

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการ
อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง
The Effects of a Self-efficacy Enhancing Program on Caregivers' Management
of Stroke Warning Signs for High-risk Older Persons

จิรา ทองหนู้ย¹, หทัยรัตน์ แสงจันทร์^{2*}, รัตใจ เวชประสิทธิ์³

Jira Thongnunu¹, Hathairat Sangchan^{2*}, Ratjai Vatchprasit³

¹โรงพยาบาลป่าพะยอม, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ, ³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Phapayom Hospital, ²Faculty of Nursing, Thaksin University, ³Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

(Received: June 6, 2024; Revised: December 18, 2024; Accepted: January 15, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับข้อมูลและคำแนะนำด้านสุขภาพตามปกติ กลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ส่วนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบสังเกตการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และเครื่องมือฉบับที่ 3 ฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .73, .93 และร้อยละ 100.0 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบด้วยสถิติ Fisher's Exact Test, Chi-Square, Wilcoxon Ranks test และ Mann-Whitney U test ผลการศึกษา พบว่า

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

การศึกษานี้แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ต่อการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ดูแลในการสังเกตอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ให้การดูแลและจัดการนำส่งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการรักษามีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: hathairat.s@tsu.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a self-efficacy enhancing program on caregivers' management of stroke warning signs for high-risk older persons that was developed based on the self-efficacy theory. The subjects were 60 caregivers of high-risk older persons who were purposively selected following inclusion criteria. The 30 subjects in the control group received health information and advice, whereas the 30 subjects in the experimental group received the self-efficacy enhancing program. The program was approved by three experts and yielded a content validity index of 1.00. The instruments for data collection were : 1) a demographic and illness data of high-risk older persons form, 2) a demographic data of family caregivers of high-risk older persons form, 3) a knowledge of stroke in elderly and stroke warning signs management checklist, 4) a perceived self-efficacy on stroke warning signs management questionnaire, and 5) a performance of stroke warning signs management checklist. The instruments were approved by three experts and yielded a content validity index of 1.00. The reliabilities of the third, fourth and fifth parts of the instruments were .73, .93, and 100.0%, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, as well as comparison between groups, using Fisher's Exact Test, Chi-Square, Wilcoxon Ranks test, and Mann-Whitney U test. The results showed as follows.

1. After receiving the self-efficacy enhancing program, the knowledge score of the experimental group was significantly higher than before ($p\text{-value} < .01$). The score of perceived self-efficacy on stroke warning signs and the score of stroke warning signs management of the experimental group was significantly higher than before ($p\text{-value} < .001$).

2. After receiving the self-efficacy enhancing program, the knowledge score of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p\text{-value} < .01$). The score of perceived self-efficacy on stroke warning signs and the score of stroke warning signs management of the experimental group were significantly higher than that of the control group ($p\text{-value} < .001$).

These findings illustrate the effects of the self-efficacy enhancing program on increasing self-efficacy of caregivers in observing stroke warning signs and is effectively caring and managing referred the high-risk older persons to access the treatment.

Keywords: Self-efficacy Enhancing Program, Stroke Warning Signs Management, Caregiver of High-Risk Older Persons

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจและเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทุพพลภาพที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการสูญเสียทางเศรษฐกิจ (Feigin, Brainin, Norrving, Martins, Sacco, Hacke, et al., 2022) องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization [WSO]) รายงานว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคนต่อปี หรือ 1 คนในทุก 3 นาที (Feigin, Brainin, Norrving, Martins, Sacco, Hacke, et al., 2022) การศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2565 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นจาก 278.49 ต่อแสน เป็น 330.72 ต่อแสนประชากร โดยในเขตสุขภาพที่ 12 มีอุบัติการณ์สูงขึ้นจาก 255.96 ต่อแสน เป็น 298.54 ต่อแสนประชากร (Theamkou, 2022) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การมีประวัติความดันโลหิตสูง เบาหวาน ดัชนีมวลกายสูง การสูบบุหรี่ ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุเนื่องจาก

