

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ศิริลักษณ์ ผมขาว, พย.ม.**

นารีรัตน์ จิตรมนตรี, Ph.D.***

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, Ph.D.****

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การออกแบบวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนการทดลองและ 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์หลังการทดลอง

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองถูกคัดเลือกตามเกณฑ์การตัดเข้า จากผู้ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน จับคู่อายุของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วดำเนินการจับคู่ในกลุ่มทดลองให้คล้ายกับกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เก็บข้อมูลด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 และ 2 สัปดาห์หลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-Square, Mann-Whitney U Test และ Repeated Measure one-way ANOVA

ผลการวิจัย: แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มทดลองแรงจูงใจฯ ก่อนการทดลองและสัปดาห์ที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่หลังการทดลองระหว่างสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ: โปรแกรมนี้มีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลควรนำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

วารสารสภาการพยาบาล 2562; 34(3) 30-42

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ / แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ / ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ได้รับ 27 มค. 62 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 12 มีค. 62 วันที่รับตีพิมพ์ 15 พค. 62

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบราชธานี สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนจากมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาศน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: narirat.jit@mahidol.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

The Effect of Motivation Program on Stroke Rehabilitation Motivation in Older Patients with Stroke*

Siriluk Phomkhao M.N.S. **

Narirat Jitramontree Ph.D. ***

Virapun Wirojratana Ph.D. ****

Abstract:

Objective: To study the effects of a rehabilitation motivation program on older stroke patients.

Design: Two-group experimental research with one pre-test and two post-tests (in the first and second weeks after the experiment).

Methodology: The sample was 44 older stroke patients selected based on the inclusion criteria from two tertiary hospitals. The patients were paired by age and then divided into a control group and an experimental group, so that both groups had as similar conditions as possible. The experimental group was given a two-week motivation-building programme in addition to standard care, whilst the control group received only standard care. Data were collected consecutively from the control group and then from the experimental group, using personal information interviews and a stroke rehabilitation motivation scale. The patients' rehabilitation motivation was measured three times: before the experiment, one week after the experiment and two weeks after the experiment. The data were analysed using descriptive statistics, Chi-Square, Mann-Whitney U Test, and Repeated Measure one-way ANOVA.

Results: A significant difference in rehabilitation motivation levels between the experimental group and the control group at week two after the experiment was evident ($p < .05$). Within the experimental group, the patients' rehabilitation motivation levels differed significantly ($p < .05$) between before the experiment and one week after the experiment, whilst no significant difference was found between the first-week and second-week post-experimental measures.

Recommendations: This programme had a positive impact on older stroke patients' rehabilitation motivation. It is recommended that nurses apply it to older stroke patients in the process of rehabilitation.

Thai Journal of Nursing Council 2019; 34(3) 30-42

Keywords: rehabilitation motivation program; rehabilitation motivation; older stroke patients

Received 27 January 2019 , Revised 12 March 2019, Accepted 15 May 2019

* A thesis for the degree of Master of Nursing science in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University
This research was funded by Princess Mondharoph Kamalasna Foundation, The Nurses' Association of Thailand.

**Master nursing student, Nursing Science Program in gerontological nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

***Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University E-mail: narirat.jit@mahidol.ac.th

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของระบบหลอดเลือดสมอง อาการจะแสดงนานมากกว่า 24 ชั่วโมง จนทำให้เสียชีวิตได้ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี²

ปัจจุบันความเจริญทางการแพทย์ก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทำให้มีจำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น แต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ร้อยละ 9.6 ของผู้พิการทั่วประเทศ ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก การรู้คิด-การรับรู้ความรู้สึกบกพร่อง กลืนลำบาก มีปัญหาการทรงตัว การเดิน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ลักษณะที่พบมากที่สุด คือ ภาวะแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ร้อยละ 88³ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตต้องอยู่ในภาวะที่พึ่งพิง ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล เนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้ลดลง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 25-40 ในระยะเวลา 5 ปี⁴ ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพรวดเร็วที่สุดเมื่อมีอาการคงที่⁵ เพราะการฟื้นฟูตัวเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-6 เดือนแรกหลังเกิดโรค เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบด้านร่างกายแล้วยังส่งผลต่อด้านจิตใจ หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33.8⁶ พบมากที่สุดช่วง 1 เดือนแรก อีกทั้งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมลง ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง พึ่งพาบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ⁷ รวมถึง

ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น⁸ จากประสบการณ์การทำงานเห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ในหอผู้ป่วย ช่วงเวลาที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยจะไม่ฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง นอนพักอยู่บนเตียงเฉยๆ พยาบาลสามารถกระตุ้นการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วยได้ในช่วงเวลาที่ไม่ได้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยทำการฟื้นฟูสมรรถภาพบ่อยครั้งมากขึ้น ดังนั้นควรดูแลสภาพจิตใจควบคู่กับสภาพร่างกาย และควรเริ่มต้นเมื่ออาการคงที่ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับกำลังใจ ไม่โดดเดี่ยว รู้สึกปลอดภัย⁹ ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพควรสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำต่อผู้ป่วยได้¹⁰

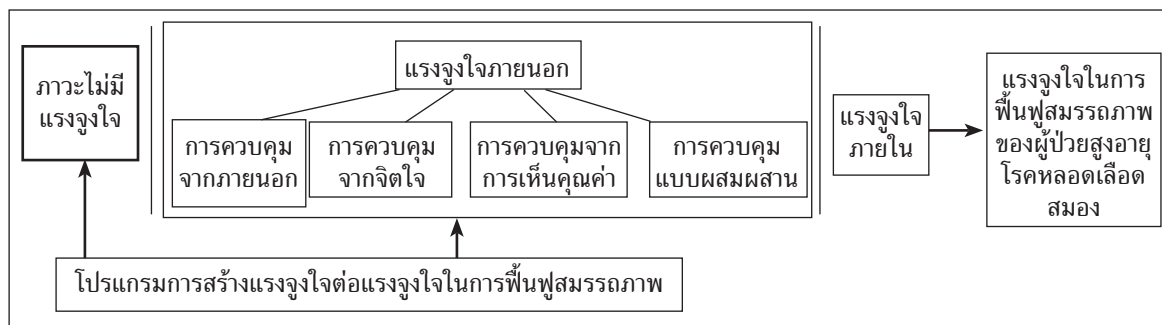
ทฤษฎีการควบคุมด้วยตนเองให้ความสำคัญกับพฤติกรรมของมนุษย์ ให้โอกาสเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง พฤติกรรมปรับเปลี่ยนได้จากการรับคำตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ได้รับแรงกระตุ้นจากภายนอก และค่อยๆ เกิดแรงจูงใจภายในต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson¹⁴ พบว่า การสร้างแรงจูงใจโดยให้ความรู้ กำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองส่งผลให้มีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น และศึกษาเปรียบเทียบการสร้างแรงจูงใจระหว่างอยู่โรงพยาบาลและบ้าน พบว่า ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลสามารถสร้างแรงจูงใจได้ดีกว่าอยู่บ้าน

ผู้วิจัยตระหนักและเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงประสงค์สร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยภายในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจ

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยทฤษฎีการควบคุมด้วยตนเองยังมีจำกัด และการศึกษาที่ผ่านมาทำให้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจไม่มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ไม่มีการกระตุ้นจากภายนอกโดยให้สิ่งของตอบแทนไม่มีการบันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง แบบประเมินที่ใช้เป็นแบบประเมินแรงจูงใจซึ่งไม่ได้เจาะจงสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงประยุกต์และสร้างโปรแกรมให้สอดคล้องกับระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย เพิ่มการคัดกรองภาวะซึมเศร้าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการสร้างแรงจูงใจ⁸ มอบสิ่งของตอบแทนเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจภายนอก¹¹ คือ คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพลูกบอลบริหารมือ แบบบันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองโดยใช้ตารางประทับ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และมีกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีการควบคุมด้วยตนเองสอดคล้องกับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ กล้ามเนื้อแขนและขาฟื้นตัวไปในทางที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการควบคุมด้วยตนเอง (Self-Determination Theory) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย การสร้างแรงจูงใจภายในบุคคลต้องได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานภายในจิตใจ 3 ประการ ได้แก่ ความต้องการมีความสามารถ ความต้องการการกำหนดด้วยตนเอง และความต้องการมีความสัมพันธ์ แรงจูงใจภายในเริ่มเกิดขึ้นจากภาวะที่ไม่มีแรงจูงใจ ค่อยพัฒนาต่อไปเป็นแรงจูงใจภายนอก ซึ่งแบ่งเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การควบคุมจากภายนอก 2) การควบคุมจากจิตใจ 3) การควบคุมจากการเห็นคุณค่า 4) การควบคุมแบบผสมผสาน สุดท้ายพัฒนาเป็นแรงจูงใจภายในที่ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) แรงจูงใจภายในที่จะเรียนรู้ 2) แรงจูงใจที่ต้องการบรรลุเป้าหมายในกิจกรรม 3) แรงจูงใจภายในที่ต้องการความสนุกสนานพึงพอใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยทำการบริหารร่างกายด้วยตนเอง สร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย วางแผน กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง ให้กำลังใจ และคำชมเชยสิ่งของตอบแทนแก่ผู้ป่วย ดำเนินการทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ จำนวน 14 วัน วันละ 30 นาที ดังแสดงภาพที่ 1



