

รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

ชัยณรงค์ เลขราบ¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
จิมพิชญ์สา สาทิยามาส² วพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์), ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)
เบญญพร บรรณสาร³ ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ: กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มักมีประสบการณ์การเผชิญกับปัญหาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมากมาย โดยมีสาเหตุหรือปัจจัยจากความพร่องของความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการปฏิบัติตน การตัดสินใจรับการรักษา การประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของโรค บทความนี้เป็นการนำเสนอกรณีศึกษา ที่ใช้รูปแบบการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเกิดโรค โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ครอบคลุมขั้นตอนการประเมินประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูดและสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลลัพธ์จากการประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลนี้พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นและช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 165-180

คำสำคัญ: การพยาบาล; ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย; การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน; ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี; ผู้รับผิดชอบหลัก, jinpitcha@nurse.tu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

วันที่รับบทความ 23 เมษายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 25 กรกฎาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 6 สิงหาคม 2567

A Nursing Model for Managing Uncertainty in Illness and Enhancing Self-Efficacy Among Older Adult Patients with Ischemic Stroke: A case study

Chainarong Lakrab¹ M.N.S. (Adult and Older adult)

Jinpitcha Sathiyamas² Dip.APMSN, PhD (Nursing)

Banyaporn Bannaasan³ PhD (Nursing)

Abstract: Older people experiencing their first stroke must cope with the issue of illness uncertainty, which has far-reaching consequences for both patient and family. The causes are often from a lack of understanding about the ailment, behavioral patterns, therapy choices, and determining the severity of affliction. This article presents an application of nursing model for managing uncertainty in illness combined with enhancing self-efficacy in a case study of geriatric stroke patients who had issues of health status perception and health behaviors which could delay post-illness rehabilitation. A self-efficacy framework was used as a guide which included verbal persuasion, viewing examples and experiences from others, assessing one's own successful experiences, and addressing physical and emotional environments throughout hospitalization phase. After application of this nursing model, it was shown to assist patients to set the goal for modifying health behaviors to prevent stroke recurrence with the engagement of family members. Patients were able to adopt appropriate health behaviors and felt confidence in self-care at home. This improves the patient's quality of life and helps prevent stroke recurrence.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 00-00

Keywords: Nursing care; Uncertainty in illness; Enhancing self-efficacy; Older patients with stroke

¹Master of Nursing Student, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani; Corresponding author, E-mail: jinpitcha@nurse.tu.ac.th

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani

Received April 23, 2024; Revised July 25, 2024; Accepted August 6, 2024

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประชากรโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความพิการอย่างถาวร¹ ในแต่ละปีมีข้อมูลทางสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้ประมาณ 5 ล้านคนเสียชีวิตและอีกประมาณ 5 ล้านคนมีความพิการอย่างถาวร ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) ว่าอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง และทุก ๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน² ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเสียชีวิตมากที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สอง และเป็นสาเหตุการเกิดความพิการอันดับที่สาม ซึ่งประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 มีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้³

ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะพบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุได้ร้อยละ 2.3 โดยมีอายุระหว่าง 60-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.7⁴ โอกาสการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 2.9⁴ ทั้งนี้มักมีความพิการหลงเหลืออยู่⁵ และส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ รวมถึงด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อผู้ป่วยฟื้นหายจากสภาวะของโรคแล้วมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁶⁻⁷ และยังคงมีความต้องการช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในจำนวนนี้ผู้ป่วย

ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้⁸ มีความต้องการการดูแลจากผู้อื่น เกิดภาวะพึ่งพาเนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ทำให้เป็นภาระของผู้ดูแล รวมทั้งการรักษาโรคหลอดเลือดสมองยังมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ดังนั้นเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการดูแลตนเองเนื่องมาจากภาวะการอ่อนแรงของแขนขา ความสามารถในการรู้คิดลดลง สภาวะการของโรคจัดอยู่ในระดับรุนแรง ส่งผลต่อความสามารถด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และจากการที่ผู้ป่วยพร่องความรู้เกี่ยวกับสภาวะของโรค วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ขั้นตอนการตัดสินใจรับการรักษา การประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนหลังจากการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองบวม สภาวะการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ตามแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel⁹ ซึ่งผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมากที่สุดในเรื่อง ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รองลงมาคือ การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ และความซับซ้อนของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล⁹ หากความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมตามมา มีโอกาสทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยควรมุ่งเน้นกิจกรรมด้านการให้ข้อมูลความรู้

รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค ขั้นตอนการรักษา การพยากรณ์โรค ความรุนแรงของโรค วิธีการรักษา ผลลัพธ์จากการรักษา¹⁰ รวมทั้งการจัดการความเครียด

หากผู้ป่วยได้รับการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากหลักทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹¹ ได้อธิบายแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองที่เริ่มจากการประเมินประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติอันที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยสูงอายุที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness)

แนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พัฒนาโดย Mishel⁸ ให้ความหมายว่า

เป็นการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของเหตุการณ์ และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี 4 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) 2) ความซับซ้อนหรือความไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (complexity) 3) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ (lack of information) และ 4) การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ (unpredictability) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยดังกล่าวยังเป็นที่มาของความเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹²⁻¹³

แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ ได้กล่าวถึงว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคลจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยที่มีอิทธิพล 3 ปัจจัย ประกอบด้วย 1. ปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) 2. ปัจจัยด้านความสามารถทางสติปัญญา (cognitive capacity) และ 3. ปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุน (structure providers) โดยเฉพาะปัจจัยด้านสิ่งเร้ามี 3 องค์ประกอบ คือ 1) รูปแบบของอาการ ลักษณะ ความชัดเจนของอาการที่เกิดขึ้นที่จะทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีอาการ 2) ความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น^{8,12-13}

โดยสรุปความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ของบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อมีเหตุการณ์เจ็บป่วยรุนแรง อาการแสดงของโรคที่มาระตุ้น โดยที่ไม่สามารถระบุความหมายของการเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ อาจเกิดจากการพร่องความรู้และได้รับคำแนะนำที่

ไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน หรือไม่ครบถ้วนโดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความต่อเนื่องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด ความวิตกกังวลโดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเครียดระดับรุนแรง ส่งผลให้มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้นด้วย¹⁴ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย^{8,12-13,15-16}

เครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชล เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้ของบุคคลว่ามีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความซับซ้อน/ไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้³ โดยตัวอย่างเครื่องมือในการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่

1. แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลการรักษา คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 32-160 คะแนน โดย ระดับต่ำ คือ 32-75 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 76-119 คะแนน และระดับสูง คือ 120-160 คะแนน และคะแนนด้านใดมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านนั้นสูง

2. แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน (Mishel Uncertainty in Illness Scale: Community Version: MUIS-C)¹⁵ ซึ่งแปลจากแบบสอบถามของ Mishel⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ประกอบไปด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลง และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลการรักษา ซึ่งคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง โดยระดับคะแนนต่ำ คือ 35-53 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 54-72 คะแนน ระดับสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 73 คะแนน ข้อคำถามมีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยเครื่องมือนี้เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยในกลุ่มโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคมะเร็ง

3. แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับย่อ (SF-MUIS) โดยแบบประเมินฉบับย่อนี้ พัฒนาขึ้นโดยการนำแบบประเมินต้นฉบับของ Mishel⁸ มีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ มีปรับให้เหลือ 5 ข้อ และสะท้อนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อน/ไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ 3) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และ 4) การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ซึ่งค่าคะแนนรวมสูงหมายถึงผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบประเมินนี้เป็นการประเมินที่สั้น กระชับ มีค่าความเชื่อมั่นที่น่าเชื่อถือ และสะดวกต่อการนำไปใช้

ในการศึกษานี้ผู้เขียนเลือกใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับย่อ (SF-

รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

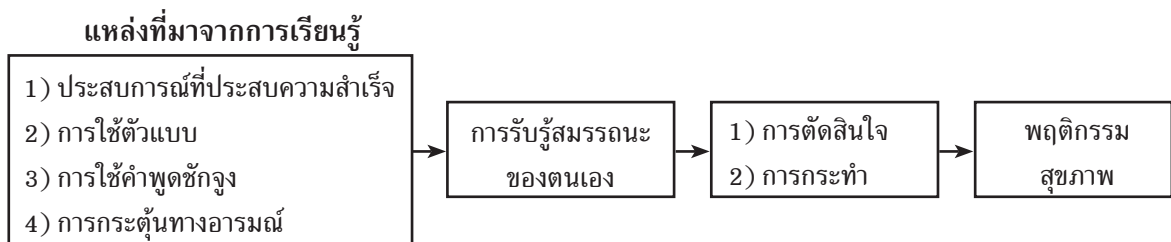
MUIS) เนื่องจากข้อคำถามมีความกระชับ เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุในการตอบข้อคำถาม และสามารถสะท้อนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy)

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura¹¹ ได้อธิบายแนวคิดที่สำคัญ คือ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เมื่อบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือการเพิ่มความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ การช่วยให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแบบดูราเชื่อว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับที่สูง จะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยการ

ทำให้บุคคลกล้าเผชิญต่อปัญหาต่าง ๆ แม้เป็นสิ่งที่ยากและมีความพยายามทำให้สำเร็จโดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถต่ำ จะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเองเพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อปัญหา คิดว่าสิ่งที่เป็นปัญหาหรือสิ่งที่ตนจะทํานั้นยาก ซึ่งจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่ำหรือปานกลาง¹¹

โดยสรุปคือบุคคลจะกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามที่ตนต้องการหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง



ภาพที่ 1 แสดงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งที่มาจากการเรียนรู้

ข้อมูลกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 71 ปี สถานภาพ หม้าย ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ ข้าราชการบำนาญ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือ ศาสนาพุทธ มีบุตรในวัยทำงาน 2 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรสาว รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567

ประวัติการเจ็บป่วย:

โรคประจำตัว ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคลิ้นหัวใจ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เมื่อ 11 ปีที่แล้ว มีภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยแรกเริ่ม 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง ไม่พูด ไม่ทำตามสั่ง ญาติจึงพามารักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง แรกเริ่มผู้ป่วย Glasgow Coma Scale (GCS) E₂ V₂ M₅ pupil 2 mm RTL BE. Motor power right side grade 0, left side grade 5 NIHSS 19 คะแนน แพทย์วินิจฉัยโรค Acute Ischemic Stroke ผลการตรวจรังสีวิทยา CT brain non contrast พบ Hypodensity lesion at left caudate, left lentiform and left insular cortex. (ASPECT 7) ผลการตรวจรังสีวิทยา CTA brain พบ Occlusion of distal left ICA. ในที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และส่งตัวผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลที่รับไว้ในความดูแลเพื่อรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy) ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาทภายหลังได้รับการรักษา 24 ชั่วโมงผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Scale (GCS) E₄ V₅ M₆ pupil 2 mm RTL BE. Motor power right side grade 4⁺, left side grade 5 NIHSS 9 คะแนน mRS 2 คะแนน ผู้ป่วยหายใจ Room air ไม่มีหายใจ หอบเหนื่อย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและตอบคำถามรู้เรื่อง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขณะนอนโรงพยาบาล EKG monitor show Atrial Fibrillation with RVR HR= 152 bpm. ได้รับการรักษาด้วยยา Metoprolol 100 mg ¼ tab oral bid pc, Warfarin 3 mg 1 tab oral hs, Aspirin 325 mg 1 tab oral bid pc ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยมีอาการซึมลง มีอาการแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง GCS E₃ V₁ M₆ pupil 2 mm RTL BE. Motor power right side grade 1, left side grade 5 NIHSS 21 คะแนน ส่งตรวจ CTA brain

พบ left ICA occlusion ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy) ครั้งที่ 2 ภายหลังการรักษาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E₄ V₅ M₆ pupil 2 mm RTL BE. Motor power right side grade 5, left side grade 5 NIHSS 0 คะแนน mRS 0 คะแนน ซึ่งแบบประเมิน NIHSS เป็นการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนตั้งแต่ 0-42 คะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรง มีโอกาสเสียชีวิต และแบบประเมิน The Modified Rankin Scale (mRS) เป็นการประเมินความพิการ (Disability) ของผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนนน้อยกว่า 3 คาดว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง¹⁷

ผลการตรวจร่างกาย:

General Appearance: Thai male, older adult, not pale, good consciousness

Glasgow Coma Scale (GCS): E₄ V₅ M₆ pupil 2 mm RTL BE.