เป็นกลุ่มวัยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม และจากทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของสารไขว้ขวาง คือ คอลลาเจน อิลาสติน และสารที่อยู่ภายในเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อแข็ง แดง แห้ง และเสียความยืดหยุ่น โดยเฉพาะผิวหนังและหลอดเลือด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Fillit, Rockwood, & Young, 2017) โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี จึงมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี เป็น 2.94 เท่า (Nilnate, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59 ($SD = 10.27$) มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 43.3 ระดับความเสี่ยงสูงปานกลางร้อยละ 53.5 และระดับความเสี่ยงสูงมากร้อยละ 3.2 (Kittiboonthawal, Yingrengreung, & Srithanya, 2013)

ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันทำให้เลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองลดลง ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทบกพร่อง ไม่สามารถรับรู้ ตอบสนอง หรือควบคุมสั่งการอวัยวะได้ตามปกติ จึงมีอาการอย่างทันทีทันใด ได้แก่ ขาบริเวณใบหน้า กลืนลำบาก พูดลำบาก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง อ่อนแรงของแขนหรือขาซีกใดซีกหนึ่ง เดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการมองเห็นไม่ชัด เห็นภาพซ้อน หรือมีตมัวข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง (Majavong, 2019) แนวปฏิบัติการจัดการอาการระยะแรกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญกับการดูแลในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และจดจำอาการในระยะเริ่มแรกได้ และให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว เพื่อการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (Powers, Rubinstein, Ackerson, Adeoye, Bambakidis, Becker, et al., 2019) ปัจจุบันมีคำแนะนำวิธีการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองด้วยคำย่อ BEFAST ประกอบด้วย B-Balance คืออาการเดินเซ ทรงตัวไม่อยู่ E-Eye คืออาการตามัว มองไม่เห็น มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นครึ่งซีก หรือตาบอดข้างเดียว F-Face คืออาการหน้าเบี้ยวและ/หรือปากเบี้ยว A-Arm คืออาการขา แขน และ/หรือขาอ่อนแรง S-Speech คืออาการพูดไม่ได้ พูดไม่ออก พูดไม่ชัด หรือพูดคุ้ยสับสน T-Time คือเมื่อพบว่ามีอาการควรรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทันที (Vipaksongkhro, Kensaku, Takthaweephon, Supat, Boonthong, & Kosimongkol, 2024)

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงจึงควรได้รับรู้อาการที่เป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเพื่อจัดการอาการได้ทันเวลา จากการทบทวนงานวิจัยในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.224$) จึงควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่มีความเสี่ยง (Wanna, Kimsungnoen, & Namchanthra, 2020) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yiadthaisong, Wongpirirayothar, & Kuleelung (2019) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.4 มาถึงโรงพยาบาลช้ากว่า 270 นาที และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และรายได้ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรักษาที่ล่าช้า ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน (Rattanachan, 2023)

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเป็นอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดและอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจหรือจัดการได้ด้วยตนเอง ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ในบ้านเดียวกันหรือผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว จากการประสพการณ์ปฏิบัติงานของผู้วิจัย พบว่าเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้นำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาล แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการจำแนกอาการเตือนโรคหลอดเลือดจากอาการเป็นลมจากสาเหตุอื่น ๆ ไม่ทราบวิธีการดูแลและจัดการที่ถูกต้อง ไม่สามารถระบุเวลาที่ผู้สูงอายุเกิดอาการได้ ส่งผลให้การนำส่งล่าช้า ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

ที่ควรได้รับภายใน 4 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มมีอาการจึงจะมีประสิทธิภาพที่ดีที่สุด รายงานการศึกษาของ Noommeechai, Samartkit, & Masingboon (2017) ในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันรายใหม่มารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 7.41 ชั่วโมง โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 42.2 ที่มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง และประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, r = .36, r = .22$ ตามลำดับ)

แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงมีความสำคัญและจะทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและทันเวลา จากแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าบุคคลที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งใดจะสามารถปฏิบัติสิ่งนั้น ๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwintrakorn, Kalampakorn, & Rawiworraku (2019) ที่ใช้แนวคิดดังกล่าวพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่พัฒนาจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ดังเช่นการศึกษาของ Piyahirun, Kasipol, & Prasertsomg (2018) และการศึกษาของ Phoonphoerm, Apinundecha, & Limtoprasert (2021)

การศึกษานี้จึงใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเสริมสร้างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงให้สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพและการรักษาอันจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตและลดการเกิดความพิการ

วัตถุประสงค์วิจัย

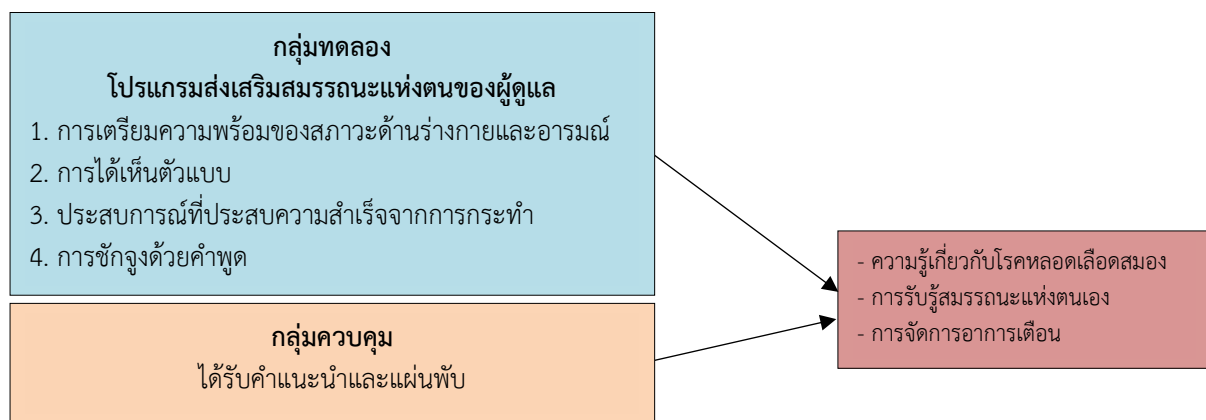
1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าหากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดได้ บุคคลนั้นก็จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ โดยบุคคลจะมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นได้จาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience) และ 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในการประเมินอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและจัดการเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การจดบันทึกระยะเวลาการเกิดอาการ การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และการติดต่อ 1669 เพื่อนำส่งโรงพยาบาล ตามแนวปฏิบัติการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Powers, Rubinstein, Ackerson, Adeoye, Bambakidis, Becker, et al., 2019)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Design) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two- Group Pretest-Posttest Design) มีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease Risk) ในอีก 10 ปีข้างหน้า ร้อยละ 20 ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) อายุ 18 – 60 ปี (2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ (3) มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ (4) สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ (1) ผู้ดูแลเปลี่ยนหน้าที่ ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก และ/หรือไม่ได้อยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ (2) ผู้ดูแลขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาจากงานวิจัยของ Suwintrakorn, Kalampakorn, & Rawiworra (2019) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งใช้กรอบแนวคิดและตัวแปรที่ศึกษาคลายคลึงกัน คำนวณค่าขนาดอิทธิพล ได้เท่ากับ 1.04 - 2.97 การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในบริบทที่แตกต่างจากงานวิจัยข้างต้นในด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 ความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่าง

การดำเนินการศึกษา จึงเพิ่มอีกร้อยละ 20 (กลุ่มละ 5 ราย) (Wongrattana, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้น แล้วจึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ภายหลังดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ในกลุ่มควบคุม 1 ราย และกลุ่มทดลอง 1 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์จาก 4 แหล่ง ได้แก่

1.1 การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและสภาวะอารมณ์ เป็นกิจกรรมแรกของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวันเวลาที่สะดวก เพื่อไม่มีความกังวลกับกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยจัดสถานที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลซึ่งมีพื้นที่เพียงพอ เป็นสัดส่วน และไม่มีสิ่งรบกวนการทำการกิจกรรม และใช้เวลาประมาณ 15 นาที สำหรับการทักทาย แนะนำตัว และพูดคุยเตรียมความพร้อมที่จะเข้าสู่กิจกรรมในขั้นต่อไป

1.2 การได้รับประสบการณ์จากผู้อื่นหรือเห็นตัวแบบ ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้ตามแผนการสอน โดยการบรรยายประกอบสื่อการสอนเรื่องผู้สูงอายุและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเนื้อหาความรู้และจัดทำเป็นคำบรรยายประกอบภาพที่เหมาะสมและง่ายต่อความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และใช้สื่อวิดีโอเรื่องราวทันโรคหลอดเลือดสมองและการเล่าประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

