

ผลของการให้ความรู้ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเขานิเวศน์

Effects of Health Education on Stroke Patients in Khao Niwet Subdistrict

สุนทรี จันทรกุล

Suntree Chantarakul

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระนอง

(Received: May 1, 2026; Accepted: May 27, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณแบบทดลองเบื้องต้น (Pre-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับความรู้ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเขานิเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านในระบบดูแลต่อเนื่อง (THAI COC) จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ดำเนินการทดลองโดยพยาบาลวิชาชีพพล่งพื้นที่ให้สุศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 2 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้สุศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 8.90 เป็น 13.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูงถึงร้อยละ 86.67 ในส่วนของทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 88.16 เป็น 91.53 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .069$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนฐานในระดับที่พึงพาตนเองได้ที่อยู่แล้วประกอบกับการฟื้นฟูทักษะทางกายภาพต้องอาศัยระยะเวลา

สรุปได้ว่า การให้ความรู้ผ่านระบบการเยี่ยมบ้าน (THAI COC) เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับความรู้และความตระหนักในการจัดการโรคของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ข้อเสนอแนะจากการศึกษาคือควรนำรูปแบบการให้สุศึกษานี้ไปใช้เป็นมาตรฐานในการเยี่ยมบ้าน และควรบูรณาการการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การให้สุศึกษา, ทักษะการดูแลตนเอง, การเยี่ยมบ้าน, THAI COC



Abstract

This pre-experimental quantitative research, utilizing a one-group pretest-posttest design, aimed to compare the knowledge and self-care skills of stroke patients in Khao Niwet Subdistrict, Mueang District, Ranong Province, before and after receiving health education. The sample consisted of 30 stroke patients referred for home visits through the Thai Continuous of Care (THAI COC) system. The research instruments included a demographic questionnaire, a knowledge assessment test, and the Barthel ADL Index for assessing daily living skills. The intervention involved registered nurses conducting two home visits to provide health education on cerebrovascular disease. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results revealed that after receiving health education, the sample's average knowledge score regarding stroke significantly increased from 8.90 to 13.30 ($p < .001$). Additionally, 86.67% of the sample demonstrated a high level of knowledge. Regarding daily living skills, the average score increased from 88.16 to 91.53; however, the difference was not statistically significant ($p = .069$). This was primarily due to the sample's already high baseline scores, indicating a high level of independence, combined with the fact that physical skill rehabilitation requires a longer duration.

In conclusion, providing health education through the home visit system (THAI COC) is an effective mechanism for enhancing knowledge and awareness of stroke management among patients. The study recommends integrating this health education model as a standard practice for home visits and collaborating with a multidisciplinary team for the long-term physical rehabilitation of patients.

Keywords : Stroke, Health Education, Self-Care Skills, Home Visit, THAI COC

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease: Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรง มีผู้ป่วยทั่วโลกถึง 15 ล้านคน ส่งผลให้มีผู้พิการถาวร 5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 6.7 ล้านคน โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 2 ใน 3 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่าในปี 2563 จะเพิ่มขึ้น 2 เท่า โดย 1 ใน 6 ของประชากรโลกมีโอกาสป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization [WSO], 2016) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของประชากรโลก คิดเป็นร้อยละ 10.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนในช่วงปี 2559 - 2561 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 399.88, 423.27 และ 471.72 ตามลำดับ แม้อัตราการตายจะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทั้งนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยในปี 2551 พบค่ารักษาผู้ป่วยในเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย และคาดการณ์ว่าหากมีผู้ป่วย 0.5 ล้านคน ประเทศจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากถึง 20,632 ล้านบาทต่อปี สำหรับสถานการณ์ในระดับพื้นที่จังหวัดระนอง พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง โดยสถิติในปี 2563 - 2567 พบผู้ป่วยจำนวน 466, 398, 476, 597 และ 444 รายตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรม โรคหลอดเลือดสมองคือภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูก

ทำลาย โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมไม่ให้โรคลุกลามได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสาเหตุหลักของทั้งภาวะหลอดเลือดแตกและขาดเลือด โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานที่เพิ่มความเสี่ยง 1.6 ถึง 6 เท่า โรคอ้วน การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารทอด อาหารรสเค็มจัด หวานจัด หรือไขมันอิ่มตัวสูง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่ออกกำลังกาย 2) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable risk factors) ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศชายที่มีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า และปัจจัยด้านเชื้อชาติ ซึ่งการป่วยด้วยโรคนี้ส่งผลกระทบอย่างหนักต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความพิการ ไม่สามารถดำรงชีวิตหรือทำงานได้เหมือนเดิม (Raju, Mphil, Sarma, & Pandian, 2010) ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องเผชิญกับความเครียดและสูญเสียรายได้ นำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระดับครัวเรือนและระดับประเทศ

จากสถิติและผลกระทบที่ปรากฏ ชี้ให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังสร้างภาระหนักให้แก่ครอบครัวและสังคมในระยะยาว การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการป่วยซ้ำ จึงต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองและการจัดการปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ตำบลเขานินเวศน์ จังหวัดระนอง ที่ยังคงเผชิญกับปัญหาจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นและอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่อง



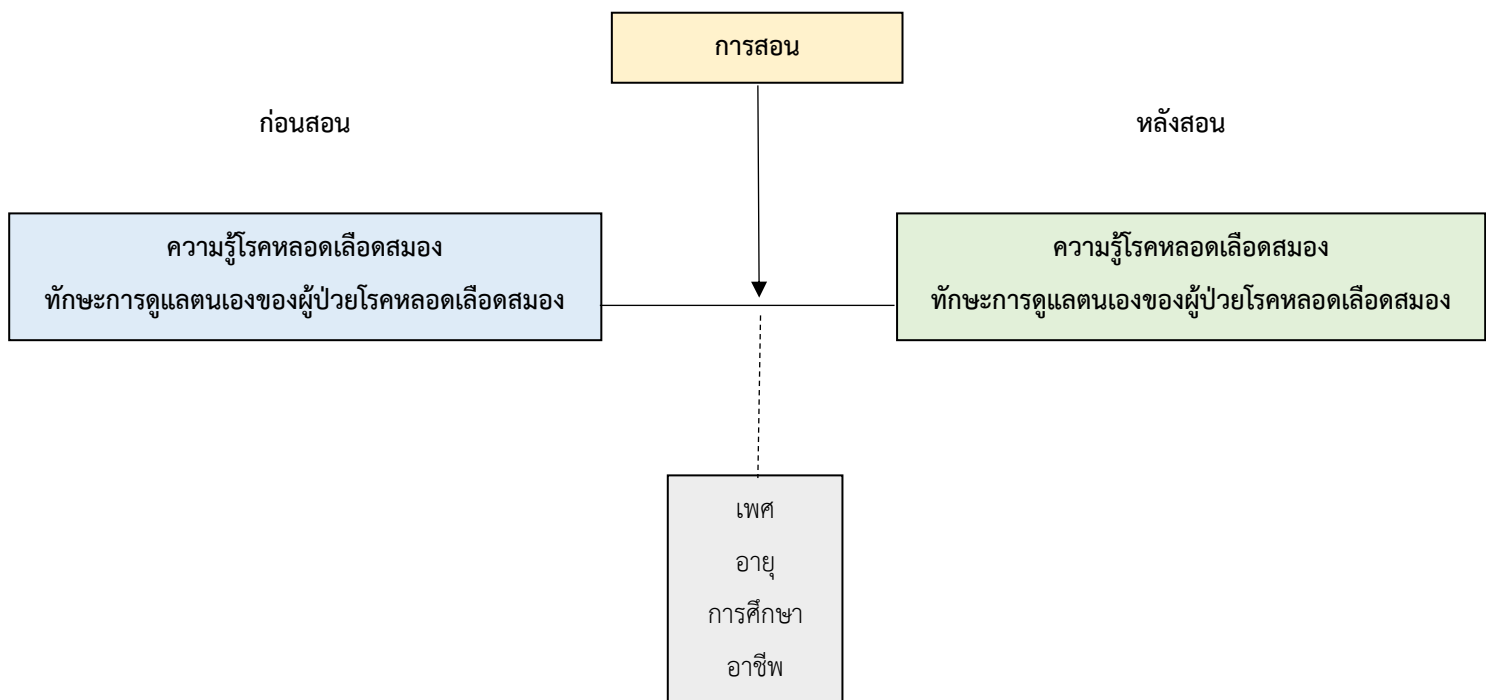
การให้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจึงเป็น
กลไกสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง
ลดอัตราความพิการถาวร และลดความเครียดของผู้ดูแล
ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงสภาพปัญหาและ
ความสำคัญดังกล่าว และมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง
ผลของการให้ความรู้ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบล
เขานิเวศน์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางใน
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
ชุมชน ยกกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

