

ความชุกตามระดับความเสี่ยง การรับรู้ และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์*, ดรุณี ศรีจันทร์ทอง**, จิรานูวัฒน์ ชาญสูงเนิน***^๑, กนกพรรณ พรหมทอง*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกตามระดับความเสี่ยง การรับรู้ระดับความเสี่ยง และเปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว จำนวน 281 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ระดับความเสี่ยง และแบบสอบถามการรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ McNemar's test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความชุกตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง (10% ถึงต่ำกว่า 20%) ร้อยละ 38.43 รองลงมาอยู่ในระดับเสี่ยงสูง (20% ถึงต่ำกว่า 30%) ร้อยละ 27.40, 2) มีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 53.38 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ และร้อยละ 48.40 ของครอบครัว) โดยมีการรับรู้ความเสี่ยงตามความถูกต้องในแต่ละระดับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$), และ 3) ผลการเปรียบเทียบคะแนนรวมระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ และครอบครัว พบว่าครอบครัวมีคะแนนรวมเฉลี่ย (80.02 ± 10.06) สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ (77.80 ± 11.50) ความแตกต่างเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเท่ากับ 2.21 (95% CI [0.56, 3.87]) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(280) = 2.63, p = 0.009$)

คำสำคัญ: ความชุกตามระดับความเสี่ยง; การรับรู้ระดับความเสี่ยง; การรับรู้; การจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง; กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^๑ Corresponding author: จิรานูวัฒน์ ชาญสูงเนิน Email: Jiranuwatn@bcent.ac.th

รับบทความ: 30 ก.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 16 ต.ค. 68; ตอรับตีพิมพ์: 16 ต.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 10 ธ.ค. 68

Prevalence of Stroke Risk Levels, Perceptions, and Management of Warning Signs among Patients at Risk of Stroke and Their Families

Wararat Tiparat^{*}, Darunee Srijunthong^{**},
Jiranuwat Chansungnoen^{*** a}, Kanokpun Promtong^{*}

Abstracts

This cross-sectional study aimed to investigate the prevalence of stroke risk levels, the perception of risk level, and the perception and management of stroke warning signs among at-risk patients and their families, and to compare the differences between these two groups. The samples consisted of 281 pairs of patients with diabetes mellitus and/or hypertension, who are considered at-risk for stroke, and their family members. Data were collected using a set of questionnaires including a demographic data form, a stroke risk assessment form, a risk perception questionnaire, and a questionnaire on the perception and management of stroke warning signs. Data were analyzed using frequencies, percentages, the McNemar's test and paired t-test for comparing group differences.

The results showed the following: 1) The prevalence of stroke risk levels among at-risk patients was mainly at the moderate risk level (10% to less than 20%) at 38.43%, followed by the high-risk level (20% to less than 30%) at 27.40%; 2) both at-risk patients and their family members perceived their risk level as "unknown/uncertain" (53.38% and 48.40%, respectively). The accuracy of risk perception across different risk levels showed no significant difference ($p>0.05$); and 3) the comparisons of the total mean scores between caregivers and patients revealed that the caregivers had significantly higher total mean scores (80.02 ± 10.06) than the patients (77.80 ± 11.50). The mean difference between the groups was 2.21 (95% CI [0.56,3.87]), which was statistically significant ($t(280) = 2.63, p=0.009$).

Keywords: Prevalence by risk levels; Risk perception; Perception; Management of stroke warning signs; Stroke high-risk group

^{*} Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{**} Registered Nurse, Professional Level, Khao Wiset Subdistrict Health Promoting Hospital, Wang Wiset District, Trang

^{***} Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Jiranuwat Chansungnoen Email: Jiranuwat@bcnt.ac.th

Received: Sep. 30, 25; Revised: Oct. 16, 25; Accepted: Oct. 16, 25; Published Online: Dec. 10, 25

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน โดยทุก ๆ 3 วินาทีจะพบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย เป็นเพศชายมากกว่า เพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี ซึ่งผลกระทบที่สำคัญจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้บุคคลสูญเสียชีวิต เกิดภาวะเฉียบพลัน ภาวะทุพพลภาพ หรือเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว⁽¹⁾