Vital sign: T= 36.9 °c, PR= 54 bpm, RR= 20 bpm, BP= 150/72 mmHg, SpO₂ = 98 %

HHENT: Global aphasia, mild right facial palsy, dysarthria

Cardiovascular: Normal S1S2, no murmur

Extremities: No pitting edema, motor power right side grade 4⁺, left side grade 5, full EOM

Chest X-rays: Normal, no infiltration

EKG 12 lead แรกเริ่ม: Normal sinus rhythm

Echocardiography: Not seen intracardiac clot

การประเมินผู้ป่วยจากการซักประวัติแบบแผน สุขภาพและการใช้แบบประเมิน

จากการซักประวัติแบบแผนสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่ได้รับประทานยาที่แพทย์สั่ง เพราะกลัวว่าจะมีผลต่อหัวใจ และผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล บอกว่าไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้เขียนได้ใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับย่อ (SF-MUIS) มาประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยมีคะแนน 16 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อน/ไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ 3) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และ 4) การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องให้การพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเร็วที่สุดเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจตามมา นอกจากนี้ยังมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ โดยแปลความหมายคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-7 คะแนน) หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (8-10 คะแนน) หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (11-13 คะแนน) หมายถึง ระดับความรู้มาก ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนเท่ากับ 7 คะแนน ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยมีความรู้ในระดับน้อยหรือต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ยังขาด

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ในการพร่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ทราบทั้งอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่สามารถปรับตัวกับภาวะการเจ็บป่วยได้

การประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง¹⁹ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานยา 2) การรับประทานอาหาร 3) การออกกำลังกาย 4) การจัดการอารมณ์ 5) การงดสูบบุหรี่ และ 6) งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษามีพฤติกรรม 3 ด้านที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นภายหลังการให้การพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พยาบาลจำเป็นต้องส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยตามแนวคิดของBandura¹¹ เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

ผู้สูงอายุรายนี้มีประวัติเป็นโรคเส้นหัวใจ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง หลังจากนั้นมีความสุขแข็งแรงดี ภายหลังเกษียณอายุราชการยังสามารถช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ในชีวิตประจำวันผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด เป็นส่วนใหญ่ และมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยไม่

รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งหยุดรับประทานยาเอง โดยมีความเชื่อว่ายาที่แพทย์ให้จะมีผลต่อโรคหัวใจเดิม จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การมีพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง¹⁷

กิจกรรมทางการพยาบาลที่สำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการประยุกต์ใช้กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นการให้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	การพยาบาลในกรณีศึกษา
1.ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Ambiguity) อาการของโรคมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ต้องคาดเดาว่าสาเหตุเกิดจากอะไร บรรเทาได้หรือไม่	1. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูสภาพ (ใช้สื่อการสอน) การสังเกตอาการเตือนของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง ^{8,18-20} 2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องยาที่ได้รับ ซึ่งกรณีศึกษารายนี้ได้รับยา Oral Anticoagulant (Warfarin) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง ²¹ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้สอบถามข้อสงสัย ^{8,18-20}
2.ความซับซ้อน/ไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ (Complexity) ความซับซ้อนของพยาธิสภาพและการรักษา ทำให้ยากแก่การเข้าใจ	1. อธิบายวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการรักษาเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพ เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ การสวนหลอดเลือดสมอง การทำกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพอาการอ่อนแรงแขนขา ¹⁷ และยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ^{8,18-20} 2. ยกตัวอย่างวิธีการรักษาแต่ละวิธีการให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของผู้ป่วย ^{8,18} เช่น การให้ยาดันเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดแบบรับประทาน ^{17,21}
3.การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (Lack of information) การขาดข้อมูลหรือได้รับข้อมูลแต่ละแหล่งไม่ตรงกัน รวมทั้งความรู้สึกไม่คุ้นเคย	1. อธิบายแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันให้ทราบ เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ การสวนหลอดเลือดสมอง การทำกายภาพบำบัด ¹⁷ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแบบรับประทาน ²¹ และให้ระบายความรู้สึกที่มีอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง ^{8,18}

รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

ตารางที่ 1 ตารางแสดงกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (ต่อ)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	การพยาบาลในกรณีศึกษา
4. การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ (Unpredictability) ผู้ป่วยไม่สามารถลำดับขั้นตอนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนได้ ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของการรักษาได้	1. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และแหล่งขอความช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจ มั่นใจในผลลัพธ์จากการรักษาที่ถูกต้อง และวางแผนการดูแลตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ^{8,18-20} เช่น การสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การโทรขอความช่วยเหลือ 1669 เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ¹⁷

การจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสำคัญ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะนำมาซึ่งผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลมากกว่าวัยผู้ใหญ่ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก้าวผ่านปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังการให้การพยาบาลตามแนวทางการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำการประเมินระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี²²

นอกจากนี้ จากการประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองลดลง จากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ดังนั้นในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว จึงมีความสำคัญ เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	การพยาบาลในกรณีศึกษา
1. การประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) การประสบผลสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเองและเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้สำเร็จ และนำทักษะไปใช้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน	1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยและญาติในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการส่งเสริมตามคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกการเลือกอาหาร ลดหวาน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัด ขนมหวาน ลดมัน จำกัดปริมาณคอเรสเตอรอลในอาหาร ไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม และลดเค็ม จำกัดการรับประทานโซเดียม ไม่เกินวันละ 2,300 มิลลิกรัม ²³ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง ^{18-19,22,24-25}

ตารางที่ 2 ตารางแสดงกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (ต่อ)

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	การพยาบาลในกรณีศึกษา
2. การได้เห็นตัวแบบ (Modeling) ให้ผู้ป่วยได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นที่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1. ใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic model) ประกอบด้วย VDO โรคหลอดเลือดสมอง ตัวแบบบุคคลโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติตัวได้ดี และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงใจ และเสริมแรงทางบวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ^{18,22,24-26}
3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) กระตุ้นให้กำลังใจเพื่อให้เกิดแรงใจในการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติทบทวนประสบการณ์ต่าง ๆ ของตนเองที่เคยปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จ กล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ^{18,22,24-26}
4. การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional Arousal) ให้ผู้ป่วยฝึกการจัดการตนเองในความเครียดด้วยการทำสมาธิ และกระตุ้นเตือนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1. พูดคุยด้วยความเป็นกันเอง การสร้างเสริมพลัง เพื่อกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวก ^{18,22,24-26} 2. พูดคุยร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการค้นหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยา การรับประทานอาหารส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ^{18-19,22,24-26}

ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้แล้ว ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น เข้าใจสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และได้รับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ มีทักษะการเลือกการบริโภคอาหารถูกต้อง มีทักษะการเลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสม รับรู้ผลดีและผลเสียของการไม่รับประทานยาตามคำสั่งการรักษา รวมถึงมีทักษะการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา

จากการวิเคราะห์การเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกรณีศึกษาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาใน

รายวิชา พ.ย. 622 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่าสาเหตุสำคัญของกรณีศึกษารายนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยพร่องความรู้เกี่ยวกับสภาวะของโรค การปฏิบัติตัวและความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้มีความเครียด ความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)²⁷ จากการเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญของชีวิต ลักษณะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยผู้ป่วยไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เป็นผลจากความบกพร่องทางระบบประสาท ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกายหรือความพิการ สูญเสียการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วย

ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ และทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุตามมา เช่น ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปได้ รวมถึงการแสดงบทบาทในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป²⁸ เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและไม่ได้รับการแก้ไขตามความเหมาะสม จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง และความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะการณ์ต่างๆ ลดลง อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา ได้แก่ ความวิตกกังวล (Anxiety) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁹ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาเหล่านี้ยิ่งนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ช้าลง และส่งผลต่อเนื่องทำให้การดูแลของญาติสูงขึ้นในระยะยาว จากกรณีศึกษาพบว่าสาเหตุหลักมาจากการพร่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการไม่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม รวมทั้งมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง เมื่อพิจารณาในส่วนของผู้ป่วยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพจึงทำให้กรณีศึกษารายนี้พร่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา³⁰ พบว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรค

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สิ่งชักนำสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การจัดรูปแบบกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม และเข้ารับการรักษารวดเร็ว รวมถึงการส่งเสริมการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างครบถ้วน เหมาะสมและต่อเนื่องจะช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลง ขณะเดียวกัน การสนับสนุนจากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่เนื่องจากกรณีศึกษารายนี้มีปัญหาที่พบคือสมาชิกในครอบครัวมีงานประจำ ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลสามารถให้การดูแลในบทบาทอิสระที่สามารถปฏิบัติได้ตามพระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และบทบาทพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ตามทฤษฎีทางการพยาบาลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness Theory) ของ Mishel⁸ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura¹² เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับ

ผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสังเกตอาการเตือน การปรับพฤติกรรม สุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง และการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยและให้ข้อมูลในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินผลลัพธ์กิจกรรมการพยาบาล

รูปแบบการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้นำสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยตามตารางกิจกรรมการพยาบาลข้างต้นต่อเนื่องกัน ตั้งแต่ครั้งที่ 1 จนถึงครั้งที่ 3 ด้วยการที่พยาบาลใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับย่อ (SF-MUIS) ทำการประเมินผล 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน เท่ากับ 16 14 และ 13 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุอาการแสดง และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง ภายหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากการประเมินผล 3 ครั้ง เท่ากับ 7, 10 และ 13 คะแนน ตามลำดับ

ขณะเดียวกันเมื่อการประเมินผลด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ละด้านโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงขึ้นจากเดิม (คะแนน 2 เป็น 3.33) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง-สูง สรุปผลการติดตามการรับรู้และพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ตามปกติ ผู้ป่วยมีการปรับตัวในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมโรคได้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความเชื่อที่ถูกต้องในการหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ ผู้ป่วยได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเอง สะท้อนการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ค้นหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ วางแผนและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยมาแล้วจะเห็นภาพและเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน รับรู้ได้ว่าต้องใช้เวลายาวนานในการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้และให้ความหมายกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจึงมีการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามคำแนะนำที่ได้รับได้ในที่สุด¹⁹

สรุปและอภิปราย

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นับเป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงแขนขา ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิตในด้านลบ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการพร่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การตัดสินใจรับการรักษา การประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของโรค เป็นสาเหตุของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการปัญหาต่างๆ ด้วยตนเองได้ ส่งผลให้มีปัญหาด้านจิตใจขึ้นในระยะยาว ซึ่งจะเห็นได้ว่ารูปแบบการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลที่ผู้เขียนได้จัดกระทำขึ้นเป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เข้าใจแผนการรักษาที่ได้รับการพยากรณ์โรค การรับมือกับความรู้สึกไม่แน่นอนอย่างเหมาะสมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล รวมถึงต้องใช้ประสบการณ์วิชาชีพทางคลินิกร่วมกับการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องมีการประเมินปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ความรู้เกี่ยวกับเจ็บป่วย ความบกพร่องทางด้านการร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อปรับกิจกรรมที่มีส่วนช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Collaborators GBDS. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021; 20(10): 795–820. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
2. World Stroke Organization. Up again after stroke [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 15]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/>.
3. Division of Non Communicable Disease Department of Disease Control. Stroke disease and sign of stroke [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 6]. Available from <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14331&tid=&gid=1-015-004>.
4. Sansuk S, Phonmeesak J, Arrirak N, et al. The development of community health system to health care service system for stroke among elderly, Yasothon province. *AJCPH.* 2022; 8(4): 195–204. Thai.