1.3 การประสบความสำเร็จด้วยตนเองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยจัดทำสถานการณ์จำลองและสาธิตวิธีการจัดการเมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติด้วยการสาธิตย้อนกลับจนเกิดความมั่นใจเป็นรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 10 นาทีต่อคน

1.4 การชักจูงด้วยคำพูด ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลสะท้อนคิดความสำเร็จในการฝึกทักษะด้วยตนเอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปพูดคุยสนทนาให้กำลังใจและสอบถามเกี่ยวกับความรู้และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 15 นาทีต่อคน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย จำนวนสมาชิกครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สำหรับอาสาสมัครหมู่บ้านและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ดูแล (Kitrungrote & Phromnoi, 2020) มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ผิด (0 คะแนน) ถูก (1 คะแนน) คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0.00 - 6.67 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย 6.68 - 13.33 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง 13.34 - 20.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูราและทบทวนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่าตั้งแต่ 1 หมายถึง เชื่อว่าตนเองไม่สามารถจัดการได้สำเร็จ จนถึง 10 หมายถึง เชื่อว่าตนเองสามารถจัดการได้สำเร็จ คะแนนรวมเท่ากับ 1 – 80 คะแนน การแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ 1.00 – 26.66 หมายถึง รับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการได้สำเร็จระดับต่ำ 26.67 – 53.33 หมายถึง รับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการได้สำเร็จระดับปานกลาง 53.34 – 80.00 หมายถึง รับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการได้สำเร็จระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสังเกตการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 8 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาตามแนวปฏิบัติการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินโดยการจัดสถานการณ์จำลองให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงแสดงวิธีการปฏิบัติในการจัดการเป็นรายบุคคล และผู้ช่วยวิจัยสังเกตการปฏิบัติพร้อมทั้งบันทึกการปฏิบัติ ลักษณะคำตอบ ผิด (0 คะแนน) ถูก (2 คะแนน) คะแนนรวมเท่ากับ 0 – 16 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ 0.00 – 5.33 คะแนน เท่ากับ การจัดการระดับน้อย 5.34 – 10.33 คะแนน เท่ากับ การจัดการระดับปานกลาง 10.34 – 16.00 คะแนน เท่ากับการจัดการระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้รับการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของเครื่องมือทุกชุดได้ค่าเท่ากับ 1.0 ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 3 หาค่าความสอดคล้องภายในจากการคำนวณค่า KR-20 ได้เท่ากับ .73 ส่วนที่ 4 มีความสอดคล้องภายในจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .93 และส่วนที่ 5 มีความความสอดคล้องตรงกัน (Percentage of Agreement) ระหว่างการสังเกตของผู้ช่วยวิจัย 3 คน ได้เท่ากับร้อยละ 100

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 3 คน ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าการกลุ่มตัวอย่างกลุ่มใดเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

2. การเตรียมผู้ป่วยจำลองซึ่งเป็นบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี แสดงเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปากเบี้ยว มุมปากตก แขนหรือขาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เดินเซ อ่อนเพลีย นิ่งหรือยืนไม่ได้ เพื่อสาธิตและฝึกการจัดการอาการ

การดำเนินการในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ ตามระดับการวัดและข้อตกลงเบื้องต้นของแต่ละสถิติ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากผลการทดสอบชุดข้อมูลตัวแปรด้วย Kolmogorov-smirnov Test และ Shapiro-wilk Test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .04 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นไปตามปกติ รวมทั้งเมื่อพิจารณาค่า Skewness และ Kurtosis โดยการหาค่า Statistic/Std error พบว่าไม่อยู่ในช่วง -1.96 ถึง +1.96