กรมควบคุมโรคได้รณรงค์และกำหนดนโยบายวันหลอดเลือดสมองโลก ปี พ.ศ. 2566 “Together we are, Greater than Stroke” มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม สร้างความตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชน โดยระบุว่าร้อยละ 90 ของโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ หากทุกคนรับรู้และประเมินได้ว่าอะไรคือปัจจัยความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ก็จะสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกัน เพราะประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถนำความรู้มาป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและประกอบการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน เพื่อลดความเสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิต⁽¹⁾ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด รวมทั้งมีความพยายามจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองด้วยรูปแบบที่หลากหลาย⁽²⁾ โดยมีการกำหนดนโยบายสุขภาพและตัวชี้วัดสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องบริหารจัดการอย่างเร่งด่วน กำหนดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ 7 และร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit \geq ร้อยละ 80 แต่ผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร แนวโน้มสถิติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเพิ่มขึ้น⁽¹⁾

ทั้งนี้จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความตระหนักรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติยังขาดความตระหนักรู้และยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโดยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังขาดการเข้าใจอย่างครบถ้วนถึงอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 อาการ รับรู้เพียงอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง อย่างทันทีทันใดเท่านั้น ขณะที่อาการอื่น ๆ ได้แก่ อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด อาการเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและสูญเสียการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด และอาการมองไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด อาการทั้งหมดนี้ไม่ทราบว่าเป็นอาการเตือน⁽³⁾ และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า 1 ใน 5 สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง “ปัญหาในการพูดหรือความเข้าใจ” ร้อยละ 79.00 ถูกระบุมากที่สุด รองลงมาคือ “ปวดหัวอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ” ร้อยละ 65.20 น้อยที่สุด มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 48.80 ระบุสัญญาณ

เดือนทั้ง 5 ได้ และร้อยละ 11.80 ไม่สามารถระบุสัญญาณเตือนได้⁽⁴⁾ และผู้ป่วยไม่คิดว่า อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ใช้ระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา⁽⁵⁾ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้มากขึ้น และการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยหลังจากเริ่มมีอาการเตือน เท่ากับ 231.95 นาที (3.86 ชั่วโมง)⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลช้าเฉลี่ย 1,768 นาที (ประมาณ 29.5 ชั่วโมง) เนื่องจากมีความรู้ค่อนข้างต่ำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และมีการจัดการอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่ถูกต้อง⁽⁷⁾ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคเพื่อสามารถป้องกันอันตรายของโรคได้ โดยเฉพาะเรื่องระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาจะมีความสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้⁽⁸⁾

สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดตรัง ยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในอำเภอวังวิเศษ จากข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลเขาวิเศษ อำเภอวังวิเศษ ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลสำคัญในระดับพื้นที่ที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการร่วมรับรู้ระดับความเสี่ยงและอาการเตือน และจะเป็นผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีอาการเตือนของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดการตัดสินใจในการดูแลที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกิดอาการจะมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่สามารถบอกถึงอาการ และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้พบเห็นอาการของผู้ป่วยจะเป็นบุคคลที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าญาติส่วนใหญ่ขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยขณะที่พบอาการของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น มุมปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาชาหรืออ่อนแรง ญาติไม่ตระหนักกว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจึงรอดอาการก่อน (ร้อยละ 48.30) พยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการนอนพัก (ร้อยละ 32.90) หายามาให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น แอสไพริน พาราเซตามอล (ร้อยละ 9.40) บอกใครบางคนที่อยู่ใกล้ เพียงร้อยละ 3.50 จนเมื่ออาการมีความรุนแรงมากขึ้นจึงพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทำให้การนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเกิดความล่าช้า ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 83.10⁽⁷⁾ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิเคราะห์ความชุกตามระดับความเสี่ยงของโรค การรับรู้ระดับความเสี่ยง การรับรู้และการจัดการสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลเขาวิเศษที่มีสถิติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะช่วยให้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุที่แท้จริง และสามารถนำไปวางแผนพัฒนาระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในเชิงพื้นที่ต่อไป เพื่อลดความพิการและลดการเสียชีวิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในส่วนของการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat) หรือการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดตีบตัน ซึ่งอาการเตือนหรือสัญญาณเตือนถือเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต เมื่อเกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดตีบตันและครอบครัว ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ การรับรู้ระดับความเสี่ยงและการรับรู้สัญญาณเตือนจะส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติหรือการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดตีบตัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยทฤษฎีการจัดการอาการ⁽⁹⁾ ประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการ ซึ่งประสบการณ์การมีอาการเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการรับรู้อาการเตือน การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการเมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดตีบตันเกิดอาการผิดปกติ และผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองหรือจัดการความผิดปกติได้ ญาติผู้ป่วยจึงเป็นผู้ตอบสนองหรือจัดการแทน หากญาติมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค หรือการรับรู้ระดับความเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดตีบตัน ก็จะให้ความสำคัญในวิธีการจัดการอาการเพื่อบรรเทาหรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการจะบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและวิธีการจัดการ ดังการศึกษาพบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดตีบตันมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดตีบตัน และการรับรู้สัญญาณเตือนมีความสัมพันธ์กับการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดตีบตัน⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกตามระดับความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดตีบตัน
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ระดับความเสี่ยงและเปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงที่ถูกต้องระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดตีบตันและครอบครัว
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดตีบตันระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดตีบตันและครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 773 คน⁽¹¹⁾ และผู้ดูแลประจำครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 773 คน

กลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้

1. การสุ่มเลือกพื้นที่ศึกษาจากสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายอำเภอวังวิเศษ จำนวน 7 แห่ง ด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ

2. สุ่มจำนวนหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ จำนวนทั้งหมด 10 หมู่บ้าน สุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนได้จำนวน 5 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 1, 3, 4, 8 และ 19

3. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan⁽¹²⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 258 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 287 คน คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 287 คน 2) ผู้ดูแลประจำครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 287 คน

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาหรือยาฉีด 2) ไม่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในเขตบริการสุขภาพเครือข่ายตำบลเขาวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และ 4) ได้รับการประเมินแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹³⁾ (CVD risk Assessment) โดยใช้ตารางสี (Color chart) อยู่ในระดับเสี่ยง และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ขณะเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น และ 2) กลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในพื้นที่ในระยะเวลาการดำเนินการเก็บข้อมูล เป็นต้น

3.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลประจำครอบครัวกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 3) สามารถอ่านออกและเขียนได้ และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 คนในครอบครัว และ 2) ไม่อยู่ในพื้นที่ในระยะเวลาการดำเนินการเก็บข้อมูล เป็นต้น

3.3 จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยตามคุณสมบัติ และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละหมู่บ้าน และจับสลากอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการคัดกรอง CVD Risk Assessment⁽¹³⁾ โดยใช้ตารางสี (Color chart) แปลผลเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1.1 สีเขียว-มีโอกาสเสี่ยงระดับต่ำ (<10%), 1.2 สีเหลือง-มีโอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง (10 ถึงต่ำกว่า 20%), 1.3 สีส้ม-มีโอกาสเสี่ยงระดับสูง (20 ถึงต่ำกว่า 30%), 1.4 สีแดงจาง-มีโอกาสเสี่ยงระดับสูงมาก (30 ถึงต่ำกว่า 40%) และ 1.5 สีแดงเข้ม-มีโอกาสเสี่ยงระดับสูงอันตราย (≥40%)

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) ศาสนา 4) สถานภาพสมรส 5) ระดับการศึกษา และ 6) อาชีพปัจจุบัน

2.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล) ประกอบด้วย 1) ประเภทโรคประจำตัว 2) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง 3) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดล่าสุด 4) ระดับค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 5) ระดับไขมันในเลือด (Total cholesterol) 6) อัตราส่วนเอตต่อส่วนสูง 7) ประวัติการสูบบุหรี่ และ 8) การได้รับข้อมูลข่าวสาร

