



ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Predicting Awareness of Warning Signs Management among Risk Group Stroke Patients in Community, Ubon Ratchathani Province

ภูษนิศา มีนาเขต¹ นิชนันท์ สุวรรณภูมิ² สาวิตรี สิงหา¹ ธีรนุช ยินดีสุข²

Phusanisa Meenakate¹ Nitchanun Suwannagoot² Sawitree Singhard¹ Teranut Yindesuk²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, ²Faculty of Nursing, Ratchathani University Ubon Ratchathani

Corresponding author: Phusanisa Meenakate; Email: Phusanisa.m@ubu.ac.th

Received: August 22, 2023 Revised: December 24, 2023 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเกิดหลอดเลือดตีบ แตก หรืออุดตันในเวลาใดก็ได้ ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคนี้จึงควรมีความตระหนักรู้เพื่อขอความช่วยเหลือได้อย่างทันเวลา การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความตระหนักรู้และปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่า CVI เท่ากับ .86, .94, .75 และ 1.0 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77, .88, .75 และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อยู่ในระดับสูง ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถร่วมกันทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 25.00 ($R^2=.25$, $p<.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ว่าเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพควรมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและส่งเสริมความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างทันเวลาซึ่งจะเป็นการลดอัตราเสียชีวิตและทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ: ความตระหนักรู้; โรคหลอดเลือดสมอง; สัญญาณเตือน



Factors Predicting Awareness of Warning Signs Management among Risk Group Stroke Patients in Community, Ubon Ratchathani Province

Phusanisa Meenakate¹ Nitchanun Suwannagoot² Sawitree Singhard¹ Teranut Yindesuk²

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, ²Faculty of Nursing, Ratchathani University Ubon Ratchathani

Corresponding author: Phusanisa Meenakate; Email: Phusanisa.m@ubu.ac.th

Received: August 22, 2023 **Revised:** December 24, 2023 **Accepted:** February 29, 2024

Abstract

Patients at risk of stroke have a chance to face with critical conditions due to cerebrovascular accident any time. Thus, they should be aware of warning signs in order to promptly manage their risks of stroke. This study used a predictive correlation research design conducted to examine awareness of stroke warning signs management and its predictive factors among patients at risk of stroke in community. The participants included 160 patients at risk of stroke in Ubon Ratchathani Province. Data were collected by questionnaires to assess personal information; perceived leading factors, enabling factors, and contributing factors for stroke; and awareness of managing the warning signs of stroke. These questionnaires were reviewed for content validity by experts. The CVI values were .86, .94, .75 and 1.0, respectively, and their reliability values were .77, .88, .75, and .76, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results showed that awareness of stroke warning signs management among patients in the community was at a high level, which perceived risks for stroke and the contributing factor related to support from health personnel were significant predictors for awareness of stroke warning signs management among patients at risk of stroke in the community. These factors could explain 25.00% of the variances of awareness of stroke warning signs management ($R^2=.25$, $p<.05$). The findings in this study indicate that health care providers should encourage the patients to be aware of the risks of stroke and promote awareness of prompt management when warning signs occur to reduce mortality and disability in stroke patients.

Keywords: awareness; stroke; warning sign

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของทั่วโลก จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 355,671 คน เสียชีวิต 34,728 คน โดยประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน² โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ³ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เกิดการอ่อนแรงครึ่งซีก สูญเสียความสามารถในการทรงตัว บกพร่องเรื่องการพูดและการสื่อสาร และผลกระทบทางด้านจิตใจอารมณ์ ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองภายในช่วง 6 เดือนแรกมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁴ แนวทางการรักษาที่สำคัญคือการให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะในกรณีที่เกิดจากสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator : tPA) ภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง หรือ 270 นาที เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้นซึ่งจะช่วยลดความพิการได้⁵ แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้เนื่องจากความล่าช้าในการเข้ารับบริการ สาเหตุที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการที่ล่าช้าของผู้ป่วย คือ ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (stroke awareness)⁶⁻⁷