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่รับรอง PSU IRB 2023-St-Nur-020 (internal)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ						
เพศ					5.829	.033 ^a
ชาย	16	53.33	7	23.33		
หญิง	14	46.67	23	76.67		
อายุ (ปี)						
60-79 ปี	10	33.33	8	26.66	.317	.853 ^b
80-99 ปี	10	33.33	11	36.67		
มากกว่า 100 ปีขึ้นไป	10	33.33	11	36.67		
ระยะเวลาการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					8.179	.147 ^b
น้อยกว่า 1 ปี	1	3.33	7	23.33		
1 – 3 ปี	1	3.33	4	13.33		
3 – 6 ปี	5	16.67	3	10.00		
6 – 10 ปี	15	50.00	11	36.67		
10 ปีขึ้นไป	8	26.67	5	16.67		
ค่า CVD risk						
CVD = 20 – 29	15	50.00	20	66.67	1.724	.189 ^b
CVD >= 30	15	50.00	10	33.33		
กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล						
เพศ						
ชาย	6	20.00	7	23.33	1.164	.559 ^b
หญิง	24	80.00	23	76.67		
อายุ					.155	.926 ^b
18 – 30 ปี	5	16.66	4	13.33		
31 – 44 ปี	11	36.67	12	40.00		
45 – 59 ปี	11	36.67	14	46.67		
สถานภาพสมรส					1.456	.692 ^a
โสด	5	16.67	8	26.67		
คู่	21	70.00	18	60.00		
หม้าย/หย่า/แยก	4	13.33	4	13.33		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					3.363	.339 ^a
งานบ้าน	2	6.67	2	6.67		
ทำสวน	16	53.33	22	73.33		
ค้าขาย	8	26.67	3	10.00		
รับราชการ	4	13.33	3	10.00		
ระดับการศึกษา					1.494	.684 ^b
ประถมศึกษา	4	13.33	7	23.33		
มัธยมศึกษา	17	56.67	13	43.34		
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	9	30.00	10	33.33		
รายได้ผู้ดูแล					.267	.992 ^a
1,000 - 5,000	1	3.33	1	3.33		
5,001 - 10,000	7	23.33	8	26.67		
10,001 - 15,000	11	36.67	11	36.67		
15,001 - 20,000	3	10.00	2	6.66		
20,001 - 25,000	8	26.67	8	26.67		
ระยะเวลาการดูแล					7.689	.104 ^a
น้อยกว่า 1 ปี	1	3.33	4	13.33		
1 - 3 ปี	0	0.00	3	10.00		
4 - 6 ปี	7	23.33	10	33.34		
6 - 10 ปี	16	53.34	9	30.00		
มากกว่า 10 ปี	6	20.00	4	13.33		

^aสถิติ Fisher ' s Exact Test, ^bสถิติ Chi-Square

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 79 ปี ($SD = 9.60$) และมีเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 53.6 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 74 ปี ($SD = 9.04$) และมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 23.3 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมมีอาชีพทำสวน งานบ้าน ค้าขายและรับราชการ คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าระยะเวลาการมีความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน คือ เฉลี่ย 8 ปี และเฉลี่ย 5 ปี ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 139 มม.ปรอท ส่วนในกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 150 มม.ปรอท โดยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มควบคุมร้อยละ 50 มีค่า CVD risk ร้อยละ 20 - 29 และร้อยละ 50 มีค่า CVD risk มากกว่าร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มทดลองร้อยละ 66.7 มีค่า CVD risk ร้อยละ 20 - 29 และร้อยละ 33.3 มีค่า CVD risk มากกว่าร้อยละ 30 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีเพศหญิง (ร้อยละ 80) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 20) เช่นเดียวกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 23.3) ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 46 ปีเท่ากัน ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีอาชีพทำสวน ค้าขาย รับราชการ และงานบ้าน คล้ายคลึงกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง จึงมีรายได้ใกล้เคียงกัน ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 56.7) ส่วนที่เหลือเป็นระดับปริญญาตรี ประถมศึกษา อนุปริญญา และอนุปริญญา เช่นเดียวกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่มี

ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.3) ส่วนที่เหลือเป็นระดับประถมศึกษา ปริญญาตรี และอนุปริญญา ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signs Ranks test)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mdn (IQR)	หลังการทดลอง Mdn (IQR)	Z	p-value (1-tailed)
1. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือน	17.00(3.25)	18.00(3.00)	-2.803	.001
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	60.00(14.75)	79.00(6.50)	-4.053	<.001
3. การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	14.00(2.25)	16.00(2.00)	-4.705	<.001