2.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) อายุ 2) เพศ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพปัจจุบัน 5) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และ 6) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

3. แบบสอบถามการรับรู้ระดับความเสี่ยง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้

3.1 สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ข้อ คำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบ คือ 1) การรับรู้ว่ามีความเสี่ยงหรือไม่ (รับรู้ว่ามีเสี่ยง/ไม่เสี่ยง รับรู้ว่ามีทราบ/ไม่แน่ใจ รับรู้ว่ามีเสี่ยง) 2) กรณีที่รับรู้ว่ามีความเสี่ยงอยู่ระดับใด (รับรู้ว่ามีความเสี่ยงระดับต่ำ รับรู้ว่ามีความเสี่ยงระดับปานกลาง รับรู้ว่ามีความเสี่ยงระดับสูง รับรู้ว่ามีความเสี่ยงระดับสูงมาก และรับรู้ว่ามีความเสี่ยงระดับอันตราย)

3.2 สำหรับครอบครัวกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ข้อ คำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบเกี่ยวกับ 1) การรับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีความเสี่ยงหรือไม่ (รับรู้ว่ามีเสี่ยง/ไม่เสี่ยง รับรู้ว่ามีทราบ/ไม่แน่ใจ รับรู้ว่ามีเสี่ยง) 2) กรณีที่รับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีความเสี่ยงอยู่ระดับใด (รับรู้ว่ามีความเสี่ยงระดับต่ำ รับรู้ว่ามีความเสี่ยงระดับปานกลาง รับรู้ว่ามีความเสี่ยงระดับสูง รับรู้ว่ามีความเสี่ยงระดับสูงมาก และรับรู้ว่ามีความเสี่ยงระดับอันตราย) 3) การรับรู้ในประเด็นการช่วยเหลืออันดับแรก และ 4) การรับรู้ในประเด็นระยะเวลาในการพาไปโรงพยาบาล เป็นต้น มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.92 ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการคูเออร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.76

4. แบบสอบถามการรับรู้และการจัดการสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสอบถาม⁽¹⁴⁾ ตามแนวคิด B.E.F.A.S.T ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) และกำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก (80-100 คะแนน) ระดับดี (60-79 คะแนน) ระดับปานกลาง (40-59 คะแนน) และระดับน้อย (20-39 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.96 ทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ
2. วิเคราะห์ความชุกตามระดับความเสี่ยง และการรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯและครอบครัว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและคำนวณร้อยละ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ระดับความเสี่ยงระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯและครอบครัว โดยใช้สถิติ McNemar's test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้และการจัดการสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯและครอบครัว โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง (IRB of BCNT 20/2567) ลงวันที่ 15 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัครในการวิจัย โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของอาสาสมัครอย่างชัดเจนก่อนการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการรับบริการหรือผลประโยชน์อื่นใดของอาสาสมัคร

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินดีเข้าร่วมจะลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมภายหลังจากได้รับคำอธิบายและเข้าใจเนื้อหาของกรวิจัยอย่างถ่องแท้

3. ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลจริงของอาสาสมัคร ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยจะรายงานเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น เพื่อไม่ให้สามารถระบุตัวตนอาสาสมัครได้

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเป็นรายคู่ ได้จำนวน 281 คู่ นำเสนอผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุเฉลี่ย 67.52 ปี (SD=11.07) อยู่ในช่วง 61-70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 34.88) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.24) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.93) อยู่ในสถานภาพคู่ (ร้อยละ 71.17) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 68.33) ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 46.26) มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 87.54) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง มีค่าเฉลี่ย 9.25, 8.38 และ 8.23 (SD=7.05, 5.95 และ 5.25 ตามลำดับ) อยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 45.30, 43.10 และ 44.44 ตามลำดับ) ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ย 7.15 mg% (SD=1.54) ระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 127.48 (SD=10.02) ระดับไขมันในเลือด (Total cholesterol) มีค่าเฉลี่ย 182.46 mg% (SD=39.18) อัตราส่วนเอวต่อส่วนสูง \geq ส่วนสูง/2 (ร้อยละ 87.90) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 82.92) ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อโทรทัศน์ (ร้อยละ 44.84)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.92) มีอายุเฉลี่ย 50.86 ปี (SD=14.31) อยู่ในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 24.91) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.77) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 44.13) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

