



ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน
ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุบลราชธานี

FACTORS PREDICTING PERCEIVED SELF-EFFICACY IN EMERGENCY MANAGEMENT
AMONG PEOPLE AT RISK OF STROKE IN UBON RATCHATHANI PROVINCE

เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง^{1,*} สุรชัย มณีเนตร¹ ยมนา ชนะนิล¹ อรทัย บุญชูวงศ์¹
Penpuk Chaisongmuang Surachai Maninet Yommana Chananin Orathai Boonchuwong

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34190

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani, 34190, Thailand

*Corresponding author E-mail: penpuk.c@ubu.ac.th

Received: March 6, 2025

Revised: June 9, 2025

Accepted: June 28, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ กลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 167 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม การจัดการตนเอง แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .714, .917, .793, .706 และ .805 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินระดับปานกลาง ($M = 30.87$, $SD = 6.08$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน คือ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความเครียด โดยมีเพียง 2 ปัจจัย คือ การสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่านั้น ที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 31.50

ดังนั้น บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การจัดการภาวะฉุกเฉิน, โรคหลอดเลือดสมอง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This study aimed to investigate the factors predicting perceived self-efficacy in emergency management among people at risk of stroke. The sample consisted of 167 individuals diagnosed with hypertension, diabetes mellitus, hyperlipidemia, ischemic heart disease, or atrial fibrillation, who received services at subdistrict health-promoting hospitals in Ubon Ratchathani Province. Participants were selected using simple random sampling. The research instruments included questionnaires on self-management, health literacy, social support, stress, and perceived self-efficacy in emergency management. All instruments were reviewed for content validity by a panel of experts. Cronbach's alpha coefficients were .714, .917, .793, .706, and .805, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple linear regression analysis.

The results showed that the participants had a moderate level of perceived self-efficacy in emergency management ($M = 30.87$, $SD = 6.08$). Social support, health literacy, self-management, and stress were significantly correlated with perceived self-efficacy in emergency management. Among these, only social support and health literacy were significant predictors, together explaining 31.5% of the variance in perceived self-efficacy in emergency management.

Therefore, promoting health literacy and social support among individuals at risk of stroke may help improve their perceived self-efficacy in managing emergencies.

Keywords: perceived self-efficacy, emergency management, stroke, health literacy, social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลกและในประเทศไทย ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต โดยหัวใจสำคัญของการลดความรุนแรงของโรค คือ การเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด และขึ้นอยู่กับการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคล ณ เวลาเกิดเหตุ (Setyawati, Astuti, Utami, Adiwijaya, & Hasyim, 2024) กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ที่เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Yi et al., 2022) และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ประวัติครอบครัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคอ้วน การสูบบุหรี่ และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว เป็นต้น (Yi et al., 2022) ดังนั้น การเข้าใจลักษณะเฉพาะของบุคคลกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนเชิงรุกในการป้องกันและการเตรียมความพร้อมกับภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 3.29 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงถึง 4.90 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (Fan et al., 2023) ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ระหว่าง 172.33 - 328 ต่อหนึ่งแสนประชากร (Tiamkao, lenghong, Cheung, Celebi, Suzuki, & Apiratwarakul, 2022) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประชากรอายุมากกว่า 15 ปี อยู่ระหว่าง 264.19 - 331.70 ต่อหนึ่งแสนประชากร (Songsrichainun & Tiamkao, 2024) แสดงให้เห็นว่ามีประชาชนจำนวนมากเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองซึ่งกำลังดำเนินชีวิตอยู่ด้วยความเสี่ยงที่ต้องเผชิญกับภาวะฉุกเฉินได้ตลอดเวลา โดยประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน (Liu et al., 2023) การเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้สะท้อนถึงภาระโรค (burden of disease) ที่สูงขึ้น และเป็นความท้าทายของพยาบาลในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

บุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จะมีคุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม (Abdulsalam et al., 2024) ตลอดจนสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ เผชิญกับความวิตกกังวลต่อภาวะฉุกเฉินของโรค ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัว เป็นภาระในการดูแลระยะยาวเพราะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพและรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (Tiwari, Joshi, Rai, & Satpathy, 2021) ผลกระทบเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างสมรรถนะให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์

การเผชิญกับภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ซึ่งตามแนวคิดของ Bandura (1997) บอกว่า ปัจจัยทางจิตวิทยามีบทบาทสำคัญในการทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ สำหรับบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ต้องมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจดจำอาการเตือนของโรค การตัดสินใจขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที และสามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่บุคลากรทางสุขภาพได้ (Liu et al., 2023)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความเชื่อว่าหากตนเองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงได้ จะช่วยป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น (Pemila, Sitorus, Waluyo, & Hastono, 2020) และจากการศึกษาของ Liu et al. (2023) พบว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น ส่วนการศึกษาของ Bakan and Inci (2021) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง คือ พยาบาล ซึ่งจากการทบทวนองค์ความรู้ในปัจจุบันพบว่า งานวิจัยส่วนมากเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณลักษณะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในบริบททั่วไป ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และความเครียด ตลอดจนการศึกษาเชิงทำนายเกี่ยวกับปัจจัยที่กล่าวมาในบุคคลกลุ่มเสี่ยงในประเทศไทยยังมีอย่างจำกัด ดังนั้น การศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการวางแผนและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน รวมถึง นำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ความเครียดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

2. การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ความเครียดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

3. การจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ของ Bandura (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบในการคัดเลือกตัวแปร โดย Bandura ระบุว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบรรลุเป้าหมาย และเกิดจากแหล่งสนับสนุนหลัก 4 ประการ ได้แก่ ความสำเร็จจากประสบการณ์ตรง การเรียนรู้จากประสบการณ์อื่น การเชืวนชวนหรือให้กำลังใจ และสภาวะอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยที่เลือกสรรดังนี้

1. ความสำเร็จจากประสบการณ์ตรง คือ ประสบการณ์ที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง และประสบความสำเร็จจากการกระทำนั้น ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยการจัดการตนเอง (self-management) เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจและเชื่อว่าตนเองสามารถเผชิญและจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ จึงช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน (Liu et al., 2023)

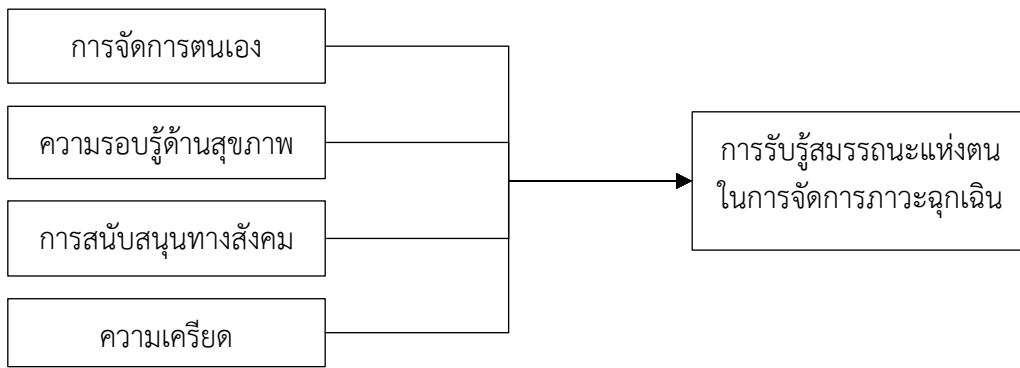
2. การเรียนรู้จากประสบการณ์อื่น คือ สิ่งที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับจากการสังเกตหรือรับรู้ถึงความสำเร็จของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะสามารถตีความและประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้อื่นได้ จึงช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ (Liu et al., 2023)

3. การเชืวนชวนหรือให้กำลังใจ คือ สิ่งที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับจากคำพูดหรือข้อความที่สนับสนุน ส่งเสริม หรือให้กำลังใจจากบุคคลอื่น เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ จะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อว่า ตนเองสามารถเผชิญและจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (social support) คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในรูปแบบคำพูด แรงสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อมูล หรือการปฏิบัติจริง ซึ่งจะช่วยทำให้บุคคลมีความมั่นใจมากขึ้นว่าตนสามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม (Oluma, Abadiga, Mosisa, Fegadu, & Turi, 2020)

4. สภาวะอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น คือ สิ่งที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต้องประสบหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่ตนรับรู้ว่าเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ เช่น อาการชาหรืออ่อนแรงเฉียบพลัน ความผิดปกติทางการพูด หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยความเครียด (stress) คือ สภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าสถานการณ์ที่เผชิญมีความกดดัน หรือเกินขีดความสามารถที่ตนจะรับมือได้ ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลทางอารมณ์ และเกิดความเครียดได้สูง และส่งผลให้เกิดการลดลงของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ทำให้บุคคลรู้สึกไม่มั่นใจและลดประสิทธิภาพในการรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉิน (Bakan & Inci, 2021)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายที่ศึกษากับข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากร คือ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นปลิว ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวอย่าง คือ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นปลิว ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ได้มาโดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke risk score card) ที่พัฒนาขึ้นโดยสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติสหรัฐอเมริกา และผู้วิจัยนำข้อมูลของตัวอย่างที่ศึกษาเข้าโปรแกรมประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบตารางของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (Chiangmai Neurological Hospital, 2024) เพื่อคัดเลือกตัวอย่างเข้าสู่โครงการวิจัย

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ดังนี้ 1) สุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี

จากจำนวนทั้งสิ้น 25 อำเภอ เลือกมา 1 อำเภอ คือ วารินชำราบ และ 2) สุ่มเลือกตำบลในอำเภовารินชำราบ จากจำนวนทั้งสิ้น 16 ตำบล ได้ 4 ตำบล คือ ตำบลบึงห้วย ตำบลคูเมือง ตำบลบึงไหม และตำบลโพธิ์ใหญ่

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power และวิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (power analysis) ตามแนวคิดของโคเฮน (Cohen, 1988) ซึ่งการวิจัยนี้คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จาก R^2 ของตัวแปรที่ได้จากงานวิจัยของ Liu et al. (2023) ที่พบว่าการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่า R^2 เท่ากับ .19 ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ .05 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 167 คน จากนั้นผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนจำนวนตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ตำบลบึงห้วย 34 คน ตำบลคูเมือง 41 คน ตำบลบึงไหม 50 คน และตำบลโพธิ์ใหญ่ 42 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นปลิว 3) ผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกระดับ 4) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 6) สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) มีความผิดปกติของระบบจิตประสาท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสูบบุหรี่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ขนาดรอบเอว และประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการตรวจทางคลินิก ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด และค่าไขมันในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านอารมณ์ และด้านการจัดการสุขภาพตามแผนการรักษา มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่เคยปฏิบัติเลยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 2 ปฏิบัติเป็นบางครั้งในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 3 ปฏิบัติเกือบทุกครั้งในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และ 4 ปฏิบัติสม่ำเสมอในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15 - 60 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการจัดการตนเองในระดับสูง และจัดแบ่งระดับการจัดการตนเองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง มีค่าคะแนน 46 - 60 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 31 - 45 คะแนน และ ระดับต่ำ มีค่าคะแนน 15 - 30 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Kaeodumkoeng & Junhasobhaga, 2021) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่เคยทำเลย 2 ทำได้ยากมาก 3 ทำได้ยาก 4 ทำได้ง่าย และ 5 ทำได้ง่ายมาก การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ดีเยี่ยม มีค่าคะแนนร้อยละ 90.00 - 100.00 พอเพียง มีค่าคะแนนร้อยละ 75.00 - 89.99 มีปัญหา มีค่าคะแนน

