

ผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรค หลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง

วาริ วณิชปัญญพล* ป.ร.ด. (พัฒนาศาสตร์พยาบาล)

กัลยา เตชะเสถียร** ก.ศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา)

ผาสุก มั่นคง* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 15 กันยายน 2568, แก้ไข: 21 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 27 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลโปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมให้ความรู้ฯ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา .77 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และ (3) แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามชุดที่ 2 และ 3 มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา .89 และ .85 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่น .82 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 1.87, $p < .05$ และ t 3.16, $p < .05$ ตามลำดับ) ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้ฯ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 1.15, $p .26$ และ t 1.52, $p .13$ ตามลำดับ) หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 4.25, $p < .001$ และ t 4.93, $p < .001$ ตามลำดับ) สรุปโปรแกรมให้ความรู้สามารถส่งเสริมการรับรู้และเพิ่มทักษะการจัดการอาการฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมให้ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย การจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมอง

* อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร

** อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร Corresponding author e-mail: kullaya.t@siu.ac.th

Effect of an educational program on illness perception and emergency management of stroke symptoms among individuals with stroke risk factors

Waree Wanichpunchaphlon* Ph.D. (Human Resource Development)

Kullaya Techasathian** M.Ed. (Educational Psychology)

Phasuk Mankhong* M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: September 15, 2025, Revised: October 21, 2025, Accepted: November 27, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of an educational program on illness perception and stroke emergency symptoms management among individuals at risk. A purposive sample of 60 patients was recruited and divided into a control group and an experimental group, consisted of 30 participants per group. The research instrument was an educational program, yielding a content validity index of .77. Data collection tools included (1) a personal data record form; (2) an illness perception questionnaire; and (3) a stroke emergency symptoms management questionnaire. Questionnaires 2 and 3 had content validity indexes of .89 and .85, respectively and reliability values of .82 and .90, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that stroke illness perception mean scores and stroke emergency symptoms management mean score of the experimental group after receiving the educational program were significantly higher than before receiving the program (t-test 1.87, $p < .05$ and t-test 3.16, $p < .05$, respectively). Before receiving the educational program, stroke illness perception and stroke emergency symptoms management mean scores of the control and experimental groups were not significantly different (t 1.15, $p .26$ and t 1.52, $p .13$, respectively). After receiving the educational program, the experimental group had significantly higher mean scores on stroke illness perception and stroke emergency symptoms management than the control group (t 4.25, $p < .001$ and t 4.93, $p < .001$, respectively). In conclusion, this educational program could effectively promote awareness and improve skills on managing stroke emergencies among at-risk individuals.

Keywords. Educational Program, Illness perception, Emergency management, Stroke symptoms

* Lecturer at Shinawatra University

** Lecturer at Shinawatra University Corresponding author e-mail: kullaya.t@siu.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ทั้งในด้านการทำให้เกิดความพิการระยะยาวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต อัตราการเกิดโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นประเด็นสำคัญในระบบสาธารณสุขของหลายประเทศ¹ รายงานจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) ระบุว่าโรคนี้เป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับที่ 3 ของความพิการทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยสะสมมากกว่า 80 ประชากรโลกมีความเสี่ยงที่ในการเกิดโรคนี้ประมาณ 1 ใน 4 คน อีกทั้งยังมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง¹

สำหรับบริบทของประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรครายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทย โดยเฉลี่ยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 30,000 รายต่อปี และพบผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 250,000 รายต่อปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยทำงานเช่นกัน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการสร้างความตระหนักรู้ต่อโรคนี้ในทุกช่วงวัย² ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับสถานการณ์ในจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งข้อมูลจากโรงพยาบาลสิงห์บุรีระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในกลุ่มห้าอันดับแรกของโรคที่มีผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์มากที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2559–2561 โดยมีผู้ป่วย 469 ราย 534 ราย และ 511 ราย ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่า มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในการได้รับการรักษาภายใน ช่วงเวลาทองในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) 4.5 ชั่วโมง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2562–2565 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทันเวลามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจาก 38.10% ถึง 72.7% ของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์^{3,4}

อาการของโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดลำบาก เดินเซ หรือมีการมองเห็นผิดปกติ โดยเฉพาะในกรณีของโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) การให้ rtPA ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการสามารถช่วยลดความรุนแรงของความพิการและเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{5,6} ในงานวิจัย พบว่า หลังเกิดอาการผู้ป่วยไม่รู้ว่าอาการดังกล่าวเป็นสัญญาณของโรคหลอดเลือดสมอง จึงรอดูอาการหรือขอคำปรึกษาจากผู้อื่นก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา ทำให้เกินช่วงเวลาทอง 4.5 ชั่วโมง จึงไม่ได้รับการรักษาด้วยยา rtPA ได้ทันเวลา⁶

การรับรู้ถึงอาการเริ่มต้นของโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อช่วงเวลาทองในการเข้ารับการรักษา และความสามารถในการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{5,6} การให้ความรู้และส่งเสริมความเข้าใจแก่ประชาชนจึงเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและลดความสูญเสียที่เกิดขึ้น^{7,8} แม้จะมีการศึกษาหลายฉบับที่ให้ความรู้กับผู้ป่วย แต่การวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ผู้ที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือมีประวัติครอบครัวเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีจำนวนจำกัด^{6,9} จากแนวคิด การรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)¹² การรับรู้เกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ด้านอาการ (identity) สาเหตุของโรค (cause) ผลกระทบ (consequence) ระยะเวลา (timeline) การควบคุมหรือรักษาได้ (control/cure) และความเข้าใจต่อโรค (illness coherence) ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่ออาการป่วย ดังนั้น

โปรแกรมให้ความรู้ที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มการรับรู้และความเข้าใจในองค์ประกอบเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสามารถ ระบุนาการเริ่มต้นของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง เข้าใจถึง ความเร่งด่วนของการรักษา และเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม การจัดการอาการฉุกเฉิน ได้ทันพ่วงที่

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรม ให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดนี้ เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคในมิติต่างๆ และประเมินผลของ โปรแกรมต่อพฤติกรรมการจัดการอาการฉุกเฉินของ โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยง เพื่อให้สามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดโอกาสการ เกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวอย่าง เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การ เจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการ ภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การ เจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการ ภาวะฉุกเฉิน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการ จัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของ กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้
2. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการ จัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลัง

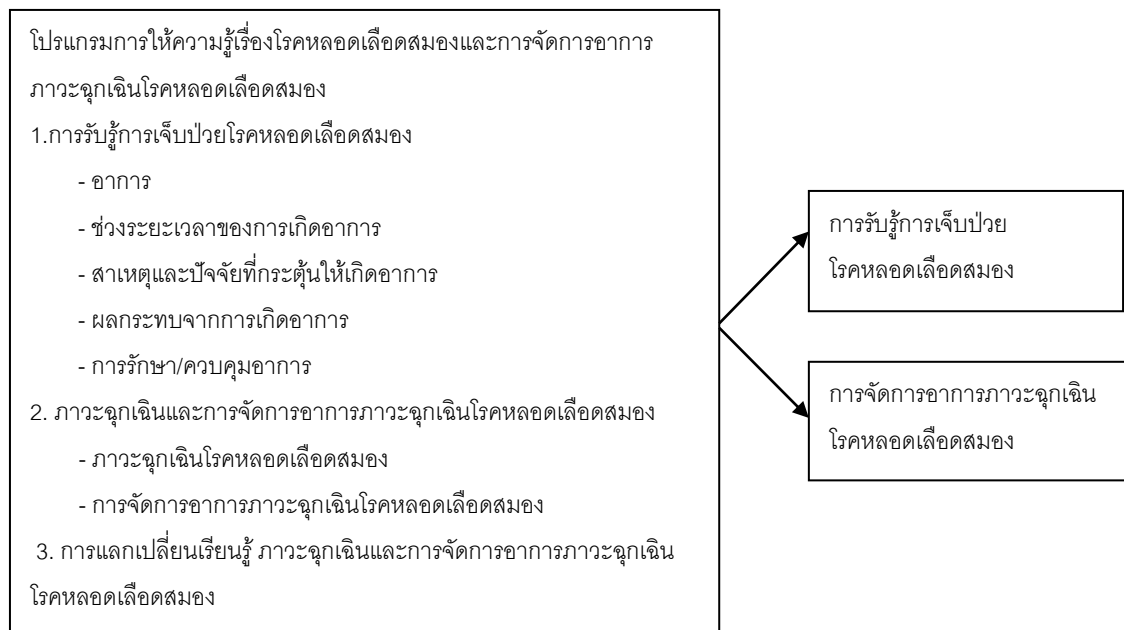
ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการรับรู้ความ เจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)¹² โดยแนวคิดนี้อธิบายว่า เมื่อเกิดภาวะคุกคามต่อสุขภาพ หรือเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะมีรูปแบบการจัดการตนเองหรือมีการ ปรับเปลี่ยนกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลนั้นโดยบุคคล จะมีการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากประสบการณ์ เดิมก่อนการเจ็บป่วย ข้อมูลที่ได้รับจากคนรอบข้าง บุคลากรทางสุขภาพ จากสื่อต่างๆ หรือจากสังคมและ สิ่งแวดล้อม โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้มาคิดวิเคราะห์ และตีความให้ความหมายการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็น การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งการรับรู้การ เจ็บป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลง ไม่คงที่ ขึ้นอยู่กับปัจจัย ต่างๆ ที่ส่งผลให้การรับรู้การเจ็บป่วยแตกต่างไปจาก เดิม และส่งผลต่อการจัดการการเจ็บป่วยหรือการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคลนั้น แนวคิดนี้มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วย 2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) การ เผชิญปัญหาหรือการจัดการปัญหา และ 4) การ ประเมินผลลัพธ์ ประเมินประสิทธิภาพการเผชิญ ปัญหา เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงและทำให้การปรับเปลี่ยน วิธีการแก้ปัญหาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำองค์ประกอบที่ 2 ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย มาศึกษา ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานของการรับรู้การ เจ็บป่วยนั้น Leventhal (1996)¹² เสนอว่ามีองค์ประกอบ สำคัญ 5 องค์ประกอบ คือ 1) คุณลักษณะเฉพาะหรือ อาการแสดงของการเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ลักษณะ เฉพาะที่บ่งบอกถึงการเจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเป็นอาการ ต่างๆ ที่ผู้ป่วยเคยประสบการณ์โดยตรงด้วยตนเอง

2) สาเหตุของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยว่าอะไรเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน อาจจะทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อโรคแตกต่างกัน 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการเจ็บป่วยว่าเป็นเฉียบพลันเรื้อรัง เป็นโรคไม่หายขาด หรือมีอาการทรมาน ทรมาน 4) การควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าจะรักษาหรือควบคุมได้อย่างไร และ 5) ผลที่เกิดภายหลังการเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ต่อผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยโดยอาจเป็นผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจสังคม และองค์ประกอบที่ 3 การเผชิญปัญหาหรือการจัดการปัญหาของบุคคล โดยบุคคลมีการจัดการต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบุคคลจะมีการรับรู้การ

เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ต้องมีรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จึงสามารถประเมินอาการและการจัดการอย่างเหมาะสม การให้ความรู้แก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะไปเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการช่วยจัดการอาการเมื่อต้องเผชิญภาวะโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น มารับการรักษาอย่างทันถ่วงที ไม่เกิดความล่าช้า ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด การรับรู้การเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)¹² มาใช้ในการศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยโรคหรืออาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 อาการ เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล. หรือต่ำกว่านั้นหากได้รับยาลดน้ำตาล) สูบบุหรี่ มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (Cholesterol > 240 มก./ดล. หรือ HDL-C ต่ำกว่าเกณฑ์) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (BMI > 30 หรือ เส้นรอบเอว > 90 ซม. ในเพศชาย และ > 80 ซม. ในเพศหญิง) มีความดันโลหิตสูง ($\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือได้รับยาควบคุมความดัน) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ (AHA/ASA, 2024) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในระหว่าง เดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวนประชากรทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี คัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ ผู้ป่วยต้องมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ปัจจัยขึ้นไป ต่อไปนี้ (AHA/ASA, 2024) เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล. หรือ ต่ำกว่านั้นหากได้รับยาลดน้ำตาล) สูบบุหรี่ มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (Cholesterol > 240 มก./ดล. หรือ HDL-C ต่ำกว่าเกณฑ์) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (BMI > 30 หรือเส้นรอบเอว > 90 ซม. ในเพศชาย และ > 80 ซม. ในเพศหญิง) มีความดันโลหิตสูง ($\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือได้รับยาควบคุมความดัน) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ และเกณฑ์การคัดออก

ได้แก่ มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่รบกวนการทำแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมโปรแกรม มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เข้าร่วมการทดลองทางคลินิกอื่นที่อาจมีผลต่อผลการศึกษาในช่วงเวลาเดียวกัน ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด หรือไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมในโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อิงตามงานวิจัยที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยได้ค่า Effect Size เท่ากับ 0.80^{10} และอ้างอิงจากตารางการคำนวณอำนาจทางสถิติ (Power Analysis) ระดับนัยสำคัญ (Alpha) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 ผลลัพธ์แสดงว่า ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 40 คน (20 คนต่อกลุ่ม) อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความแม่นยำทางสถิติและป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์ ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน 2567 จนได้ครบ 60 คน เนื่องจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง มี 2 วันต่อสัปดาห์ ได้แก่ วันจันทร์ และวันศุกร์ เวลา เวลา 8.00-12.00 น. เพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อนของข้อมูล (contamination) ระหว่างผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้แบ่งการเก็บข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้ กลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลในวันจันทร์ ช่วงก่อนการดำเนินโปรแกรม (รอบที่ 1) และช่วงดำเนินโปรแกรม (รอบที่ 2) ผู้ที่มารับบริการได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลใน

วันศุกร์ โดยผู้เข้าร่วมได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ และการจัดการอาการฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ควบคู่กับการพยาบาลตามปกติในรอบที่ 1 และเข้าร่วม กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องภาวะฉุกเฉินและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในรอบที่ 2

เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ประกอบด้วยคู่มือการให้ความรู้เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการ อาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหนังสือ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดย ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด การรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก ของ Leventhal (1996) (Common Sense Model of Illness Representation)"¹² ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.77

โปรแกรมให้ความรู้ เป็นกิจกรรมให้ความรู้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย (1) การสอนให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค อาการ ระยะเวลาการเกิดโรค ความรุนแรง การควบคุมและการรักษาโรค อาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การตระหนักถึงภาวะอันตราย และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม (2) เน้นการสอนทักษะการแก้ไขปัญหาต่ออาการภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่มีอาการที่บ้าน และเดินทางมาโรงพยาบาล การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมอง การรีบขอความช่วยเหลือเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่าง

เร็วที่สุด (3) มุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยรู้จัก และจดจำเบอร์รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ประโยชน์และวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากผู้ป่วยมารับการรักษาที่รวดเร็ว และอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (4) การสะท้อนกลับการสอนโดยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนจากประสบการณ์ หรือความรู้เดิมตามความเป็นจริงและให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ ให้แก่ผู้ป่วย และ (5) สรุปเนื้อหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย

เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ (3) แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองได้ แบบสอบถามชุดที่ 2 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความตรงเท่ากับ .89 และ .85 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .82 และ .90 ตามลำดับ โดยรายละเอียดของแบบสอบถามชุดที่ 2 และ 3 มีดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง^{13,18} ข้อคำถามครอบคลุมด้านอาการการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการดำเนินของการเจ็บป่วยการรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วย จำนวน 41 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคะแนน 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 3 ระดับ ดังนี้ 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง มี

การรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี

แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹³ ครอบคลุมวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพยายามอดทน รอดูอาการ ด้านรักษาด้วยตนเอง ด้านการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น และด้านการแสวงหาการรักษา การปรึกษานักวิชาการในทีมสุขภาพ ทั้งหมด 11 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบการจัดการต่ออาการฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนรวมที่ได้ อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน

วิธีดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการระหว่างวันที่ 3 มิถุนายน ถึง 16 กันยายน 2567 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่ได้รับการคัดกรองอาการและตรวจวัดสัญญาณชีพแล้ว ในทุกวันจันทร์และวันศุกร์ ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง **ครั้งที่ 1** วันที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัด โดยให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติ **ครั้งที่ 2** วันที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัดครั้งต่อไป โดยมีระยะเวลาห่างจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก 16 สัปดาห์ และตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง (post-test) ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมตามคู่มือการให้ความรู้เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเอง จากนั้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการระหว่างวันที่ 7 มิถุนายน ถึง 20 กันยายน 2567 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่ได้รับการคัดกรองอาการและตรวจวัดสัญญาณชีพแล้ว ในทุกวันจันทร์และวันศุกร์ ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง **ครั้งที่ 1** วันที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัด โดยให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที จากนั้นจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง โดยใช้ “คู่มือการให้ความรู้เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง” ที่เน้นประเด็นสำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่ การสอนทักษะการแก้ไขปัญหา การรู้จัก-จำเบอร์โทรศัพท์รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) และการสะท้อนกลับการสอน **ครั้งที่ 2** วันที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัดครั้งต่อไป โดยมีระยะเวลาห่างจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก 16 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องภาวะ

ถูกเงินและการจัดการอาการภาวะถูกเงิน จากนั้นตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะถูกเงินโรคหลอดเลือดสมอง (post-test) ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย มีสิทธิที่จะออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ผิดต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล แบบเสนอโครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมของโรงพยาบาลสิงห์บุรี เลขที่ EC03/12/2024 ก่อนเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะถูกเงินโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วย Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

รายงานผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ และ (2) การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะถูกเงินของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.6 มีอายุเฉลี่ย 50.01 ปี (SD 11.26) สถานภาพสมรสคู่

ร้อยละ 48.7 อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 38.1 รายได้เฉลี่ยประมาณ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 23.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37 **กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.8 มีอายุเฉลี่ย 49.58 ปี (SD 11.02) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.6 อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 42.3 รายได้เฉลี่ย ประมาณ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 40 **การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล** ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุอาชีพ สถานภาพ และรายได้ ยกเว้น ระดับการศึกษา

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า **กลุ่มควบคุม** ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 58.73 มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง/ หัวใจ ร้อยละ 47.28 ไม่มีประวัติการได้รับยาลดไขมันเลือด ร้อยละ 84.62 มีประวัติเคย สูบบุหรี่ แต่เลิกสูบแล้ว 1 ราย **กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 64.51 มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง/ หัวใจ ร้อยละ 53.30 ไม่มีประวัติการได้รับยาลดไขมันเลือด ร้อยละ 87.73 มีประวัติเคย สูบบุหรี่ แต่เลิกสูบแล้ว 2 ราย **การเปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพ** ระหว่าง กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องประวัติโรค ประจำตัว ประวัติโรคหัวใจของบุคคลในครอบครัว และการได้รับยาลดไขมันเลือด และประวัติการสูบบุหรี่

2. การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะถูกเงินของโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการ
อาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่ม
ทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ พบว่า
ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง หลังได้รับโปรแกรมฯ (Mean 91.72, SD 7.31)
สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean 86.94, SD
13.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 1.87, $p < .05$)
ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรค
หลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมฯ (Mean 9.85,
SD 1.84) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean 7.76,
SD .82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 3.16, $p < .05$)
รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือด
สมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=30)