9,937.72 บาท (SD=7266.161) อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 44.84) มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงๆ เป็นบุตรชาย/บุตรสาว (ร้อยละ 51.60) การรับรู้ในประเด็นการช่วยเหลืออันดับแรก โทร. 1669 (ร้อยละ 66.55) และการรับรู้ในประเด็นระยะเวลาในการพาไปโรงพยาบาล ภายใน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 55.16)

ส่วนที่ 2 ความชุกตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมิน (CVD Risk Assessment) โดยใช้ตารางสี (Color chart) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสีเหลือง-เสี่ยงปานกลาง (10% ถึงต่ำกว่า 20%) ร้อยละ 38.43 รองลงมา สีส้ม-เสี่ยงสูง (20% ถึงต่ำกว่า 30%) ร้อยละ 27.40 รายละเอียดดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (n=281)

การประเมินความเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สีเขียว-เสี่ยงต่ำ (<10%)	76	27.05
สีเหลือง-เสี่ยงปานกลาง (10% ถึงต่ำกว่า 20%)	108	38.43
สีส้ม-เสี่ยงสูง (20% ถึงต่ำกว่า 30%)	77	27.40
สีแดง-เสี่ยงสูงมาก (30% ถึงต่ำกว่า 40%)	20	7.12
สีแดงเข้ม-เสี่ยงสูงอันตราย ($\geq 40\%$)	0	0

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยง และการเปรียบเทียบความแตกต่างของความถูกต้องในการรับรู้ระดับความเสี่ยงระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 53.38) และครอบครัวมีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 48.40) เช่นเดียวกัน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการรับรู้ความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว (n=281)

การรับรู้ความเสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง		ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง	
	โรคหลอดเลือดสมอง		โรคหลอดเลือดสมอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับรู้ไม่มีความเสี่ยง	41	14.59	29	10.32
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	150	53.38	136	48.40
รับรู้มีความเสี่ยง	90	32.03	116	41.28

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวที่มีการรับรู้ว่ามีความเสี่ยง มีการรับรู้ตามความถูกต้องในเชิงสัมพันธ์ (ภายในแต่ละระดับ) คือ ระดับความเสี่ยงสีเขียว-เสี่ยงต่ำ (<10%) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงๆ รับรู้ถูกต้อง 17 คน (ร้อยละ 22.67) และครอบครัวรับรู้ถูกต้อง 10 คน (ร้อยละ 13.33) ระดับความเสี่ยงสีเหลือง-เสี่ยงปานกลาง (10 ถึงต่ำกว่า 20%) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงๆ รับรู้ถูกต้อง 20 คน (ร้อยละ 18.35) และ

ครอบครัวรับรู้ถูกต้อง 21 คน (ร้อยละ 19.27) ระดับความเสี่ยงสี่ส้ม-เสี่ยงสูง (20 ถึงต่ำกว่า 30%) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ และครอบครัวรับรู้ถูกต้องเท่ากัน คือ 3 คน (ร้อยละ 3.95) ระดับความเสี่ยงสี่แดง-เสี่ยงสูงมาก (30 ถึงต่ำกว่า 40%) และระดับความเสี่ยงสี่แดงเข้ม-เสี่ยงสูงอันตราย ($\geq 40\%$) ไม่มีทั้งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ และครอบครัวที่รับรู้ความเสี่ยงถูกต้อง รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวตามความถูกต้องในเชิงสัมพัทธ์ (ภายในแต่ละระดับ)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน (คน)	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง		ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรับรู้	
		รับรู้ความเสี่ยงถูกต้อง (n=90)	% ภายในระดับ	ความเสี่ยงถูกต้อง (n=116)	% ภายในระดับ
สีเขียว-เสี่ยงต่ำ (<10%)	75	17	22.67	10	13.33
สีเหลือง-เสี่ยงปานกลาง (10% ถึงต่ำกว่า 20%)	109	20	18.35	21	19.27
สีส้ม-เสี่ยงสูง (20% ถึงต่ำกว่า 30%)	76	3	3.95	3	3.95
สีแดง-เสี่ยงสูงมาก (30% ถึงต่ำกว่า 40%)	21	0	0	0	0
สีแดงเข้ม-เสี่ยงสูงอันตราย ($\geq 40\%$)	0	0	0	0	0