ร้อยละ 60.00 - 74.99 และไม่พอเพียง มีค่าคะแนนร้อยละ 0 - 59.99

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมที่ได้รับการแปลและปรับปรุงจาก Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2012) และ Zimet (1990) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 2 ไม่เห็นด้วย 3 ค่อนข้างไม่เห็นด้วย 4 เฉย ๆ 5 ค่อนข้างเห็นด้วย 6 เห็นด้วย และ 7 เห็นด้วยอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12 - 84 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียด พัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2024) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 แทบไม่มี 1 เป็นบางครั้ง 2 บ่อยครั้ง และ 3 เป็นประจำ การแปลผลจัดแบ่งระดับ ดังนี้ คะแนน 0 - 4 เครียดเล็กน้อย คะแนน 5 - 7 เครียดปานกลาง คะแนน 8 - 9 เครียดมาก และ คะแนน 10 - 15 เครียดมากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Generalized self-efficacy scale) ที่พัฒนาขึ้นโดย Schwarzer and Jerusalem (1995) ซึ่งถูกนำไปใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้งในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Lewin, Jöbges, & Werheid, 2013; Lo et al., 2022) ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลแบบย้อนกลับ (back translation) ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่เป็นความจริง 2 จริงเล็กน้อย 3 จริงปานกลาง และ 4 จริงมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินระดับสูง

ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยส่วนที่ 2 - 6 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหา พบว่า แบบสอบถามทุกฉบับมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) หลังปรับแก้ เท่ากับ 1.00 โดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้คำในข้อคำถามให้กระชับ ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability testing) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 6 ไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .714, .917, .793, .706 และ .805 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-161/2567 ลงวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิและอิสระในการเข้าร่วมวิจัยหรือขอยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยได้ในทุกขั้นตอน โดยการบอกยกเลิกเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น เมื่อตัวอย่างเข้าใจและยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 4 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยทำ

การสำรวจข้อมูลของตัวอย่างจากเวชระเบียน คัดเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และแจ้งกำหนดการเก็บข้อมูลวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งทราบ ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 - 30 นาที กรณีที่ตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล กรณีเป็นข้อมูลแบบต่อเนื่องใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด กรณีข้อมูลแบบไม่ต่อเนื่อง ใช้ความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรที่ทำการศึกษา ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ความเครียดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน มีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการแบบขั้นตอน (Stepwise) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้แก่ Linearity, Normal distribution, Homoscedasticity และ Multicollinearity พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทุกข้อ

ผลการวิจัย

1. บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 167 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ จำนวน 84 คน (ร้อยละ 50.30) ระดับเฝ้าระวัง จำนวน 52 คน (ร้อยละ 31.14) และระดับสูง จำนวน 31 คน (ร้อยละ 18.56) อายุระหว่าง 40 – 84 ปี ($M = 62.36$, $SD = 9.22$) รายได้เฉลี่ย 3,401 บาท/เดือน ($SD = 3,067$) ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.02 - 45.31 kg/m^2 ($M = 24.85$, $SD = 4.36$) รอบเอวอยู่ในช่วง 63.50 - 123 เซนติเมตร

($M = 85.46$, $SD = 10.68$) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 1 - 27 ปี ($M = 7.99$, $SD = 5.89$) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน อยู่ในช่วง 1 - 30 ปี ($M = 9.22$, $SD = 6.59$) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไขมันในเลือดสูง อยู่ในช่วง 1 - 30 ปี ($M = 8.20$, $SD = 6.76$) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว อยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ($M = 2.25$, $SD = 1.89$) และข้อมูลอื่น ๆ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 167$)

ข้อมูลทั่วไป	n	%
เพศ		
หญิง	129	77.25
ชาย	38	22.75
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	4	2.40
ประถมศึกษา	143	85.62
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	4.19
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	5.39
อนุปริญญา	3	1.80
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	.60
สถานภาพสมรส		
โสด	13	7.78
สมรส	106	63.48
หม้าย/ หย่า/ แยก	48	28.74
ดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5 kg/m^2)	4	2.40
สมส่วน (18.5 - 22.9 kg/m^2)	52	31.14
น้ำหนักเกิน (23 - 24.9 kg/m^2)	43	25.74
โรคอ้วน (25 - 29.9 kg/m^2)	49	29.34
โรคอ้วนอันตราย (มากกว่า 30 kg/m^2)	19	11.38
การเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง		
ความดันโลหิตสูง	42	25.15
เบาหวาน	25	14.97
ได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 โรค	100	59.88