5. Hirunkhro B. Care management model for elderly stroke patient at home. *EAU Heritage*. 2017; 11(3): 11–21. Thai.
6. Mamom J, Daovisan H. How buddhist religious care is incorporated for end-of-life stroke patients receiving palliative care at home during the COVID-19 pandemic: Revisiting constructivist grounded theory. *Religions*. 2020; 13(10): 1000. doi: 10.3390/rel13101000.
7. Mamom J, Daovisan H. Listening to caregivers' voices: The informal family caregiver burden of caring for chronically ill bedridden elderly patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(1): 567. doi: 10.3390/ijerph19010567.
8. Mishel MH. Uncertainty in illness. *J Nurs Scholarship*. 1988; 20(4): 225–32. doi: 10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x.
9. Pimpava A, Leelahakul V, Toskulkao T. The uncertainty in illness of caregivers in ischemic stroke patients. *CUTJ*. 2016; 22(3): 329–39. Thai.
10. Arammuang S, Toskulkao T, Leelahakul V. The effects of information and emotional support program on uncertainty of illness and stress coping among caregivers of traumatic brain injury patients. *Songklanagarind J Nurs*. 2019; 39(3): 77–89. Thai.
11. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
12. Matchim Y, editors. Palliative care: Application of knowledge to practice. Pathum Thani: Thammasat University Press; 2022. Thai.
13. Alligood MR. Nursing theorists and their work. 10th ed. India; 2022.
14. Zhou Y, Zhou Y. Non-adaptive cognitive emotion regulation mediates the relationship between disease uncertainty and acute stress disorder in patients with ischaemic stroke. *Front. Psychiatry*. 2024; 15: 1319848. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1319848.
15. Hancharoenkun S, Wongsunpharat B, Wonghongkul T. Factor influencing uncertainty in illness among children with cancer receiving chemotherapy. *TJN*. 1991; 40(1): 11–26. Thai.
16. Hagen KB, Aas T, Lode K, et al. Illness uncertainty in breast cancer patients: validation of the 5-item short form of the mishel uncertainty in illness scale. *Eur J Oncol Nurs*. 2015; 19(2): 113–9.
17. Neurological Institute of Thailand. Clinical nursing practice guideline for stroke [Internet]. 2024 [cited 2024 June 28]. Available from: https://nit.go.th/cpg_cnpng
18. Jittanoon P, Buapetch A, Saksornmuang P, et al. Cerebrovascular knowledge and preventive behaviors of cerebrovascular risk group: A case study of huinang sub-district, Trang province. *Songklanagarind J Nurs*. 2021; 41(2): 13–25. Thai.
19. Kongkaew O, Naka K, Kritpracha C. Illness representation and recurrence prevention behaviors in elderly with stroke. *JRN-MHS*. 2020; 40(1): 115–28. Thai.
20. Choengsa-ard N, Banglu W. Effectiveness of intermediate care for stroke patients through case management of Atsamat district health service network Roi Et province. *Public Health Innov R&D*. 2024; 5(1): 17–26. Thai.
21. Jandee G. Nursing care of patients with atrial fibrillation treated with warfarin: Case study. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2020; 4(8): 244–65. Thai.
22. Ketvatimart M. The roles of professional nurses in the management of stroke patients. *J Hlth Sci Res*. 2017; 11(2): 71–80. Thai.

**รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา**

23. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. Nutrition in the stroke patient [Internet]. 2017 [cited 2024 June 28]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1298>
24. Pinkaeol T, Thiangthum W, Pichayapinyo P. The effects of the application of the health belief model and family support program on recurrence stroke prevention among first episode stroke survivors swelling in a rural community. NJPH. 2022; 32(3): 36–51. Thai.
25. Kunyodying T, Pothiban L, Khampolsiri T. Dependency of the elderly with stroke, caregiver burden, social support, and quality of life among older caregivers. TJN. 2015; 42(Supply): 107–17. Thai.
26. Piyahirun C, Kasiphol T, Prasertsong C. Effects of a self-efficacy promotion program for stroke caregivers. HCU Journal. 2018; 22(43–44): 130–42. Thai.
27. Wattradu D, Shanapa N, Tawongpea N, et al. Effects of health promotion program on self care knowledge, anxiety and behavioral change in stroke patients and caregivers. Thai J. Cardio–Thorac Nurs. 2010; 21(2): 18–33. Thai.
28. Jullamate P. Nurse care for older adult with stroke. 2nd ed. Faculty of Nursing, Burapha University; 2023. Thai.
29. Naklan S, Thongni M. Health status, health access and the quality of life in stroke patients in Muang district, Phetchabun province. J Hlth Sci Res. 2016; 10(1): 62–9. Thai.
30. Khumsa-ard S, Thiangtham W, Suwan-ampai P. Behavior factor related to recurrent stroke. J. Public Health Nursing. 2017; 31(Suppl): 13–26. Thai.