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนัก การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และงดการสูบบุหรี่ ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และกฎเกณฑ์สำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือการสร้าง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพื่อย้ำเตือนให้เห็นความสำคัญและอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมอง อันจะช่วยลดภาระโรค ความพิการและอัตราการเสียชีวิตได้ 3 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (stroke awareness) เป็นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับอาการเตือน อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ 1) ความรู้ความเข้าใจซึ่งถือเป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตามการเพิ่มความรู้ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป 2) อารมณ์ความรู้สึกหรือความเชื่อ เป็นความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นกับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเป็นโรค และความเชื่อต่อประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง และ 3) พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัว⁸⁻⁹ องค์การอนามัยโรคและองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการสร้าง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนโดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนเพื่อให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทันท่วงที่¹ เช่นเดียวกับประเทศไทยโดยมีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการณรงค์ให้ประชาชนได้มีความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองตามหลักการ F.A.S.T คือ Face ใบหน้าชาหรืออ่อนแรง หน้าเบี้ยว มุมปากตกข้างหนึ่ง ตามัวเห็นภาพซ้อน Arm แขนหรือขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ยกแขนหรือขาไม่ขึ้น กำมือได้ลดลง ซาตามแขนขา เดินเซ Speech พูดลำบาก พูดไม่ชัด มึนงง สับสนและมีปัญหาในการพูด และ Time ต้องรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด และการจัดการตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือน แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้สัญญาณเตือนในระดับน้อยถึงมาก และมีการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในระดับปานกลาง



ถึงระดับสูง¹⁰⁻¹³ ดังนั้นทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งอาจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

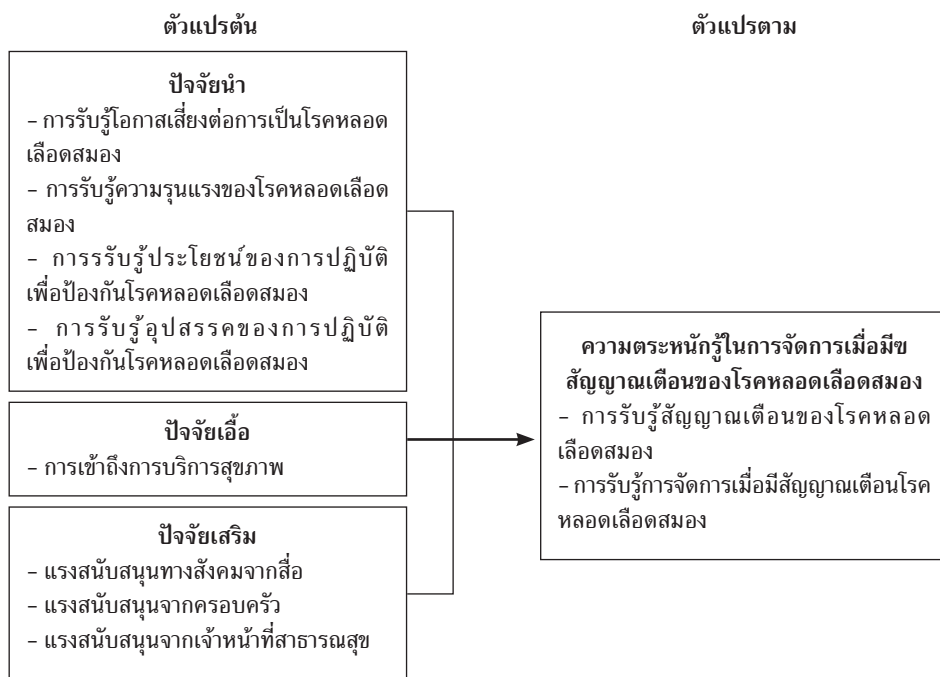
จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2562 ถึง 2565 พบมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .74 .79 .84 และ .84 ตามลำดับ ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ในเขตบริการสุขภาพ 10 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 40.1 ที่มารับบริการทันเวลา โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาทันเวลา คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การเดินทางมารับการรักษา ระยะทางมารับการรักษา สถานที่ขณะเกิดอาการและบุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ¹⁴⁻¹⁵ จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่านอกจากปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่เพื่อลดความรุนแรงและลดความพิการของผู้ป่วยแล้ว ยังพบว่าปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคมก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model¹⁶ ที่ได้อธิบายว่า พฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลเกิดขึ้นได้จากปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล เช่น ความรู้ ความเชื่อ และการรับรู้ ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดพฤติกรรม เช่น การเข้าถึงแหล่งบริการและ ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากภายนอกตัวบุคคล

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาเฉพาะด้านปัจจัยนำ เช่น เพศ อายุ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ความรู้และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนการศึกษาถึงปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมพบว่ามีจำนวนน้อย นอกจากนี้ยังไม่พบมีการศึกษาปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของจังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมาใช้ในการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการส่งเสริมความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อมีสัญญาณเตือน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดอัตราการเกิดภาวะพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ของปัจจัยนำเข้า (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) และปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ต่อความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูง อาศัยในเขตจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 301,150 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตจังหวัดอุบลราชธานี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ มีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลียมาก หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ อัมพาตแขนขา จอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น

ขนาดของตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G Power โดยใช้สถิติ multiple regression โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .95 ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 ค่า Effect Size ขนาดกลาง เท่ากับ .15¹¹ จำนวนปัจจัยทำนาย เท่ากับ 8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 160 ราย วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน



(multi-stage sampling) ขั้นตอนที่ 1 เลือกอำเภอ ด้วยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากแบบแทนที่ (selection with replacement) ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 อำเภอ สุ่มเลือก 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเขมราฐ อำเภอวารินชำราบ อำเภอเดชอุดม อำเภอนาตาล อำเภอนาเยีย ขั้นตอนที่ 2 เลือกตำบลแบบเจาะจง (purposive sampling) อำเภอละ 2 ตำบล โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้คัดเลือกให้ตำบลละ 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ BMI ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (check list) และแบบเติมข้อความ (open end)

2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยนำ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างคำถามโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model¹⁶ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 6 ข้อ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากสังคมสื่อ จำนวน 5 ข้อ แรงสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 6 ข้อ แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การตัดสินใจระดับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ ดังนี้ มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.69–5.00) มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.35–3.68) และมีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.34)

3. แบบสอบถามปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับการเข้าถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ระดับการเข้าถึงมาก เท่ากับ 4 คะแนน ระดับการเข้าถึงน้อย เท่ากับ 3 คะแนน ระดับการเข้าถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ได้เข้าถึงหรือไม่มีการเข้าถึงบริการ เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การตัดสินใจระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ ดังนี้ การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.69–5.00) การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.35–3.68) และการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.34)

4. แบบสอบถามความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ และการรับรู้การจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน เกณฑ์การตัดสินใจความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ ดังนี้ ระดับความตระหนักรู้สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.35–3.00) ระดับความตระหนักรู้ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.68–2.34) และระดับความตระหนักรู้ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.67)



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือส่วนที่ 2-4 ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .86, .94, .75 และ 1.0 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีและนำมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77, .88, .75 และ .76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC 08/2566 ลงวันที่ 18 มกราคม 2566 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบที่ได้ถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงให้ความร่วมมือและลงชื่อในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูล

วิธีการรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน 2566 โดยจัดทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และติดต่อประสานงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พังเคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนสาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกษม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวงาม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านเขมรเจริญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงเผ่า ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลเขมรราช ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงรายละเอียดวิธีการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 20 นาที ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืน พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise regression analysis) ซึ่งผลการตรวจสอบเงื่อนไขการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นและมีการแจกแจงปกติ ตัวแปรทุกตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน พิจารณาจากค่า Dubin-Watson เท่ากับ 2.08 ไม่เกิด homoscedasticity ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) พิจารณาจาก Variance inflation factor (VIF) เท่ากับ 1.24 และ Tolerance มีค่าเท่ากับ .80



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.4) มีอายุระหว่าง 56 – 65 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 34.4) อายุเฉลี่ย 61.92 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.30) และจบชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 65.6) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.8) ส่วนใหญ่มีระดับ BMI อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 30.6) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 85.6) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 80.0) และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 63.1) ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 52.5) โดยได้รับทางสื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายโฆษณามากที่สุด (ร้อยละ 97.5) รองลงมาคือจากเพื่อน หรือคนรู้จักและจากอินเทอร์เน็ตสื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 91.9)

2. ความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=2.78, SD=.50) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้การจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Mean=2.81, SD=.26) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ อาการชาของกล้ามเนื้อใบหน้า เช่น ปากเบี้ยว หนังตาตก มุมปากตก อย่างทันทีทันใดเป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=2.85, SD=.46) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ขณะรับประทานอาหารเช้ามีอาการกลืนลำบากเกิดขึ้นทันทีทันใดเป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=2.65, SD=.64) ส่วนในด้านการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน (Mean=2.75, SD=.37) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองต้องรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด (Mean=2.97, SD=.19) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เมื่อมีสัญญาณเตือนควรดื่มน้ำ งดอาหารและยาทุกชนิดก่อนมาโรงพยาบาล และควรจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีสัญญาณเตือน (Mean=2.75, SD=.37)