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 167$) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	<i>n</i>	%
ผลตรวจค่าความดันโลหิตต่ำสุด		
เหมาะสม (SBP < 120 และ DBP < 80 mmHg)	41	24.55
ปกติ (SBP 120 - 129 และ/หรือ DBP < 80 mmHg)	43	25.75
เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (SBP 130 - 139 และ/หรือ DBP 80 - 90 mmHg)	40	23.95
ความดันโลหิตสูง (SBP $\geq$ 140 และ/หรือ DBP $\geq$ 90 mmHg)	43	25.75
ผลตรวจค่าน้ำตาลในเลือดต่ำสุด		
ปกติ (น้อยกว่า 99 mg/dL)	52	31.14
เฝ้าระวัง (100 - 125 mg/dL)	63	37.72
สูง (มากกว่า 126 mg/dL)	52	31.14
ผลตรวจค่าไขมันในเลือดต่ำสุด		
ปกติ (น้อยกว่า 200 mg/dL)	130	77.84
เฝ้าระวัง (200 - 239 mg/dL)	26	15.57
สูง (มากกว่า 240 mg/dL)	11	6.59
การสูบบุหรี่		
สูบ	13	7.78
ไม่เคยสูบ	138	82.64
เคยสูบแต่ปัจจุบันไม่สูบ	16	9.58
ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
มี	44	26.35
ไม่มี	123	73.65

2. บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 48.10$, $SD = 6.46$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอเพียง ($M = 76.36$, $SD = 11.33$) มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 65.23$, $SD = 14.34$)

มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M = 3.23$, $SD = 2.98$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 30.87$, $SD = 6.08$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลของตัวแปรที่ทำการศึกษา (*n* = 167)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
การจัดการตนเอง	48.10	6.46	ระดับสูง
ด้านโภชนาการ	11.89	2.49	-
ด้านกิจกรรมทางกาย	5.51	1.62	-
ด้านอารมณ์	6.38	1.29	-
ด้านการจัดการสุขภาพตามแผนการรักษา	24.31	3.53	-
ความรู้ด้านสุขภาพ	76.36	11.33	ระดับพอเพียง
ทักษะการเข้าถึง	13.48	3.99	-
ทักษะการเข้าใจ	15.46	2.94	-
ทักษะการไต่ถาม	15.95	3.26	-
ทักษะการตัดสินใจ	16.01	2.16	-
ทักษะการนำไปใช้	15.46	2.69	-
การสนับสนุนทางสังคม	65.23	14.34	ระดับสูง
ครอบครัว	22.93	5.03	-
เพื่อน	20.51	5.57	-
บุคคลสำคัญ	21.79	5.15	-
ความเครียด	3.23	2.98	ระดับต่ำ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน	30.87	6.08	ระดับปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับน้อยถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .214, .325$, และ $.539$ ตามลำดับ) ในขณะที่ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.216$)

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคล

กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีลำดับขั้นการทำนายจากลำดับที่ 1 ถึงลำดับที่ 2 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามลำดับ โดยทั้งสองปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 31.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .315$, $R^2_{Change} = .306$, $F(2, 47) = 37.896$, $p = .000$) (ตาราง 3) นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด ($Beta = .480$) รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($Beta = .165$) (ตาราง 4)

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์โมเดลการทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุบลราชธานี ($n = 167$)

ปัจจัยทำนาย	R	R^2	R^2_{Change}	F	p
การสนับสนุนทางสังคม	.539	.290	.286	67.925	.000
การสนับสนุนทางสังคม + ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.561	.315	.306	37.896	.000

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุบลราชธานี ($n = 167$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE_b	$Beta$	t	p
ค่าคงที่ (constant)	10.706	2.838		3.772	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.205	.029	.484	7.093	.000
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.089	.037	.165	2.423	.016

$R^2 = .315$, $R^2_{Change} = .306$, $F(2, 47) = 37.896$, $p = .000$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุบลราชธานี มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง อาจเพราะส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉลี่ยต่ำกว่า 10 ปี อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงทำให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงข้อมูลและประยุกต์ใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพและสามารถเผชิญสถานการณ์ฉุกเฉินที่เปลี่ยนแปลงได้ และทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1977) ที่เชื่อว่า บุคคลจะรับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะใด ๆ เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศจีนของ Liu et al. (2023) ที่พบว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ทั้งนี้อาจเพราะตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ จึงมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยและจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ จะมีแนวโน้มในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสถานการณ์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) ที่ระบุว่า การได้รับการโน้มน้าว ชักจูง หรือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง สามารถเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะการอยู่อาศัยแบบครอบครัวใหญ่และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ระดับการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมของตัวอย่างอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ ตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ซึ่งอาจมีส่วนช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินหรือปัญหาสุขภาพต่าง ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่ง

ตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jansongdong, 2024; Oluma et al., 2020)

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่า บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1977) ที่เชื่อว่า บุคคลเรียนรู้วิธีที่จะประสบความสำเร็จและการเรียนรู้จากแหล่งอื่นนอกเหนือจากประสบการณ์ตรงของตนเอง เช่น บุคคลต้นแบบ สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุทัศน์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Pemila et al. (2020) ที่พบว่า บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจะมีวิธีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสืบค้นหาข้อมูลและแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่า หากบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีกลวิธีในการจัดการตนเองเป็นอย่างดี จะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินที่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1977) ที่เชื่อว่า บุคคลที่ประสบความสำเร็จซ้ำ ๆ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้น หากบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการจัดการตนเองในภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เผชิญอยู่เป็นอย่างดี ย่อมส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินที่ดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนของ Liu et al. (2023) ที่พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความเครียดพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน

ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่า บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความเครียดสูงจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินลดลง สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1977) ที่เชื่อว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ดี จะมีแนวโน้มตอบสนองต่อความท้าทายอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ความเครียดสามารถลดความสามารถในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้น อาจรบกวนการตัดสินใจและการประเมินตนเองของบุคคล (Schunk & DiBenedetto, 2021) และความเครียดเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อสมองส่วน Prefrontal cortex ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการตัดสินใจ และการควบคุมอารมณ์ เมื่อสมองส่วนนี้ถูกระบบจากความเครียด บุคคลอาจขาดความสามารถในการคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญกับภาวะฉุกเฉิน (Shany et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Amelia, 2020)

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ พบว่ามีเพียงการสนับสนุนทางสังคมและความรู้ด้านสุขภาพเท่านั้น ที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในโมเดลทำนาย ทำให้ความสามารถในการทำนายเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลค่อนข้างน้อยต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น หากบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ เป็นสำคัญ ร่วมกับการได้รับการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จะช่วยสร้างเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ อาจเพราะตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุน

ทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($M = 65.23$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าตัวอย่างมีกลุ่มคนที่ใกล้ชิดและไว้วางใจ ที่ให้ความช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยจึงเกิดความรู้สึกเข้มแข็งจากภายใน และช่วยเสริมสร้างความมั่นใจว่าตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินได้ ประกอบกับมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียง ($M = 76.36$) ทำให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการเข้าถึงเข้าใจ ตีความ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Jansongdong, 2014) และสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถตระหนักถึงอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว (Shen et al., 2022)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองที่อยู่ในชุมชนเป็นระยะ และวางแผนให้ได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจากหลากหลายช่องทาง เช่น การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและผู้อื่น การสนับสนุนแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำผลการวิจัยไปเสนอต่อผู้นำชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

3. ควรพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริม

ให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วม รวมถึงการส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Abdulsalam, F. I., Somsri, P., Papitak, P., Tussanabunpong, K., Chaveepojnkamjorn, W., & Phoosuwat, N. (2024). Factors associated with quality of life among newly diagnosed acute ischemic stroke patients: A community-based case-control study. *PeerJ*, 12, e18266. <https://doi.org/10.7717/peerj.18266>
- Amelia, R., Syahrina-binti sahubudin, D. K. N., & Yamamoto, Z. (2020). Stress level and self-concept among type 2 diabetes mellitus patients in Indonesia. *Family Medicine & Primary Care Review*, 22(2), 111-115. <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2020.95313>
- Chiangmai Neurological Hospital. (2024). *Stroke risk score card*. Retrieved from https://www.cmneuro.go.th/stroke/index.php?page=stroke_matrix
- Bakan, G., & Inci, F. H. (2021). Predictor of self-efficacy in individuals with chronic disease: Stress-coping strategies. *Journal of clinical nursing*, 30(5-6), 874-881.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Mental Health. (2024). *Stress assessment questionnaire (ST5)*. Retrieved from <https://catalog.dmh.go.th/dataset/test-st5>.
- Fan, J., Li, X., Yu, X., Liu, Z., Jiang, Y., Fang, Y., . . . Xiong, L. (2023). Global burden, risk factor analysis, and prediction study of ischemic stroke, 1990–2030. *Neurology*, 101(2), e137-e150. <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000000207387>
- Jansongdong, S. (2014). Factors affecting self-efficacy among patients with type 2 diabetes: A case study of Ban Na Bua Health Promoting Hospital. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 9(2), 525-532.
- Kaeodumkoeng, K., & Junhasobhaga, J. (2021). A development and testing of health literacy on disease prevention and control assessment form for public health officers. *Romphruek Journal*, 39(2), 193-220.
- Lewin, A., Jöbges, M., & Werheid, K. (2013). The influence of self-efficacy, pre-stroke depression and perceived social support on self-reported depressive symptoms

- during stroke rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation*, 23(4), 546-562.
- Liu, Q., Jin, Y., Wang, Y., Feng, J., Qiao, X., Ji, L., . . . Wang, C. (2023). Association between self-efficacy and self-management behaviors among individuals at high risk for stroke: Social support acting as a mediator. *Journal of clinical nursing*, 32(1-2), 71-82.
- Lo, S. H., Chau, J. P., Lam, S. K., Saran, R., Choi, K. C., Zhao, J., & Thompson, D. R. (2022). Association between participation self-efficacy and participation in stroke survivors. *BMC neurology*, 22(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02883-z>
- Oluma, A., Abadiga, M., Mosisa, G., Fekadu, G., & Turi, E. (2020). Perceived self-efficacy and associated factors among adult patients with type 2 diabetes mellitus at public hospitals of Western Ethiopia 2020. *Patient Preference and Adherence*, 14, 1689-1698.
- Pemila, U., Sitorus, R., Waluyo, A., & Hastono, S. P. (2020). Self-Efficacy of patients at high risk for stroke in reducing risk factors. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(7), 515-518. <https://doi.org/10.31838/srp.2020.7.75>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio, causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, England: NFER-Nelson.
- Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2021). Self-efficacy and human motivation. *Advances in Motivation Science*, 8, 153-179.
- Setyawati, R., Astuti, A., Utami, T. P., Adiwijaya, S., & Hasyim, D. M. (2024). The importance of early detection in disease management. *Journal of World Future Medicine, Health and Nursing*, 2(1), 51-63.
- Shany, O., Gurevitch, G., Gilam, G., Dunsky, N., Reznik, B. S., Greental, A., . . . Hendler, T. (2022). A corticostriatal pathway mediating self-efficacy enhancement. *NPJ Mental Health Research*, 1(6). <https://doi.org/10.1038/s44184-022-00006-7>
- Shen, Z., Ding, S., Shi, S., & Zhong, Z. (2022). Association between social support and medication literacy in older adults with hypertension. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.987526>
- Songsrichainun, P., & Tiamkao, S. (2024). Incidence, mortality rate and rate of thrombolytic therapy of acute stroke in Northeastern Thailand from 2017-2022. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 107(1), 16-23.
- Tiamkao, S., Ienghong, K., Cheung, L. W., Celebi, I., Suzuki, T., & Apiratwarakul, K. (2022). Stroke incidence, rate of thrombolytic therapy, mortality in Thailand from 2009 to 2021. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(E), 110-115. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8051>
- Tiwari, S., Joshi, A., Rai, N., & Satpathy, P. (2021). Impact of stroke on quality of life of stroke survivors and their caregivers: A qualitative study from India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 12(4), 680-688. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735323>
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1503-1509.
- Yi, X., Chen, H., Wang, Y., Yu, M., Luo, H., Wang, C., . . . Bao, S. (2022). Prevalence and risk factors of high-risk population for stroke: A population-based cross-sectional survey in southwestern China. *Frontiers in Neurology*, 13, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.693894>
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 610-617.