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจฯ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 1 และ 2 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 2
2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
3. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจฯ สูงกว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษา 2 กลุ่ม วัดผลก่อนการทดลองและ 1 และ 2 สัปดาห์ หลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีภาวะอัมพาตครึ่งซีก อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีกำลังกล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรง ตั้งแต่เกรด 2 ขึ้นไป ไม่มีภาวะซึมเศร้า คัดกรองโดยใช้แบบ

ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ได้คะแนน 0-12 คะแนน¹² และมีการรู้คิดปกติ คัดกรองโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นภาษาไทย มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้ 14-23 คะแนน ผู้สูงอายุที่เรียนประถมศึกษา ได้ 17-30 คะแนน และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา ได้ 22-30 คะแนน¹³

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอย่างรุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลับเป็นซ้ำ ความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง เบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ ภาวะซึมเศร้ารุนแรง และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเกิน 2 ครั้ง

เกณฑ์การยุติ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีไข้สูง ขณะการทำกายภาพฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอาการปวดบวม หรือมีกระดูกหัก

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G-POWER Version 3.1 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ อำนาจทดสอบที่ 0.80 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ Thompson¹⁴ นำมาคำนวณค่าอิทธิพลตามสูตรของ Glass¹⁵ ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.40 เปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 40 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการถอนตัวหรือการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนให้แล้วเสร็จและดำเนินการต่อในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนการได้รับโปรแกรม เมื่อได้กลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจับคู่อายุ (60-70 ปี และมากกว่า 70 ปี)¹⁷ อย่างละ 11 คน เมื่อดำเนินการแล้วเสร็จผู้วิจัยจึงดำเนินการ

กลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจับคู่อายุเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ IRB-NS 2018/06.1801 และคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ รหัสโครงการ 61012 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบสิทธิและอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวม ข้อมูลที่รวบรวมได้เก็บไว้ในตู้ล็อกกุญแจ ผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ และจะทำลายข้อมูลเมื่อผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เรียบร้อยแล้ว หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TDGS) และแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai-2002)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีการควบคุมด้วยตนเอง มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และระยะที่ 2 การสร้างแรงจูงใจ ดำเนินการเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (14 วัน) วันละ 30 นาที ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง 2) การตั้งเป้าหมาย วางแผน กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง 3) การให้กำลังใจ คำชมเชย สิ่งของตอบแทนแก่ผู้ป่วย

2.2 สื่อการนำเสนอภาพนิ่งผ่านโปรแกรม power point ประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งจัดทำขึ้นจากการทบทวนตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ทำการบริหารข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เห็นความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

2.3 คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยทำขึ้นจากการทบทวนตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาเหมือนสื่อการนำเสนอภาพนิ่ง มอบเป็นสิ่งของตอบแทนแก่ผู้ป่วยหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 1 สัปดาห์ เพื่อเสริมแรงจูงใจภายนอกและให้ผู้ป่วยทบทวนทำบริหารด้วยตนเอง

2.4 แบบบันทึกพฤติกรรมกการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมกการบริหารด้วยตนเอง เมื่อทำทำได้กี่ได้ครบ 10 ครั้ง หรือ 1 รอบ ใช้ตรายางประทับ เพื่อเสริมแรงจูงใจภายนอกให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง

2.5 แบบบันทึกพฤติกรรมกการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้วิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้บันทึกขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และนำข้อมูลมาทำกราฟแสดงความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยรับทราบ เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจภายในแก่ผู้ป่วย

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย

3.2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยขออนุญาตแปลย้อนกลับตัดแปลงและใช้เครื่องมือ Stroke Rehabilitation Motivation Scale¹⁸ จำนวน