และช่วยลดภาระทางสาธารณสุขของประเทศได้อย่าง
ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังได้รับ
ความรู้ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเขานิเวศน์
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการดูแลตนเองก่อน-
หลังได้รับความรู้ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเข
านิเวศน์

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ แบบทดลองเบื้องต้น (Pre Experimental Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง (One group Pre-Post design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อาศัยในเขตตำบลเขานิเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง จำนวน 30 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง หญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อาศัยในเขตตำบลเขานิเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ส่งต่อเยี่ยมบ้านในระบบ THAI COC ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการอ่าน อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเขานิเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านผ่านระบบ THAI COC สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (Hemorrhage) หรือมีภาวะโรคกลับเป็นซ้ำ ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ รวมถึงผู้ป่วยที่แจ้งความประสงค์ขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามปลายปิดจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพื่อใช้ประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ความรู้ มีลักษณะเป็นคำถามปรนัย 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อความเชิงบวกจำนวน 11 ข้อ หากตอบ "ใช่" จะได้ 1 คะแนน ตอบ "ไม่ใช่" หรือ "ไม่ทราบ" จะได้ 0 คะแนน และข้อความเชิงลบจำนวน 4 ข้อ หากตอบ "ไม่ใช่" จะได้ 1 คะแนน ตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ทราบ" จะได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินทักษะการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนลดหลั่นกันตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรม แบ่งเป็นการประเมิน 2 ระดับ (0 และ 5 คะแนน) การประเมิน 3 ระดับ (0, 5 และ 10 คะแนน) และการประเมิน 4 ระดับ (0, 5, 10 และ 15 คะแนน) โดยพิจารณาจากระดับความต้องการพึ่งพาผู้อื่น ตั้งแต่การต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดไปจนถึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างสมบูรณ์

นอกจากนี้ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (เครื่องมือทดลอง) ได้แก่ เอกสารความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนำมาใช้เป็นสื่อหลักในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับ สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สูตรครูดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งพบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.86 ถึง 0.92 นอกจากนี้ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นซ้ำ (Test-Retest Reliability) ยังมีค่าอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.92 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือและได้มาตรฐาน พร้อมสำหรับการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. จัดทำแบบบันทึกการวิจัยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความรู้และทักษะการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนให้สุศึกษา

3. จัดทำแบบบันทึกการวิจัยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความรู้และทักษะการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังให้สุศึกษา 3 สัปดาห์

4. รวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง เลขที่โครงการ COA_RNH.EC.004/2569

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 และเพศหญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ



43.33 เมื่อพิจารณาด้านอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 65.86 ปี (S.D. = 15.28) โดยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 66 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาคือช่วงอายุ 51 - 65 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.00) และช่วงอายุ 35 - 50 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.67) ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) รองลงมาคือสถานภาพหม้าย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) ส่วนสถานภาพโสดและหย่ามีจำนวนเท่ากันคือ 2 คน (ร้อยละ 6.67)

ในด้านระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) และระดับปริญญาตรี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือและผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีจำนวนเท่ากันที่ 1 คน (ร้อยละ 3.33) สำหรับการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 12 คน (ร้อยละ

40.00) รองลงมาคือทำงานบ้าน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) ค้าขาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.67) ทำการประมง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) ไม่มีอาชีพ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67) และรับราชการ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.33) ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.67) รองลงมาคือรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.67) ไม่มีรายได้ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.66) และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00)

เมื่อพิจารณาด้านประวัติโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาคือกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.67) และกลุ่มที่มีทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20.00) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	56.67
หญิง	13	43.33
อายุ (ปี) (M = 65.86, S.D. = 15.28)		
35-50	5	16.67
51-65	9	30.00
66 ปีขึ้นไป	16	53.33
สถานภาพ		
โสด	2	6.67
คู่	19	63.33
หย่า	2	6.67
หม้าย	7	23.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	3.33
ประถมศึกษา	13	43.33
มัธยมศึกษา	12	40.00
ปริญญาตรี	3	10.00
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	2	6.67
รับจ้าง	12	40.00
ประมง	3	10.00
ค้าขาย	5	16.67
ข้าราชการ	1	3.33
งานบ้าน	7	23.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	5	16.66
< 5,000	8	26.67
5,000 - 10,000	14	46.67
> 10,000	3	10.00
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	8	26.67
ความดันโลหิตสูง	16	53.33
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	6	20.00