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ และครอบครัวมีการรับรู้ระดับความเสี่ยงถูกต้องตรงกันจำนวน 18 คู่ (ร้อยละ 45.00) และมีการรับรู้ระดับความเสี่ยงไม่ถูกต้องตรงกันจำนวน 225 คู่ (ร้อยละ 93.36) ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงไม่ตรงกัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีการรับรู้ถูกต้องแต่ครอบครัวรับรู้ไม่ถูกต้อง 22 คู่ (ร้อยละ 55.00) และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ รับรู้ความเสี่ยงไม่ถูกต้องแต่ครอบครัวรับรู้ถูกต้อง 16 คู่ (ร้อยละ 6.64) ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ และครอบครัวไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว (n=281)

การรับรู้ระดับความเสี่ยง	ครอบครัวรับรู้ถูกต้อง	ครอบครัวรับรู้ไม่ถูกต้อง	รวม	ค่า McNemar test (p-value)
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯรับรู้ถูกต้อง	18 (45.00)	22 (55.00)	40 (100.00)	0.48
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯรับรู้ไม่ถูกต้อง	16 (6.64)	225 (93.36)	241 (100.00)	
รวม	34 (12.10)	247 (87.90)	281 (100.00)	

$p < 0.05$

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้และการจัดการสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว

ผลการเปรียบเทียบคะแนนรวมระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว พบว่าครอบครัวมีคะแนนรวมเฉลี่ย (80.02 ± 10.06) สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ (77.80 ± 11.50) ความแตกต่างเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเท่ากับ 2.21 (95% CI [0.56, 3.87]) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(280) = 2.63, p=0.009$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้และการจัดการสัญญาณเตือนของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว โดยใช้สถิติ paired t-test ($n=281$)

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	SE	Mean Difference	95% CI of Difference	t	df	p-value
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ	77.80	11.50	0.69					
ครอบครัว	80.02	10.06	0.60			2.63	280	0.009**
ผลต่างคู่				2.21	0.56-3.87			

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. ความชุกตามระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

จากการประเมินความเสี่ยง CVD Risk Assessment โดยใช้ตารางสี (Color chart) ผลการศึกษาพบว่าความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่าง มีการกระจายตามระดับความเสี่ยงที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงสูง (สีเหลืองและสีส้ม) โดยอยู่ในระดับสีเหลือง-เสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 38.43) และอยู่ในระดับสีส้ม-เสี่ยงสูง (ร้อยละ 27.40) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะประชากรที่ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 72.96) เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเสี่ยงมากขึ้นตามวัย ซึ่งอายุที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁵⁾ การกระจายความเสี่ยงนี้สะท้อนถึงความสำคัญของการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรวัยกลางคนถึงผู้สูงอายุ ความชุกของระดับความเสี่ยงที่จำแนกโดยเกณฑ์ทางคลินิกและชีวเคมีสะท้อนถึงการมีปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลาย เช่น ความดันโลหิตสูง (93.57% อยู่ในช่วง 120-160 mmHg) และคอเลสเตอรอลที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (ค่าเฉลี่ย 182.46 mg/dL , $SD=39.18$) อัตราส่วนเอวต่อส่วนสูงมากกว่าหรือเท่ากับส่วนสูงหาร 2 (ร้อยละ 87.90) ซึ่งเป็นปัจจัยในการเพิ่มความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนทั่วไปหลายเท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนมักมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่ยังไม่ถึงขั้นรุนแรง⁽¹⁶⁾