ผลลัพธ์	ก่อนได้รับโปรแกรม การให้ความรู้ (n=30)		หลังได้รับโปรแกรม การให้ความรู้ (n=30)		t(29)	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	86.94	13.31	91.72	7.31	1.87	.036
การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง	7.76	.82	9.85	1.84	3.16	.005

* $p < 0.05$

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการ
อาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่ม
ควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
ฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้ ของกลุ่ม
ควบคุม (Mean 79.73, SD 13.68) และกลุ่มทดลอง
(Mean 83.62, SD 12.49) ไม่มีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 1.15, p .26) หลังได้รับ
โปรแกรมให้ความรู้ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการ
รับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mean 96.41,
SD 16.18) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean 81.84, SD
9.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 4.25, $p < .001$)
คะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือด
สมอง ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้ ของกลุ่ม
ควบคุม (Mean 5.44, SD 2.24) และกลุ่มทดลอง
(Mean 6.46, SD 2.92) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (t 1.52, p .13) หลังได้รับ
โปรแกรมให้ความรู้ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการ
จัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง
(Mean 9.78, SD 1.98) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean
7.68, SD 1.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 4.93, p
< .001) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือด
สมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	t	p value
1. การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้	79.73 (13.68)	83.62 (12.49)	1.15	.26

หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้	81.84 (951)	96.41 (16.18)	4.25	.001*
2. การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง				
ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้	5.44 (2.24)	6.46 (2.92)	1.52	.13
หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้	7.68 (1.23)	9.78 (1.98)	4.93	.001*

* p < .05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยในช่วงปลายวัยกลางคนถึงวัยผู้สูงอายุ โดยกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37 ส่วนกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 40 ซึ่งความแตกต่างด้านระดับการศึกษานี้อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อลักษณะการรับรู้การเจ็บป่วยและความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มักมีความสามารถในการประมวลผลข้อมูลด้านสุขภาพ การตีความอาการที่ผิดปกติ และการตัดสินใจตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ข้อมูลนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งรายงานวาระระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการมารับการรักษาอย่างทันท่วงที¹⁹ และการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสามารถในการประเมินอาการและตัดสินใจขอความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องมากกว่า²⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมาก มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลนี้สอดคล้องกับการผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักมีโรคร่วมหลายโรค ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ซ้ำและมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับความสามารถในการรับรู้โรคและการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งถือเป็นประเด็นสำคัญต่อการป้องกันโรคในระยะยาวโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมการให้ความรู้ได้ถูกออกแบบตามแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation¹² ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจโรค (illness representation) และสามารถตอบสนองต่อการรับรู้ที่เหมาะสม (coping response) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้การเจ็บป่วย และความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการเสริมสร้างความเข้าใจโรคและการเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเองอย่างถูกต้อง จะสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะความสามารถในการประเมินอาการและการตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน¹⁶ โปรแกรมการให้ความรู้ในครั้งนี้ใช้วิธีการสื่อสารแบบมีปฏิสัมพันธ์ โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้นำเสนอข้อมูลและประเมินความเข้าใจของผู้เข้าร่วมแต่ละราย ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ความรู้ และทักษะ ในการ

จัดการภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคร่วมหลายชนิดซึ่งต้องการการดูแลเฉพาะด้าน ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับผลของโปรแกรมให้ความรู้ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินได้ดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ¹³ นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยซึ่งพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผ่านการเสริมสร้างการรับรู้ และการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการสนับสนุนสื่อความรู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁷ การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการจัดการโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมให้ความรู้ครั้งนี้เป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Interactive and Reflective Learning) โปรแกรมใช้การสื่อสารแบบถาม-ตอบ การอภิปรายกลุ่มย่อย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงระหว่างผู้เข้าร่วม ทำให้เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงภายในกลุ่มมากกว่าการรับฟังเชิงบรรยายเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและการจดจำที่ยั่งยืน เนื้อหาของโปรแกรมออกแบบให้สอดคล้องกับระดับการศึกษา โดยใช้สื่อภาพและภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถเชื่อมโยงความรู้ กับชีวิตประจำวันและนำไปใช้ได้จริง มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา กระตุ้นการมีส่วนร่วม และติดตามความเข้าใจรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้าง