3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

ปัจจัยนำ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค พบว่า ในภาพรวมอยู่ระดับมาก (Mean=4.08, SD=.69) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.48, SD=.60) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการอัมพาต อัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้ไม่สามารถใช้มือ แขนขาในการหยิบจับและไม่สามารถเดินได้ (Mean=4.56, SD=.63) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Mean=4.40, SD=.77) รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=4.23, SD=.61) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ/หรือโรคไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย (Mean=4.40, SD=.79) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Mean=3.35, SD=.82) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Mean=4.21, SD=.50) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (Mean=4.53, SD=.60) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=2.96, SD=1.27) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Mean=3.40, SD=1.05) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเป็นเรื่องยากสำหรับท่าน



(Mean=3.73, SD=1.28) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ กิจกรรมประจำวันที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงทำให้การรับประทานยารักษาโรคตรงเวลาเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก (Mean=3.15, SD=1.36)

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.52, SD=.56) โดยการเข้าถึงบริการด้านการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.74, SD=.54) รองลงมาคือ การเข้ารับบริการรักษาและฟื้นฟูสภาพได้ทุกครั้งที่มีปัญหาสุขภาพ และความเชื่อมั่นในคุณภาพของสถานบริการใกล้บ้าน (Mean=4.73, SD=.61) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=3.75, SD=1.50)

ปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนจากสังคมสื่อ จากครอบครัว และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.79, SD=1.02) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=3.96, SD=.80) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ หากมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองคนในครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือในการนำส่งและดูแลที่โรงพยาบาลได้ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับการดูแลและได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวในด้านการ (Mean=4.26, SD=.81) ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=3.53, SD=1.26) รองลงมาคือแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean=3.94, SD=1.06) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ได้รับการยกย่องชมเชยและให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติจัตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean=4.30, SD=.86) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจสอบสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=3.79, SD=1.32) และแรงสนับสนุนจากสังคมสื่อ (Mean=3.47, SD=1.22) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean=3.78, SD=1.32) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนจากสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ นิตยสาร คู่มือสุขภาพ (Mean=3.28, SD=1.36)

4. ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนพบว่า ปัจจัยที่ทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Beta=.296) และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Beta=.291) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้ร้อยละ 25.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adj R²=.240, p<.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายกับความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (n = 160)

ปัจจัยทำนาย	b	Beta	SE	t	p-value
แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.075	.296	.020	3.837	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	.129	.291	.034	3.774	.000
Constant = 1.938, R=.500, R ² =.250, Adj R ² =.240, SEE=.235, F=26.09, p<.05					



อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.78, SD = .50) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านการสื่อสารในช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ได้มีการรณรงค์เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งวิธีการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนที่ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง^{3,10} แตกต่างจากการศึกษาของผุสดี ก่อเจตีย์, ประไพ กิตติบุญฉวี, นุสรานา นามเดช และจิราภรณ์ ชื่นน้ำ¹¹ ที่พบว่าประชาชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่าในด้านการรับรู้สัญญาณเตือนและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนมีบางข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ขณะที่รับประทานอาหารและมีอาการกลืนลำบากเกิดขึ้นทันทีทันใด เป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อมีสัญญาณเตือนควรดื่มน้ำ ดื่มน้ำและยาทุกชนิดก่อนมาโรงพยาบาล และควรจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีสัญญาณเตือน

2. ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี คือ ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Mean = 291) และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean = 296) สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามแนวคิดของ PRECEDE Model¹⁶ ซึ่งอธิบายว่าปัจจัยนำเป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยนำที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว คือ ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ เช่นเดียวกับแนวคิดของ Breckler⁹ ซึ่งได้อธิบายว่าอารมณ์ความรู้สึกหรือความเชื่อเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของความตระหนักรู้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock¹⁸ ซึ่งได้อธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจะมีผลให้บุคคลมีการรับรู้ภัยคุกคามหรือสัญญาณเตือนที่จะเกิดขึ้นจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือมีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอานัต วรรณะ, นิภา กิมสูงเนิน, รัชณี นามจันทร์¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนใหญ่รับบริการตรวจรักษา การตรวจตามนัด การรับยาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังนั้นจึงได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะจากแพทย์และพยาบาลในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ สัญญาณเตือนรวมทั้งการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการให้กำลังใจกับผู้ป่วย สอดคล้องกับวิลเลียมส์ คำตัน¹⁹ ซึ่งได้อธิบายว่าการสร้างแรงจูงใจและให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลและจัดการสุขภาพของตนเอง



ได้แต่อย่างไรตามจากผลการศึกษาพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีอำนาจทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน คือ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่าในปัจจุบันจากนโยบายของรัฐที่ได้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการจัดให้มีหน่วยให้บริการสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ขยายไปยังพื้นที่ในระดับตำบล และการประชาสัมพันธ์การให้บริการ 1669 ทำให้มีการเรียกใช้บริการจากประชาชนเพิ่มมากขึ้น การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก เท่าเทียมและรวดเร็ว จึงอาจทำให้ไม่สามารถทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลรวมทั้งประชาชนในชุมชนได้รับความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งวิธีการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือน โดยอาจจัดทำเป็นสื่อประชาสัมพันธ์โดยเน้นข้อความที่สั้นกระชับ เข้าใจง่ายตามหลัก FAST รวมทั้งรายละเอียดของการจัดการตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือน พร้อมทั้งอธิบายถึงเหตุผลในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นการเพิ่มความตระหนักในการปฏิบัติตาม เบอร์โทรหรือช่องทางติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือหรือการช่องทางการสื่อสารของชุมชนในการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่เพื่อป้องกันความรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาลปฐมภูมิ เช่น พยาบาลชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและสื่อสารให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลทราบถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและส่งเสริมความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในแต่ละกลุ่มโรคตามระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น รูปแบบการปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยง รูปแบบการส่งเสริมความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 10 แห่งที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่รวมทั้งคอยอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



References

1. World Health Organization. World Stroke Day 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec30] Available from <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>.
2. National Institute for Emergency Medicine. Situations and trends in health and emergency medicine (global and Thailand) [Internet].2022 [cited 2022 Nov 19] Available from http://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/Ebook/414764_20220208161448.pdf.
3. Pesungnoen A, Suwonroop N, Pinyopasakul W. Factors predicting stroke prevention behaviors in patients at risk in primary care units. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2018;24(1):41–56.(in Thai)
4. Wongs D, Soivong P, Chaiard J. Quality of among stroke persons within six months post diagnosis. Nursing Journal. 2018;45(2):40–50.(in Thai)
5. Douthipsirikul S, Wachiradilok P, Sirisamud T. The study of the emergency medical service situation and the development of emergency operation quality in stroke patients Report. National Institute for Emergency Medicine.2022.(in Thai)
6. Khantichitr P, Sanchaisuriya P, Thepphawan P. Time-to-treatment of stroke patients: experience from Ubon Ratchathani Province. Thailand. Journal of Health Systems Research 2016;10(3):277–88. (in Thai)
7. Suriya M, Siriruay M, Lekphet J, Soisungnoen T, Deeraksa S. Time to access and referral of stroke patients in Thakhuntho Hospital Thakhuntho District, Kalasin Province. Mahasarakham Hospital Journal 2020;17(3):140–7.(in Thai)
8. Pancioli AM, Broderick J, Kothari R, et.al. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. JAMA 1998;279(16):1288–92.
9. Breckler SW. Attitude structure and function. Hilladate NJ: L.Erlbaum Association. 1986.
10. Wanna A, Kimsungnoen N, Namjuntra R. Perceptions and management of warning signs among persons at risk of stroke. APHEIT Journal of Nursing and Health 2020;2(1):30–44.(in Thai)
11. Korjedee P, Kittiboonthawal P, Namdej N, Chunchum J. A Predictive factors of the knowledge levels with stroke risk factors and warning signs in Saraburi community people. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2022;32(2):65–77.(in Thai)
12. Tanan R, Kompayak J, Srihawa O. Awareness of stroke warning signs management among patients with high-risk hypertension. HCU Journal and Health Science 2018;22(43–44):13–26.(in Thai)
13. Sonti A, Noppakhun T, Duangchan C. factors influencing early hospital arrival among acute ischemic stroke patients in Hua Hin Hospital. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2022;5(3):24–38.(in Thai)
14. Kunlana K, Srisanpang P, Panpanit L, Tiamkao S. Factors related to treatment of stroke in patients with acute ischemic stroke in a tertiary hospital, Ubon Ratchathani Province. North–Eastern Thai Journal of Neuroscience 2021;13(1):31–43.(in Thai)



15. Kamsareeruk J, Jitpanya C. Factors related to prehospital time in patients with acute ischemic stroke 2015;7(2):106-19.(in Thai)
16. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the PRECEDE MODEL in health promotion. Thai Red Cross Nursing Journal 2019;12(1):38-48.(in Thai)
17. VanVoorhis CW, MorganBL. Understanding power and rules of thumb for determining sample size. Tutorials in Quantitative Method for Psychology. 2007;3(2):43-50.
18. Best, J. Research in education. New jersey:Prentice-Hall.1981.
19. Rosenstock IM, Stretcher VL, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly 1998;15(2):175-183.
20. Komton V. Stroke patients's self-management: application of empirical evidence. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2019;34(1):25-41.(in Thai)