2. การรับรู้ระดับความเสี่ยงและเปรียบเทียบความถูกต้องของการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ทั้งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ และครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจต่อระดับความเสี่ยงของตนเอง (ร้อยละ 53.38 และ 48.40 ตามลำดับ) ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่าการรับรู้ความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ และครอบครัวยังอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 32.03 และ 41.28 ตามลำดับ) และแม้ในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีความเสี่ยงก็ยังมีคามเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงที่แท้จริง (Perceived risk) มีเพียงส่วนน้อยที่รับรู้ความเสี่ยงถูกต้อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงพบว่ามีการรับรู้ถูกต้องน้อยมาก (ต่ำกว่าร้อยละ 5) และในระดับเสี่ยงสูงมากไม่มีทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่รับรู้ถูกต้องเลย เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่ระบุว่ามีความเสี่ยง พบว่ามีการกระจายการรับรู้ไปในทุกระดับ ตั้งแต่สีเขียว-เสี่ยงต่ำถึงสีแดงเข้ม-เสี่ยงสูงอันตราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้ว่าตนเองอยู่ในระดับสีเขียว-เสี่ยงต่ำและระดับสีเหลือง-เสี่ยงปานกลาง ขณะที่ครอบครัวมีแนวโน้มรับรู้ว่าคุณป่วยอยู่ในระดับสีเหลือง-เสี่ยงปานกลางมากกว่า ข้อค้นพบนี้สะท้อนถึงความแตกต่างทางมุมมองระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวต่อความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยกับการสังเกตจากภายนอกของครอบครัว และสอดคล้องกับแนวคิด Optimistic bias ที่เชื่อว่าบุคคลมักมองความเสี่ยงของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง อาจเกิดจากการขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และการขาดประสบการณ์ตรงในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองบางกลุ่ม มีการรับรู้ความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริงและยังไม่มีความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁷⁾

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ระดับความเสี่ยงระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ และครอบครัวพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ทั้งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ และครอบครัวมีการรับรู้ในทิศทางเดียวกัน ส่วนใหญ่ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจว่ามีความเสี่ยงหรือไม่ และการรับรู้ระดับความเสี่ยงมีความถูกต้องตรงกันเพียง 18 คู่ (281 คู่) ร้อยละ 6.40 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงที่แท้จริงของโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อมักต่ำกว่าความเป็นจริง และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดก็มักได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การรับรู้ใกล้เคียงกัน⁽¹⁸⁾

3. เปรียบเทียบการรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลที่ใกล้ชิด มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรชาย/บุตรสาว (ร้อยละ 51.60) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 22.78) ซึ่งมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อด้านสุขภาพต่างๆ ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลมีแนวโน้มรับรู้สัญญาณเตือนและแสวงหาการรักษาได้เร็วกว่า ส่งผลต่อโอกาสการเข้ารับบริการฉุกเฉิน (เช่น โทร.1669 และนำส่งโรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมง)⁽¹⁹⁾ ซึ่งสะท้อนความสำคัญ

ของบทบาทครอบครัวในการช่วยเหลือและดูแลในกรณีฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง แสดงว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการเตือน ซึ่งครอบครัวจะเป็นแหล่งข้อมูลและแรงสนับสนุนหลักของผู้ป่วยในการจัดการความเสี่ยงโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.55) ทราบว่าควรโทร 1669 เป็นอันดับแรกเมื่อพบอาการ และผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.16) ทราบว่าควรพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมง ข้อมูลนี้เน้นย้ำถึงบทบาทที่สำคัญของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ การสนับสนุนทางครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง⁽²⁰⁾

โดยสรุปการศึกษานี้สะท้อนว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวยังมีการรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อยและมีการรับรู้ที่ถูกต้องในระดับต่ำ และแม้ครอบครัวจะมีการรับรู้และการจัดการสัญญาณเตือนสูงกว่า แต่ยังคงมีช่องว่างของความรู้ที่ต้องได้รับการพัฒนาจากข้อมูลสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล รวมถึงการใช้สื่อสาธารณะที่ตรงกลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและส่งเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่มุ่งเน้นแบบองค์รวมและมีส่วนร่วมของครอบครัว