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001

3. เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม Mdn (IQR)	กลุ่มทดลอง Mdn (IQR)	Z	p-value
ก่อนการทดลอง				
1. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือน	16.00 (5.25)	17.00 (3.25)	-1.195	.232 ^a
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	55.50 (27.75)	60.00 (14.75)	-1.702	.089 ^a
3. การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	14.00 (6.00)	14.00 (2.25)	-.305	.761 ^a
หลังการทดลอง				
1. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือน	16.50 (2.25)	18.00 (3.00)	-2.597	.002 ^b
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	58.00 (25.75)	79.00 (6.50)	-5.547	<.001 ^b
3. การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	14.00 (6.00)	16.00 (2.00)	-3.557	<.001 ^b

^a two-tailed, ^b one-tailed

จากตาราง 3 ก่อนการทดลอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ $< .001$ ตามลำดับ

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลทั้งก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก โดยก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 14.83 ($SD = 3.14$) น้อยกว่ากลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ย 15.50 ($SD = 3.37$) เล็กน้อยและไม่แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่ผู้ดูแลจะมีความรู้ในระดับมากเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มิมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นระยะเวลานานมากกว่า 5 ปี และมารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลหลักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ จะมารับบริการพร้อมกับผู้สูงอายุเป็นประจำ ผู้ดูแลจึงได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการโดยตรง หรือจากแผ่นป้ายความรู้ของโรงพยาบาล และอาจได้รับความรู้จากการณรงค์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีอย่างแพร่หลายทางสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์ โทรทัศน์ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสนใจของแต่ละบุคคล ซึ่งการศึกษาคั้งนี้พบว่ายังมีผู้ดูแลบางส่วนที่มีความรู้ระดับน้อยถึงปานกลาง อย่างไรก็ตาม หลังการทดลองพบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็น 16.33 ($SD = 2.17$) แสดงว่าการตอบแบบสอบถามครั้งแรกอาจกระตุ้นให้ผู้ดูแลสนใจมากขึ้น จึงศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากสื่อช่องทางต่าง ๆ ทำให้ความรู้ของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น แต่ยังคงเพิ่มเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.53 ($SD = 1.99$) และมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) แสดงให้เห็นว่าการได้รับประสบการณ์จากโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากการจัดกิจกรรมของโปรแกรมนำเน้นให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่หลากหลายทั้งจากการอธิบายให้ความรู้โดยตรง การให้เห็นตัวแบบ การฝึกสมรรถนะในการจัดการซึ่งเป็นการนำความรู้ไปใช้ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลยังคงมีความรู้และมีความรู้เพิ่มขึ้นแม้จะมีระยะเวลาดำเนินการการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ เนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรมโทรศัพท์ติดตามที่บ้านจึงทำให้ผู้ดูแลได้รับการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง

คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 52.23 ($SD = 16.53$) และ 53.96 ($SD = 16.01$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าหากผู้ดูแลไม่ได้รับโอกาสในการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่หลากหลายดังกิจกรรมที่จัดในโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้ดูแลอาจไม่สามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองได้ ทั้งนี้เพราะสมรรถนะในการสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเป็นสมรรถนะที่มีความเฉพาะและเกี่ยวข้องกับการการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นทันทีทันใด รวมทั้งเป็นอาการทางระบบประสาทที่ประชาชนทั่วไปอาจไม่สามารถจำแนกอาการและจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะมีการรณรงค์ให้ความรู้ผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ แต่อาจไม่เพียงพอต่อการสร้างเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติด้วยตนเองของประชาชน

สำหรับกลุ่มทดลองพบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 58.86 ($SD = 11.82$) เป็น 76.03 ($SD = 5.37$) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ที่หลากหลาย โดยเฉพาะการฝึกจนประสบความสำเร็จด้วยตนเองสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับคะแนนการจัดการอาการเตือน

โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ($M = 12.60$, $SD = 3.28$) ยังคงใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง ($M = 12.46$, $SD = 3.43$) แต่ในกลุ่มทดลองพบว่าหลังการทดลอง มีคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นจาก 13.00 ($SD = 2.59$) เป็น 15.20 ($SD = 1.35$) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงแสดงถึงประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่มีผลต่อการเพิ่มความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยกึ่งทดลองของ Puthasna (2024) ที่ได้ดำเนินการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ และการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง การฝึกปฏิบัติการค้นหาความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มจากร้อยละ 30.0 เป็นร้อยละ 76.7 และการศึกษาของ Lorlowhakarn, Narintharaksa, Tiratuntayaporn, & Romin (2021) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 72 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดงหลวง จังหวัดภูเก็ต ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้อาการเตือนจาก 2.44 เพิ่มขึ้นเป็น 3.91 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจาก 3.31 เพิ่มขึ้นเป็น 3.83 คะแนน และรับรู้ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จาก 2.68 เพิ่มขึ้นเป็น 3.72 คะแนน และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.19$, $p\text{-value} = 0.00$) ($t = -6.04$, $p\text{-value} < .001$) และ ($t = -2.71$, $p\text{-value} = .01$) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .01$, $p\text{-value} < .001$, $p\text{-value} < .001$ ตามลำดับ ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ทำให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์จาก 4 แหล่ง ได้แก่ (1) ได้รับการเตรียมตัวให้มีความพร้อมทั้งทางร่างกายและสภาวะอารมณ์ โดยผู้ดูแลได้รับทราบถึงกิจกรรมที่จะเข้าร่วมและผู้ดูแลเองสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม โดยตระหนักถึงความสำคัญของสังเกตอาการ และจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว รวมทั้งผู้วิจัยได้เลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมที่ผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมได้ คือ ช่วงที่นำผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งไม่รบกวนการทำงานอาชีพตามปกติของผู้ดูแล และจัดสถานที่ให้มีความพร้อมไม่มีสิ่งรบกวนการเรียนรู้ของผู้ดูแล การจัดการเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเรียนรู้ (2) ได้รับความรู้จากอธิบายประกอบสื่อที่แสดงให้เห็นภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และประสบการณ์จากการเห็นตัวแบบที่ได้จัดทำเป็นสื่อวิดีโอเรื่องรู้ทันโรคหลอดเลือดสมอง และจากกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (3) ได้รับประสบการณ์จากการสังเกตการสาธิตของผู้วิจัยที่แสดงวิธีการจัดการเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและได้ฝึกการจัดการด้วยตนเอง ในสถานการณ์ผู้ป่วยจำลอง โดยฝึกเป็นรายบุคคลซ้ำหลายครั้งจนเกิดความมั่นใจ และ (4) ได้ร่วมกันสะท้อนคิดถึงความสำเร็จของตนเองในปฏิบัติการจัดการในสถานการณ์จำลองเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการชื่นชมจากกลุ่มผู้ดูแลและผู้วิจัย รวมทั้งผู้วิจัยได้มีสื่อสารทางโทรศัพท์เพื่อทบทวนและติดตามสอบถาม

ความมั่นใจของผู้ดูแลในการจัดการเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่หลากหลายดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการจัดการเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) จึงเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อให้เกิดความมั่นใจในการจัดการเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสอดคล้องกับผลการศึกษาในงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม ดังเช่น การศึกษาของ Suwintrakorn, Kalampakorn, & Raviworaku (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเฝ้าระวัง และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และการศึกษาของ Saguansuk & Mekrungrongwong (2022) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อายุ 60 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ และระยะติดตาม 16 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = .001$ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = .001$ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมกระบวนการกลุ่มและการเยี่ยมบ้านช่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรใช้กระบวนการกลุ่มและการเยี่ยมบ้านในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กทำให้ข้อมูลบางส่วนมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติและต้องใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิตินอนพารามิเตอร์ จึงมีข้อจำกัดในทดสอบสมมติฐานทางสถิติ นอกจากนี้ การดำเนินการวิจัยในสถานที่เฉพาะและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากร

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมไปปรับใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานที่และระยะเวลา เช่น การให้ความรู้ในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลของผู้สูงอายุรอรับบริการ การให้ความรู้โดยใช้สื่อที่หลากหลายมากขึ้น ได้แก่ แผ่นพับ ข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ เป็นต้น
2. ควรจัดให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ เช่น ผู้สูงอายุที่อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์จัดการและนำส่งผู้สูงอายุที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
3. การจัดให้ผู้ดูแลได้ฝึกสมรรถนะการสังเกตอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการนำส่งผู้สูงอายุที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จากสถานการณ์ผู้ป่วยจำลองเป็นกิจกรรมที่ทำให้ได้รับประสบการณ์การปฏิบัติจริง สามารถนำไปปรับใช้เป็นกิจกรรมสร้างเสริมสมรรถนะผู้ดูแลได้
4. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น และเป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ปรีกษา และขอคำแนะนำบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรจัดให้มีกิจกรรมนี้โดยพิจารณาปรับให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยซ้ำโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง หรือเพิ่มขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง หรือเพิ่มระยะเวลาในการให้โปรแกรมฯ และการติดตามผล เพื่อให้ผลการวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนมากขึ้น
2. ควรมีการวิจัยติดตามสมรรถนะของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะยาว 6 - 12 เดือน เพื่อประเมินการคงอยู่ของสมรรถนะผู้ดูแล