ความมั่นใจ ความรู้ และทักษะในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม และการเน้นการรับรู้สัญญาณอันตรายและการตัดสินใจในภาวะวิกฤต นอกจากนี้ โปรแกรมให้ความสำคัญกับการสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาภายใน “ระยะเวลาทอง” 4.5 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงสำคัญในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) และลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนในขนาดที่ชัดเจนทั้งสี่ประการนี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง (Knowledge Translation) และเกิดการเรียนรู้ที่มีความหมาย (Meaningful Learning) สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal ที่ระบุว่า เมื่อบุคคลมีความเข้าใจโรคและความเชื่อเกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง จะสามารถสร้างพฤติกรรมตอบสนองเชิงบวกและควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹² อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ในการเผชิญโรค อาจมีผลต่อระดับการรับรู้และการจัดการอาการที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุอาจต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพมากกว่า ขณะที่กลุ่มวัยทำงานอาจตอบสนองได้ดีกว่าต่อการใช้สื่อภาพหรือข้อมูลสั้นกระชับ ดังนั้น การออกแบบโปรแกรมในอนาคตควรพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเรียนรู้ และการนำไปใช้จริง ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของโปรแกรมให้ความรู้ในการเพิ่มสมรรถนะการรับรู้โรค และทักษะการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินในภาวะคับขัน ยิ่งไปกว่านั้น โปรแกรมการให้ความรู้ยังช่วยพัฒนาองค์ความรู้และความมั่นใจในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ดังนั้นการให้ความรู้ในลักษณะเป็นระบบ ชัดเจน และสอดคล้องกับความเข้าใจของผู้เรียน ช่วยให้อาสาสมัครสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็วและถูกต้อง ส่งผลให้สามารถลดความรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้ **การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์**

1. ด้านบริหาร

1.1 บุคลากรโปรแกรมการให้ความรู้เข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยของคลินิกโรคเรื้อรังทุกคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดให้เป็นองค์ประกอบของแผนการพยาบาลมาตรฐาน (Standard Nursing Care Plan) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการให้ความรู้อย่างทั่วถึงและเป็นระบบเดียวกัน

1.2 กำหนดตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการที่ชัดเจนและสามารถประเมินได้ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยและผู้มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และการเพิ่มขึ้นของคะแนนการรับรู้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสุขภาพในการให้ความรู้ตามมาตรฐานเดียวกันทุกคลินิก ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและการใช้สื่อการสอนรูปแบบเดียวกัน เพื่อลดความแปรปรวนของการสื่อสารและเพิ่มประสิทธิภาพการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติ

2.1 ดำเนินการให้ความรู้ตามโครงสร้างโปรแกรมที่มีขั้นตอนชัดเจนและผ่านการประเมินผลประกอบด้วยการให้ความรู้ครั้งแรกพร้อมการประเมินก่อน-หลัง การทบทวนความรู้ทุกครั้งที่มาตามนัด และการบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถติดตามผลลัพธ์รายบุคคลและรายคลินิกได้

2.2 ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลในกระบวนการเรียนรู้และการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยให้ครอบครัวเข้าร่วมการให้ความรู้ครั้งแรก จัดสื่อความรู้สำหรับใช้ที่บ้าน และทบทวนความเข้าใจของครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว

2.3 ติดตามประเมินการรับรู้และความพร้อมในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาคุณภาพบริการ และเพื่อให้สามารถปรับปรุงรูปแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

3. ด้านการวิจัย

ดำเนินการศึกษาต่อยอดโดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบ stepped-wedge หรือ cluster trial ในหลายคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทการปฏิบัติงานจริง (real-world setting) ของแต่ละคลินิก เพิ่มความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ และลดอคติจากความแตกต่างระหว่างคลินิก

3.1 ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการนำ และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงมาถึงโรงพยาบาล และสัดส่วนผู้ป่วยที่มาถึงภายใน 3-4.5 ชั่วโมง เพื่อสะท้อนผลลัพธ์เชิงปฏิบัติและเชิงระบบบริการสุขภาพ