28 ข้อ แบ่งคำถามเป็น 7 ลักษณะของแรงจูงใจ แต่ละลักษณะมีข้อคำถาม 4 ข้อ แบ่งคำถามเป็น 7 ลักษณะของแรงจูงใจ ได้แก่ 1) ภาวะไม่มีแรงจูงใจ 2) การควบคุมจากภายนอก 3) การควบคุมจากจิตใจ 4) การควบคุมจากการเห็นคุณค่า 5) แรงจูงใจภายในที่จะเรียนรู้ 6) แรงจูงใจภายในที่ต้องการบรรลุเป้าหมาย 7) แรงจูงใจภายในที่ต้องการประสบการณ์ที่สนุกสนาน ฟังพอใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง), 4 (ค่อนข้างเห็นด้วย), 3 (ไม่แน่ใจ), 2 (ค่อนข้างไม่เห็นด้วย) และ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนมีค่าระหว่าง 5-35 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ สื่อการนำเสนอภาพนิ่ง คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกพฤติกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และแบบบันทึกพฤติกรรม โดยผู้วิจัยไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา¹⁹ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ การควบคุมด้วยตนเอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์กายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายต่อการสื่อสารกับผู้สูงอายุ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการทดลองต่อไป

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการแปลย้อนกลับแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน²⁰ แล้วนำมาหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .73

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วดำเนินการต่อในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนการได้รับโปรแกรม ผู้วิจัยจับคู่อายุของกลุ่มทดลองให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมที่ดำเนินการแล้วเสร็จ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ใช้ระยะเวลา 5 เดือน (เดือน เมษายน - กันยายน 2561)

กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้
สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 30 นาที)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ครั้งที่ 1)

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที)

ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วย ประเมินสภาพร่างกายจิตใจ เข้าสู่กระบวนการสร้างแรงจูงใจ เริ่มจากภาวะไม่มีแรงจูงใจ: สอบถามความเจ็บป่วยที่เหลื่ออยู่และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองหลังเกิดโรค

ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟู

สมรรถภาพพร้อมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้สื่อการนำเสนอภาพนิ่ง PowerPoint ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย วางแผน และกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง ให้อิสระทางความคิด การจัดการการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นโดยใช้ความสามารถของตน

- มอบแบบบันทึกพฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยพร้อมตาราง

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 3-5 ใช้เวลา 30 นาที)

ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ ทบทวนเป้าหมาย และแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่วางแผนไว้

ผู้วิจัยให้ความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผ่าน PowerPoint ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้ป่วย เพื่อเสริมแรงจูงใจจากภายนอกและให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนสามารถทำได้ พร้อมกับแสดงกราฟความก้าวหน้าของพฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองของผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจภายใน ผู้ป่วยเห็นความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้วิจัยแจ้งผู้ป่วยว่าไม่ได้มาเยี่ยมในวันพรุ่งนี้ และจะมาเยี่ยมในวันถัดไป

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 6)

ผู้วิจัยไม่ได้เข้าเยี่ยมเพื่อประเมินการเข้าสู่แรงจูงใจภายใน กรณีที่ผู้ป่วยทำการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง แสดงว่าผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่แรงจูงใจภายใน ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยไม่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่เข้าสู่แรงจูงใจภายใน

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 7) การติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 30 นาที)

ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วย ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ ทบทวนเป้าหมาย และแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่วางแผนไว้

ผู้วิจัยให้ความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผ่าน PowerPoint ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้ป่วย เพื่อเสริมแรงจูงใจจากภายนอกและให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนสามารถทำได้ พร้อมกับแสดงกราฟความก้าวหน้าของพฤติกรรมการณ์ที่ผู้ป่วยทำด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจภายใน ผู้ป่วยเห็นความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าความรู้สึกในการเข้าร่วมโปรแกรมตลอดระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตอบแบบสอบถามแรงจูงใจฯ (ครั้งที่ 2) เพื่อประเมินการเข้าสู่แรงจูงใจภายใน ถ้าหากผู้ป่วยยังไม่เข้าสู่แรงจูงใจภายใน ผู้วิจัยจะให้เวลาในการพยาบาลนานกว่าปกติ 15-30 นาที ให้เวลาแก่ผู้ป่วยจนสามารถผ่านโปรแกรมในขั้นนั้นไปได้