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวต่ำกว่าความจริงและรับรู้ไม่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลควรเน้นการสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว เน้นการให้คำปรึกษาเฉพาะราย (Individualized counseling) เพื่อช่วยลดช่องว่างระหว่างการรับรู้กับความเป็นจริง และเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกและครอบครัว
2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลและเฝ้าระวังอาการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าครอบครัวมีการรับรู้และการจัดการสัญญาณเตือนที่ดีมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ จะช่วยเพิ่มการจัดการที่รวดเร็วและเหมาะสมกรณีที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงติดตามผล (Longitudinal study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการรับรู้ระดับความเสี่ยงและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวในระยะยาว เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี
2. ควรศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และการสร้างความตระหนักรู้แก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเชิงรุกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการป้องกันและการเข้ารับการรักษาได้ทัน่วงที

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้ให้ทุนการวิจัยสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงและได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อนำไปพัฒนาการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รมรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566 เผยปีนี้ประเทศไทยพบผู้ป่วยกว่า 3 แสนราย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 29]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/10/28741>
2. ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบุลย์, นฤมล เปรมาสวัสดิ์, อารีรัตน์ เปสูงเนิน, นงนภัทร รุ่งเนย, ผุสดี ดำนกุล. แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(3):74-89.
3. วีระศักดิ์ อเนกศักดิ์, สุรพันธ์ สืบเนียม, สิริธร นิลวรรณภา. การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุทธาเวช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(4):27-37.
4. Jo M, Oh H, Jang S-Y, Jo A. Factors influencing unawareness of warning signs of stroke among hypertensive diabetic patients at a high risk for stroke: The 2017 Nationwide Community Health Survey in Korea. Korean J Adult Nurs. 2019;31(4):403-13. doi:10.7475/kjan.2019.31.4.403.
5. พรทิพย์ จอกกระจ่าย, ปาฬินทร์รฎา ธนาพัทธ์ธิวากุล, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. รู้เท่าทัน รู้ป้องกันภัยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2566;29(3):108-20.
6. วรณา บุญสวยขวัญ, อมรรัตน์ กลับรอด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2565;2(2):61-75.
7. วิไลภรณ์ สว่างมงคล, เขมรตี มาสิงบุญ, วัลภา คุณทรงเกียรติ. ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(3):90-101.
8. Lin B, Zhang Z, Guo Y, Wang W, Mei Y, Wang S, Tong Y, Shuaib N, Cheung D. Perceptions of recurrence risk and behavioural changes among first-ever and recurrent stroke survivors: A qualitative analysis. Health Expect. 2021 Dec;24(6):1962-1970. doi: 10.1111/hex.13335.

9. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001 Mar;33(5):668-76. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x.
10. อาณัติ วรรณะ, นิภา กิมสูงเนิน, รัชณี นามจันทร์. การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*. 2563;2(1):30-44.
11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ. ฐานข้อมูลรายงานทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [database on the Internet]. Trang: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ; 2567.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10.
13. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (CVD Risk Assessment). กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2559.
14. สายฝน เต็บสูงเนิน, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2560;32(5):482-90.
15. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2022 Feb 22;145(8):e153-e639. doi: 10.1161/CIR.0000000000001052.
16. ทิพวรรณ ทองสุข, วรรณภา ทองใบ, ศศิธร พูลสวัสดิ์. ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในเขตชนบท. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข*. 2564;35(3):45-59.
17. Aycock DM, Clark PC, Anderson AM, Sharma D. Health Perceptions, Stroke Risk, and Readiness for Behavior Change: Gender Differences in Young Adult African Americans. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2019 Aug;6(4):821-829. doi: 10.1007/s40615-019-00581-0.
18. Chen X, Orom H, Hay JL, Waters EA, Schofield E, Li Y, Kiviniemi MT. Differences in Rural and Urban Health Information Access and Use. *J Rural Health*. 2019 Jun;35(3):405-417. doi: 10.1111/jrh.12335.
19. กัญญารัตน์ ศรีบุญเรือง, รัตนภรณ์ อ่อนน้อม, อรุมา เกิดผล. ความรู้และการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*. 2565;18(2):112-25.
20. Smith D, Lee H. The role of family in stroke risk perception and prevention. *Stroke Prev J*. 2025;30(2):120-30. doi:10.1177/19418744211006215.