & Xu, R. (2020). Recognition of stroke-related knowledge among community residents and the improvement after intensive health education. BMC Neurology, 20, 373.
10. Sposito, J., Zipf, A., Alhowaymel, F., Almutairi, M. T., & Breda, K. (2018). Community-based stroke recognition education and response: An evidence-based intervention project. Creative Nursing, 24(4), 251–257.