ผู้วิจัยมอบสิ่งของตอบแทนแก่ผู้ป่วย คือ คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพและลูกบอลบริหารมือ ให้คำแนะนำในการใช้ เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจจากภายนอกและนำไปใช้ในการบริหารร่างกายต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 (วันที่ 8-12 ใช้เวลา 30 นาที)

ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วย ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ ทบทวนเป้าหมาย และแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่วางแผนไว้

ผู้วิจัยให้ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผ่าน PowerPoint ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และทบทวนการใช้คู่มือในการฟื้นฟูสมรรถภาพและลูกบอลบริหารมือ

ผู้วิจัยให้กำลังใจ ชื่นชมผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง และให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนสามารถทำได้ด้วยตนเอง พร้อมกับแสดงกราฟความก้าวหน้าพฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง

แจ้งผู้ป่วยว่าไม่ได้มาเยี่ยมในวันพรุ่งนี้ จะมาเยี่ยมในวันถัดไป

สัปดาห์ที่ 2 (วันที่ 13)

ผู้วิจัยไม่ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นการประเมินการเข้าสู่ภาวะแรงจูงใจภายใน

สัปดาห์ที่ 2 (วันที่ 14) การประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรม (ใช้เวลา 30 นาที)

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าความรู้สึกในการเข้าร่วมโปรแกรม และตอบแบบสอบถามแรงจูงใจ (ครั้งที่ 3)

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ให้ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง พร้อมกับมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และลูกบอลบริหารมือ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลแบบปกติ นัดประเมินผลในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติ Chi-Square ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า การกระจายตัวข้อมูลกลุ่มทดลองเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ parametric ได้ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติใช้สถิติ non-parametric การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Mann Whitney U Test และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองใช้สถิติ repeated measure one-way ANOVA

ผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่

แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40.9) ทั้งสองกลุ่มมีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 50 และ อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 68.2 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 59.1) การศึกษาต่ำกว่า ปริญญาตรี (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 68.2 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 77.3) รายได้เพียงพอ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.6 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 77.3)ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1-3 เดือน (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 36.4 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 36.4) เมื่อทดสอบความแตกต่างของตัวแปรส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ตัวแปรดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test พบว่า ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน สัปดาห์ที่ 1 และ 2 หลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measure one-way ANOVA พบว่า สัปดาห์ที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสัปดาห์ที่ 1 หลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกับสัปดาห์ที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z	p - value
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	28.10	1.97	28.68	2.432	-1.445	.148
ประเมินผลสัปดาห์ที่ 1	30.57	1.81	28.69	2.66	-2.480	.013*
ประเมินผลสัปดาห์ที่ 2	30.90	1.87	28.44	2.70	-3.386	.001*

* p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

กลุ่มทดลอง	1. ก่อนทดลอง		2. ประเมินผล สัปดาห์ที่ 1		3. ประเมินผล สัปดาห์ที่ 2		F	p-value	Post hoc**
	M	SD	M	SD	M	SD			
	แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	28.10	1.97	30.57	1.81	30.90			

* p < .05

**Post hoc โดยใช้สถิติ Repeated Measure one-way ANOVA

การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพในสัปดาห์ที่ 2 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับทฤษฎีการควบคุมด้วยตนเอง¹¹ กล่าวคือ บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานภายในจิตใจทั้ง 3 ด้านทำให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Teixeira และคณะ²¹ พบว่า เมื่อบุคคลได้รับความต้องการการกำหนดด้วยตัวเอง ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย

ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจฯ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรมอาจเป็นผลมาจากผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยวางแผน กำหนด

การฟื้นฟูสมรรถภาพ วิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง²² ให้ความรู้ กำลังใจ คำชื่นชม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ตอบคำถามให้คำแนะนำอย่างชัดเจน พบว่า ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการทำด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อีกทั้งการบันทึกพฤติกรรมและแสดงกราฟการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตน สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ²³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson¹⁴ พบว่า การสร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไหล่²⁴ ผู้ป่วยโรคหัวใจ²⁵ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน²⁶

นอกจากนั้นผู้ป่วยได้รับอิสระในการตัดสินใจ การทำพฤติกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ได้รับแรงกระตุ้น