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง 2 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 93.30 รองลงมา คือการลดการบริโภคอาหารประเภทแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90 และตอบถูกน้อย 2 อันดับแรก ได้แก่การดื่มสุราเป็นประจำ ไม่มีผลต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 16.70 รองลงคือ ผู้สูงอายุมีโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ร้อยละ 23.30 หลังการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตอบถูกมาก 5 เรื่อง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันแตก การออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันวันละ 30 นาที เป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การลดการบริโภคอาหารประเภทแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีอาการ



ขาหรืออ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ตาพร่ามองไม่ชัด โทร 1669 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบบฉีดยาละลายลิ่มเลือดจะได้ผลดีต้องเริ่มให้ยาภายในสี่ชั่วโมง หลังมีอาการ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเป็นอาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.70 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูกก่อนและหลังการให้สุขศึกษาโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ ที่	ความรู้	ก่อนการให้ สุขศึกษา	หลังการให้ สุขศึกษา
		ร้อยละ	ร้อยละ
1.	โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน แตก	80.00	100.00
2.	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	63.30	96.70
3.	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่	93.30	96.70
4.	ผู้สูงอายุมีโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย	23.30	93.30
5.	ความเครียดส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	26.70	93.30
6.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้	26.70	70.00
7.	อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเป็นอาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมอง	86.70	96.70
8.	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว	46.70	96.70
9.	ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงไม่มีความเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	40.00	66.70
10.	การดื่มสุราเป็นประจำ ไม่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	16.70	33.30
11.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันวันละ 30 นาทีเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	86.70	100.00
12.	การลดการบริโภคอาหารประเภทแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	90.00	100.00
13.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถหายได้เองไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล	40.00	86.70
14.	เมื่อมีอาการขาหรืออ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ตาพร่ามองไม่ชัด โทร 1669	66.70	100.00



ข้อ ที่	ความรู้	ก่อนการให้	หลังการให้
		สุขศึกษา ร้อยละ	สุขศึกษา ร้อยละ
15.	การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบบฉีดยาละลายลิ่มเลือดจะได้ผลดีต้องเริ่มให้ยาภายในสี่ชั่วโมงหลังมีอาการ	43.30	100.00

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ ก่อนและหลังให้สุขศึกษา เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 13.33 และระดับสูง ร้อยละ 86.67 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ ก่อนและหลังให้สุขศึกษา เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-8 คะแนน)	13	43.33	0	0.00
ปานกลาง (9-10 คะแนน)	12	40.00	4	13.33
สูง (12-15 คะแนน)	5	16.67	26	86.67
รวม	30	100.00	30	100.00

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้สุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการให้สุขศึกษาเท่ากับ 8.90 และหลังการให้สุขศึกษาเท่ากับ 13.30 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการให้สุขศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการให้สุขศึกษา

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการให้สุขศึกษา	8.90	2.89	- 9.15	<.001
หลังการให้สุขศึกษา	13.30	1.41		

4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองก่อนและหลังให้สุศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

ส่วนใหญ่ มีทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.16 เป็นร้อยละ 91.53 ตามลำดับ ดังรายละเอียด ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้สุศึกษา

ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการให้สุศึกษา	88.16	25.37	-1.89	.069
หลังการให้สุศึกษา	91.53	19.49		

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ต่ำบลเขานิเวศน์ ผู้วิจัยสามารถนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายเพื่อให้เห็นถึงความสอดคล้องกับสมมติฐาน แนวคิด และข้อเท็จจริงทางวิชาการได้ดังนี้

ประเด็นแรก ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการได้รับสุศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.90 เป็น 13.30 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการให้สุศึกษาผ่านระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (THAI COC) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านและให้ความรู้โดยพยาบาลวิชาชีพอย่างใกล้ชิดถึง 2 ครั้ง เป็นการสื่อสารแบบสองทางในสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ชัดเจน โดยเฉพาะในประเด็นสำคัญ เช่น การ

รับรู้อาการเตือน (ขา อ่อนแรง ปากเบี้ยว) และการโทร 1669 เพื่อเข้าสู่ระบบช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ต๊ะแสนเทพ (2562) ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ประเด็นที่สอง ด้านทักษะการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการให้สุศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 88.16 เป็น 91.53 อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .069$) ประเด็นนี้สามารถอภิปรายได้จากข้อเท็จจริงทางคลินิก 2 ประการ ได้แก่

1. ปรากฏการณ์เพดานคะแนน (Ceiling effect): กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีคะแนนฐาน

(Baseline) ของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองในระดับที่สูงมากอยู่แล้ว (เฉลี่ย 88.16 จากคะแนนเต็ม 100) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ดีเยี่ยม (Mild to no dependence) เมื่อได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม คะแนนจึงขยับเพิ่มขึ้นได้อีกเพียงเล็กน้อย ทำให้การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

2. ระยะเวลาในการฟื้นฟูระบบประสาท: การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ (Cognitive) สามารถเห็นผลได้ในระยะเวลาสั้นหลังรับคำแนะนำ แตกต่างจากการฟื้นฟูทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย (Motor function) ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของแบบประเมิน ADL ที่ต้องอาศัยระยะเวลาทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ ของ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2562) ที่ระบุว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้กลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้นั้น ต้องอาศัยการประเมินและการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (อย่างน้อย 3-6 เดือน)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การบูรณาการรูปแบบการให้สุขศึกษาเข้าสู่ระบบบริการเยี่ยมบ้าน (THAI COC) เป็นมาตรฐานการดูแลปกติ จากผลการศึกษาที่พบว่า การลงพื้นที่ให้สุขศึกษาถึงที่พักอาศัยโดยพยาบาลวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ (เช่น โรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ควรนำรูปแบบและเนื้อหาการให้สุขศึกษานี้ ไป

กำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure) ในกระบวนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูทุกราย โดยเน้นการสื่อสารแบบสองทางในสภาพแวดล้อมจริงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความตระหนักรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยง การสังเกตอาการเตือน และการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ได้อย่างทันทั่วถึง

1.2 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบสหวิชาชีพและการเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล (Caregiver Empowerment) จากผลการศึกษาด้านทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ที่ชี้ให้เห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายต้องอาศัยความต่อเนื่องและระยะเวลา ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรนำผลประเมินนี้ไปใช้เป็นข้อมูลฐานในการวางแผนการดูแลระยะยาว (Long-term Care) โดยนำระบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เช่น นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูที่บ้าน รวมทั้งควรขยายผลการให้สุขศึกษาไปสู่ "ญาติหรือผู้ดูแลหลัก" เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการกระตุ้นการเคลื่อนไหวและการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นอย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะพึ่งพิง และสามารถยกระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนารูปแบบการวิจัยโดยการเพิ่มกลุ่มควบคุม (Control Group) และขยายพื้นที่การศึกษา เนื่องจากการศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) ซึ่งมีข้อจำกัด



ในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบการวิจัยให้เป็นรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) หรือการทดลองที่แท้จริง โดยเพิ่มกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้สุขศึกษาได้อย่างชัดเจนและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรพิจารณาขยายพื้นที่การศึกษาไปยังตำบลหรืออำเภออื่นในจังหวัดระนอง เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผลการวิจัยสามารถนำไปอ้างอิงและประยุกต์ใช้กับประชากรในวงกว้างได้

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) และขยายขอบเขตไปยังกลุ่มผู้ดูแล จากผลการศึกษาที่พบว่าทักษะการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน (Barthel ADL Index) มีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ยังไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลา การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลให้ยาวนานขึ้น (เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน) เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ควรขยายขอบเขตการศึกษาโดยการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแลหลัก ร่วมด้วย เช่น การศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแลในการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น ซึ่งจะทำให้การวิจัยครอบคลุมมิติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างสมบูรณ์และยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

อ้างอิง

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการจัดบริการพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง (Nursing continuous care)*. กระทรวงสาธารณสุข.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2535). *การวิจัยทางการพยาบาล*. สำนักพิมพ์อัลลายด์ เพรส.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2562). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (Clinical practice guidelines for ischemic stroke)* (ฉบับปรับปรุง 2562). สถาบันประสาทวิทยา.
- Best, J. W. (1970). *Research in education*. Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. *Evaluation Comment*, 2, 47–62.
- Cochran, W. G. (1953). *Sampling technique*. John Wiley & Sons.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation: Analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Loether, H. J., & McTavish, D. G. (1993). *Descriptive and inferential statistics: An introduction*. Allyn and Bacon.
- Raju, R. S., Sarma, P. S., & Pandian, J. D. (2010). Psychosocial problems, quality of life, and functional independence among stroke survivors in India. *Stroke*, 41(12), 2932–2937. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.596817>
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedure for research*. Gardner Press.



World Stroke Organization. (2016). *Global stroke fact sheet 2016*.

Yamane, T. (1975). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper International.