References

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: H. Freeman & Co.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., et al. (2022). World stroke organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18-29.
- Fillit, H. M., Rockwood, K., & Young, J. (2017). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Elsevier: Saunders.
- Kitrungrote, L., & Phromnoi, C. (2020). *The Development of Model for Accessibility to EMS of Older Persons with Stroke: Spearhead Project*. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Kittiboonthawal, P., Yingrengreung, S., & Srithanya, S. (2013). Perceptions of stroke warning signs among risk patients. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 23(3), 132-141. (in Thai)
- Lorlowhakarn, S., Narintharaksa, P., Tiratuntayaporn, R., & Romin, J. (2021). Effectiveness of perception and prevention program with five bases on stroke in the life of hypertensive patients in Sub-district health promoting hospital, Phuket Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 30(6), 1091-1100. (in Thai)
- Majavong, M. (2019). Stroke in the elderly. *Journal of Thai Stroke Society*, 18(1), 59-74. (in Thai)
- Nilnate, N. (2019). Risk factors and prevention of stroke in hypertensive patients. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 51-57. (in Thai)
- Noommeechai, N., Samartkit, N., & Masingboon, K. (2017). Factors related to response to stroke symptoms in family members of patients with acute ischemic stroke. *Journal of Nursing and Education*, 10(3), 23-38. (in Thai)
- Phoonphoerm, M., Apinundecha, C., & Limtoprasert, S. (2021). The effectiveness of self-efficacy program on diabetes preventing behaviors of the risk groups. *UMT Poly Journal*, 18(2), 277-289. (in Thai)
- Piyahirun, J., Kasipol, T., & Prasertsomg, C. (2018). Effects of a self-efficacy promotion program for stroke caregivers. *Journal of Health Sciences and Wellness*, 22(43-44), 130-142. (in Thai)
- Powers, W. J., Rubinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., et al. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. *Stroke*, 50: e344–e418. doi: 10.1161/STR.0000000000000211.

- Puthasna, T. (2024). The effectiveness of the stroke assessment skill development program of village volunteers on access to the Stroke Fast Track service system in stroke patients. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(1), 690-698. (in Thai)
- Rattanachan, P. (2023). The factors related to seeking treatment at the hospital in stroke patients at Uthai Hospital, Phra Nakhon Sri Ayuthaya. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(1), 37-45. (in Thai)
- Saguaunsuk, P., & Mekrungrongwong, S. (2022). The effectiveness of a self-efficacy building program on stroke prevention behaviors among elderly patients with chronic illness in Khlong Khlung District, Kampaengphet Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(2), 122-37. (in Thai)
- Suwintrakorn, C., Kalampakorn, S., & Rawiworraku, T. (2019). The effects of self-efficacy enhancement program for health volunteers on stroke surveillance and prevention. *Thai Journal of Nursing*, 68(1), 39-48. (in Thai)
- Theamkou, S. (2022). Incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology*, 39(2), 39-46. (in Thai)
- Vipaksongkhro, S., Kensaku, T., Takthaweephon, S., Supat, J., Boonthong, J., & Kosimongkol, S. (2024). *Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke*. (5th Ed.). Bangkok: Thana Press. (in Thai)
- Wanna, A., Kimsungnoen, N., & Namchanthra, R. (2020). Perceptions and management of warning signs among persons at risk of stroke. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 2(1), 30-44. (in Thai)
- Wongrattana, C. (2009). *Statistics for Research*. (7th Ed.). Bangkok: Thaineramit Interprogrssive. (in Thai)
- Yiadthaisong, K., Wngpiriyayothar, A., & Kuleelung, P. (2019). Factors predicting prehospital time of patients with acute ischemic stroke in acute phase. *Journal of Nursing and Health*, 37(1), 148-156. (in Thai)