3.2 วิเคราะห์ต้นทุนและความคุ้มค่าของโปรแกรมในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ โดยเปรียบเทียบต้นทุนของการดำเนินโปรแกรมกับประสิทธิผลของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและการขยายโปรแกรมไปยังระดับโรงพยาบาลหรือเครือข่ายบริการสุขภาพในอนาคต

Reference

1. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2022. WSO; 2022. Available from: <https://www.world-stroke.org>.
2. Department of Disease Control. Department of Disease Control campaigns for World Stroke Day 2023, revealing that this year Thailand will have more than 300,000 patients. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 24]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/10/28741#:~:text=Thai>.
3. Medical Records Division, Singburi Hospital. Annual statistical report 2021–2023 (Photocopied document).
4. Piangjai Dawon. Nursing care for patients with acute ischemic or occlusive cerebrovascular disease receiving anticoagulants: a case study. *Singburi Hospital Journal*. 2019;28(1):35–42. Thai.
5. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics 2023 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2023;147(8):e93–e621. Available from: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
6. Nurumon Namwong. Nursing care for patients with acute ischemic stroke receiving thrombolytic drugs type rt-PA: A case study of two cases. *Journal of Health and Environmental Studies*. 2023;8(4):859–868. Thai.
7. Suwannee Sansuk, Jintana Phonmeesak, Narisara Arrirak, Thanom Namwong. Development of community health system towards stroke health service system among elderly people in Yasothon Province. *Journal of Community Health*. 2022;8(4):195–204. Thai.
8. Smith A, Johnson B. Health education strategies for community stroke awareness. *Journal of Community Health*. 2021;46(4):623–630.
9. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*. 2021;52(7):e364–e467. Available from: <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>.
10. Worawan Kantichaiton, Vorachai Kongsarepong and Kulayot Jongpipatwanit. The effect of an educational program combined with emotional support on the uncertainty of illness in patients with acute myocardial infarction before cardiac catheterization. *Vajira Nursing*. 2020;22(1):15–32. Thai.
11. Thawatchai Woraphongthon and Sureephan Woraphongthon. Calculating sample size for research using ready-made programs. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan]. Available from: http://advisor.anamai.mpph.go.th/download/Journal_health/2561HEALTH41_/2HEALTH_Vol41No2_02pdf. Thai.

12. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron L, Leventhal H, editors. The self-regulation of health and illness behavior. Routledge; 1996. p. 42–65.
13. Phasu Mankong. The effect of an education program on the recognition of illness and emergency management of acute myocardial infarction in people at risk. Singburi Hospital Medical Journal. 2019;28(1):19–33. Thai.
14. Onauma Kongkaew. Illness representation and recurrence prevention behaviors in elderly with stroke [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2018. Thai.
15. Klockar L, Salminen H, Kettunen T. Improving stroke patients' illness perception to prevent recurrence: A nurse-led intervention study. Journal of Advanced Nursing. 2023;79(5):1555–1566. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.15567>
16. Liu Y, Zhang L, Chen H, Wang S. Health literacy and self-care behavior among patients with chronic diseases: A cross-sectional study in China. BMC Public Health. 2024;24(1):112.
17. Jatupong Panwilai, Niramai Maneerattana, Patchara Maturamon, Supattra Puanphai, Jiraporn Pakdee, Roongnapar Juntom. Health promotion behaviors for stroke prevention for people at risk in the community: action research. Northern Health Journal. 2023;10(2):81–93. Thai.
18. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychology & Health. 2002;17:1–16.
19. Williams O, Noble J, White M. The association between education level and stroke awareness: A cross-sectional analysis. *Stroke*. 2017;48(9):2403–2409. doi:10.1161/STROKEAHA.117.017812
20. Adugna B, Azale T, Mekonnen N. Knowledge of stroke symptoms and associated factors among adults in Ethiopia. BMC Public Health. 2020;20(1):1–8. doi:10.1186/s12889-020-08765-5