ภายนอกบ่อยครั้งและสม่ำเสมอจนเกิดแรงจูงใจในการทำพฤติกรรมนั้น²³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับความรู้ พร้อมกับปฏิบัติตาม มีอิสระในการเลือกทำฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อาจมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของแรงจูงใจ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด มีพลังผลักดันในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรสหรือคู่ชีวิตมีแนวโน้มให้เกิดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น²⁷ การศึกษาอยู่ระดับต่ำกว่าปริญญาตรีและตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป อาจทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง เช่น การซักถามผู้วิจัย ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาจะเข้าถึงโปรแกรมสุขภาพมากกว่าผู้ไม่มีการศึกษา และเกิดความมั่นใจ ตัดสินใจและประยุกต์การออกกำลังกายหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับตนเอง²⁸ ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้เพียงพอ ไม่มีความวิตกกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลอาจทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น²⁹

ผลการศึกษากายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจฯ ไม่แตกต่างกับสัปดาห์ที่ 1 อาจกล่าวได้ว่า การกระตุ้นจากแรงจูงใจภายนอกในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อาจยังไม่มากพอ จึงมีผลให้เกิดแรงจูงใจภายในและไม่เพิ่มขึ้น ทฤษฎีการควบคุมด้วยตนเอง¹¹ กล่าวว่า แรงจูงใจภายในที่เกิดจากการได้รับการกระตุ้นจากภายนอกมากพอ และบ่อยครั้ง จนกระทั่งเห็นความสำคัญของพฤติกรรม และเกิดการทำให้พฤติกรรมนั้นด้วยตนเองโดยไม่ได้รับการกระตุ้นจากภายนอกร่วมก็ระยะเวลาในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยอยู่ในช่วงใกล้ออกจากโรงพยาบาล แล้วกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน ผู้ป่วยอาจให้ความสำคัญกับการออกจาก

โรงพยาบาลมากกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง³⁰ อีกทั้งการศึกษา Meta-Analysis เรื่องอิทธิพลการออกกำลังกาย³¹ พบว่า ผู้ที่เริ่มออกกำลังกายในช่วง 6 เดือนแรก มีอัตราการถอนตัวจากการออกกำลังกายร้อยละ 20-50 เนื่องจากขาดแรงจูงใจ

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองอาจมีผลต่อแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว 1-3 เดือน ร้อยละ 36.4 ซึ่งในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้าพบมากที่สุดในช่วง 1 เดือนแรกหลังเกิดโรค แม้ว่าจะมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม แต่ในสัปดาห์ที่ 2 อาจมีภาวะซึมเศร้า⁶

สำหรับภายในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติได้รับความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพจากผู้วิจัยในครั้งแรกและไม่ได้รับโปรแกรมจึงอาจทำให้แรงจูงใจไม่สูงขึ้นในสัปดาห์ที่ 2

ผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้สอดคล้องกับทฤษฎีการควบคุมด้วยตนเอง และงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกัน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง อาจมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของแรงจูงใจ ส่วนแรงจูงใจในสัปดาห์ที่ 2 ไม่แตกต่างจากสัปดาห์ที่ 1 อาจเนื่องจากการกระตุ้นการสร้างแรงจูงใจในโปรแกรมยังไม่มากพอ ประกอบกับความต้องการกลับบ้านของผู้ป่วย การถอนตัวจากการฟื้นฟูสมรรถภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้แรงจูงใจไม่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรนำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. งานวิจัยนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้สามารถออกกำลังกายได้ อาจไม่เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอยู่ในขั้นรุนแรง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมให้ยาวนานกว่า 2 สัปดาห์ และในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ควรมีการกระตุ้นแรงจูงใจจากภายนอกเพิ่มขึ้น ปรับเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละราย จัดกลุ่มให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดพลังในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง มีการประเมินผลทางกาย เพื่อเป็นการสะท้อนกลับผลของโปรแกรม และให้ผู้ป่วยรับทราบความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

References

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke* 2013;44(7): 2064-89.
2. Department of Disease Control. Bureau of Non-Communicable Diseases. World Stroke Day 2016 [Internet]. 2016. [Cited 2017 March 25]. Available from: <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12303&tid=&gid=1-015-001> (in Thai)
3. Kitisomprayoonkul W. Stroke rehabilitation. Bangkok: Danex Intercooperation; 2015. (in Thai)
4. Saksri W, Tananupabpaisal S. Rehabilitation in hemiparesis handbook. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2009. (in Thai)
5. Verheyden G, Nieuwboer A, De Wit L, Thijs V, Dobbelaere J, Devos H, et al. Time course of trunk, arm, leg, and functional recovery after ischemic stroke. *Neurorehabil Neural Repair* 2008;22(2): 173-9.
6. Van Dalen JW, Van Charante EPM, Nederkoorn PJ, Van Gool WA, Richard E. Poststroke apathy. *Stroke* 2008;44:851-60.
7. Thongcharoen W. Physical and physiological changes in elderly. In: Thongcharoen W, editor. Science and art in gerontological nursing. 2nd ed. Bangkok: N P Press; 2015. p. 45-54. (in Thai)
8. Harris AL, Elder J, Schiff ND, Victor JD, Goldfine AM. Post-stroke apathy and hypersomnia lead to worse outcomes from acute rehabilitation. *Transl Stroke Res* 2014;5(2):292-300.
9. European Stroke Initiative Executive Committee. European stroke initiative recommendations for stroke management-update 2003. *Cerebrovasc Dis* 2003; 16:331-7.
10. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing and midwife nursing act 2005 and edited by nursing and midwife act (issue 2) 1997. 2nd ed. Nonthaburi: Siriyod Printing; 2008. (in Thai)
11. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000; 55(1):68-78.
12. Brain Rehabilitation Group. Thai Geriatric Depression Scale. *Siriraj Med J* 1994;46(1):1-6. (in Thai)
13. Ministry of Public Health. Institute of Geriatric Medicine Ministry. Mini-Mental State Examination Thailand 2002. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 1999. (in Thai)
14. Thompson S. Effect of the rehabilitation setting on motivation and clinical outcomes post stroke-a pilot study [dissertation]. New Zealand: University of Otago; 2012.

15. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educ Researcher* 1976;5:3-8.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
17. Adunwattanasiri P. The effectiveness of brain training program on attention and memory in acute ischemic stroke patients [dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2009. (in Thai)
18. White GN, Cordato DJ, Rourke FO, Mendis RL., Ghia D, Chan D. Validation of the stroke rehabilitation motivation scale: a pilot study. *Asian J Gerontol Geriatr* 2012;7(2):80-7.
19. Srisatidnarukul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai)
20. Polit DF, Beck CT. Essential of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2010.
21. Teixeira E, Carraca EV., Markland D, Silva MN, Ryan, RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phy* 2012;9(78):1-30.
22. Fortier MS, Duda JL, Guerin E, Teixeira PJ, Pedro J. Promoting physical activity: development and testing of self-determination theory-based interventions. *Int J Behav Nutr Phy* 2012;2:9-20.
23. Ryan RM, Williams GC, Patrick H, Deci EL. Self-determination theory and physical activity: the dynamics of motivation in development and wellness. *Hell J Psychol* 2009;6:107-24.
24. Jorgensen SW, Bice MR, Unruh S, Akehi K, Crockett H, McReynolds J. Motivation of shoulder surgery patients for rehabilitation. *Int J Exerc Sci* 2017; 10(2):234-45.
25. Rahman RJ, Hudson J, Thøgersen-Ntoumani C, Doust JH. Motivational processes and well-being in cardiac rehabilitation: a self-determination theory perspective. *Psychol Health Med* 2015;20(5):518-29.
26. Chang LP. Development of motivation to exercise in patients with parkinson's disease: an application of self determination theory [dissertation]. Philadelphia: Temple University; 2012.
27. Yu HF, Guo NW, Chen HY, Liang CP. Factors affecting stroke patients' motivations for rehabilitation. *Kaohsiung J Med Sci* 1993;9(5):305-16.
28. Shaw KL. Patient education, motivation, compliance, and adherence to physical activity, exercise, and rehabilitation. In: David MJ, James ZE, Quillen WS, Manske RC, editors. Pathology and intervention in musculoskeletal rehabilitation. 2nd ed. China: Elsevier; 2016. p. 1-24.
29. Nicholson S, Sniehotta FF, Van Wijck FV, Greig CA, Johnston M, McMurdo MET. A systematic review of perceived barriers and motivators to physical activity after stroke. *Intl J Stroke* 2013;8(5):357-64.
30. Zielińska DA, Rajtar-Zembaty AM, Starowicz-Filip A. The influence of cognitive, emotional and social factors on motivation for rehabilitation in patients after stroke. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2015;10(2):64-8.
31. Carron AV, Hausenblas HA, Mack D. Social influence and exercise: a meta-analysis. *J Sport Exerc Psychol* 1996;18:1-6.