Factors Influencing Self-management Behavior among Ischemic Stroke Patients*

Wanwisa Srirung, RN, MNS[1], Wimolrat Puwarawuttipanit, RN, PhD[1], Sarunya Koositamongkol, RN, PhD[1]

Abstract

Purpose: To study the influence of hope, rehabilitation motivation, family support, and fatigue on self-management behavior among ischemic stroke patients.

Design: Correlational predictive research.

Methods: The sample was comprised of 128 ischemic stroke patients, both males and females, aged 18 years or older who came for a follow-up appointment after discharge at the out-patient department, Prasat Neurological Institute between March and May, 2020. The questionnaires included the demographic characteristics, the Herth Hope Index, Stroke Rehabilitation Motivation Scale, Family Support Questionnaires, Fatigue Severity Scale, and Self-management Behavior questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Main findings: An average age of the sample was 62.58 years old (SD = 9.14), and 97.7% of them had self-management behaviors at a high level ($\overline{X}$ = 92.76, SD = 6.37). All of the independent variables explained 44.4% of the variance in self-management behavior (R^2 = .44). The factors significantly influencing self-management behavior were motivation for rehabilitation, family support, and hope (β = .41, p < .001, β = .24, p < .01 and β = .19, p < .05) respectively. Even though fatigue did not demonstrate the prediction, the significant correlation with self-management behavior was found.

Conclusion and recommendations: Hope, motivation for rehabilitation, and family support could affect self-management behavior. Thus, it is recommended that healthcare team should be aware of the importance of building hope and motivation for rehabilitation. Families should be engaged in a program development and encouragement for promoting self-management behavior of the patients, consequently leading to good quality of life after ischemic stroke.

Keywords: family, hope, ischemic stroke, motivation, self-management behavior

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):108-123

Corresponding Author: Associate Professor Wimolrat Puwarawuttipanit, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

** Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University*

[1] Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 2 February 2021 / Revised: 26 April 2021 / Accepted: 11 May 2021

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน*

วันวิสาข์ ศรีรุ้ง, พย.ม.[1] วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, ปร.ด.[1] ศรัณยา โฆสิตะมงคล, ปร.ด.[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลของความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้าต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันทั้งเพศหญิงและเพศชายมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 128 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความหวัง แบบวัดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินความเหนื่อยล้า และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.58 ปี (SD = 9.14) ร้อยละ 97.7 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 92.77, SD = 6.37) ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความแปรผันของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้ร้อยละ 44.4 (R^2 = .44) โดยแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความหวังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ (β = .41, $p < .001$, β = .24, $p < .01$, β = .19, $p < .05$) ตามลำดับ ส่วนความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่สามารถทำนายได้

สรุปและข้อเสนอแนะ: ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ดังนั้น ทีมสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความหวังและแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม การให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

คำสำคัญ: ครอบครัว ความหวัง โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน แรงจูงใจ พฤติกรรมการจัดการตนเอง

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(1):108-123

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 2 กุมภาพันธ์ 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 26 เมษายน 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 11 พฤษภาคม 2564

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากก่อให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 2 ของโลก โดยพบผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 17 ล้านคน ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณปีละ 6.7 ล้านคน ซึ่งผู้รอดชีวิตมักหลงเหลือความพิการอย่างถาวรจำนวน 5 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 800,000 คนต่อปี และพบว่าในทุก 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยร้อยละ 80 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน[1] ส่วนในประเทศแถบเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น เกาหลี และจีน ก็พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ด้วยเช่นกัน[2] สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2560 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดหัวใจ และจากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ. 2558-2561 เท่ากับ 451.39, 467.46 และ 506.20 ตามลำดับ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของความพิการที่พบมากถึง 2 ใน 3 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบาก ซึ่งพบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 88 และยังพบความบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก การรู้คิด การพูด การกลืน การมองเห็น การควบคุมการขับถ่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อยลง ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว และบั่นทอนความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง[3]

การจัดการตนเองเป็นความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพในสภาวะที่ร่างกายได้รับความเจ็บป่วย มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความซับซ้อนของโรค เนื่องจากมีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงส่งผลให้มีความยากลำบากในการจัดการตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ย่อมจะส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา การศึกษาของ Joice[4] พบว่าการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งยังช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น ในขณะที่การศึกษาของ Sadler และคณะ[5] พบว่าการจัดการตนเองจะช่วยให้ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ทีมสุขภาพจึงให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดการฟื้นหายจากโรค ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่กลับไม่คุ้นเคยกับคำว่าการจัดการตนเอง และไม่เข้าใจว่าการจัดการตนเองเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเอง เพื่อให้ฟื้นหายจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นในการเพิ่มขีดความสามารถของพฤติกรรมการจัดการตนเอง จึงเป็นสิ่งที่คุ้มค่าในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การศึกษาถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันในระยะฟื้นฟูของ Guan, Wang และ Lian[6] พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและการใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี ส่วนในเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การรับประทานยา และการจัดการภาวะความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยนั้น ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งนอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว อาจยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

ความหวังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ในการเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์ที่คุกคามภาวะสุขภาพ จากการศึกษาของ โฉมพิไล นันทรักษา และณิชาภัตร พุฒิคามิน[7] พบว่าความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูอยู่ในระดับสูง แต่จะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป และการศึกษาของ Kortte และคณะ[8] ชี้ให้เห็นว่าความหวังมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย นอกจากนี้ยังพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจได้[9-10] เช่นเดียวกับแรงจูงใจที่มีความสำคัญทั้งในการใช้ชีวิตประจำวันและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการที่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11-12] และระดับของการเคลื่อนไหวภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ[13-14] ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังคงมีความพิการทางร่างกายหลงเหลืออยู่ ยังคงต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องไปอีก 1-2 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้และขาดแรงจูงใจ จนอาจส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการจัดการตนเองได้[12]

นอกจากนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวยังมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน เพื่อให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี แต่ปัญหาที่พบบ่อยคือ สมาชิกครอบครัวไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง และเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงการที่ผู้ป่วยไม่สามารถมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีได้ จากการศึกษาของ Rosland และคณะ[13] ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนสำคัญ และเป็นแรงสนับสนุนที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี และสามารถเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อความยึดมั่นในการออกกำลังกายและการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[6,14]

ความเหนื่อยล้า เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 29-77[15] ซึ่งอาการเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยเสี่ยงและสามารถทำนายภาวะสุขภาพทางกายของผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และปฏิเสธการทำกายภาพบำบัด ส่งผลต่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งท้ายที่สุดก็จะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปอย่างล่าช้าและส่งผลต่อการฟื้นหายของโรค[16-17]

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (a revised self-and family management framework)[18] พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทั้งปัจจัยอำนวยความสะดวกและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

พฤติกรรมการจัดการตนเอง มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยในหลายโรค จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้า มีความสำคัญกับการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่างๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน นอกจากนี้การศึกษาของ Guan, Wang และ Lian[6] พบว่าการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความสัมพันธ์กันน้อย และยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยตรง อีกทั้งในประเทศไทยเป็นประเทศที่อยู่กันอย่างเป็นครอบครัว ต้องพึ่งพาอาศัยกัน การนำตัวแปรนี้มาศึกษาในประเทศไทยอาจให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน โดยคาดหวังให้ผลการศึกษาเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย โดยส่งเสริมปัจจัยที่เป็นปัจจัยสนับสนุน และยับยั้งหรือวางแผนแก้ไขปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาถึงอิทธิพลของความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้าต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

สมมุติฐานการวิจัย

ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้า สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (a revised self-and family management framework)[18] ที่กล่าวไว้ว่าในการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เป็นสิ่งอำนวยความสะดวก และปัจจัยสิ่งที่เป็นอุปสรรคส่งผลให้บุคคลมีกระบวนการที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างมีระบบแบบแผน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งองค์ประกอบของกรอบแนวคิดนี้ประกอบไปด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นอุปสรรค กระบวนการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ ซึ่งประกอบด้วยผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะยาว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เป็นสิ่งอำนวยความสะดวก และปัจจัยสิ่งที่เป็นอุปสรรคที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ได้แก่ ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้า โดยความหวัง และแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคล ซึ่งจัดอยู่ในบริบทของสิ่งอำนวยความสะดวก การสนับสนุนจากครอบครัว จัดเป็นแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งทรัพยากรที่มีความสำคัญและส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอยู่ในบริบทของสิ่งอำนวยความสะดวกเช่นกัน และความเหนื่อยล้า เป็นอาการปฏิกิริยา

การตอบสนองของร่างกาย ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดเป็นสถานะทางสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและมีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง โดยข้างที่อ่อนแรงมีกำลังกล้ามเนื้อมากกว่าหรือเท่ากับ grade 3 สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้หรือความจำโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE) ในการคัดกรอง และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ จากการทบทวนวรรณกรรมที่คล้ายคลึงกันของกฤษฎา จอดนอด และณิชาธร ภาโนมัย[19] ที่ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ ได้ค่า r = .34 คำนวณจากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง f^2 = .13 กำหนดอำนาจการทดสอบ .90 และ α = .05 มีตัวแปรอิสระที่ศึกษา 4 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วย

โดยการประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขนขา และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปจำนวน 9 ข้อ และข้อมูลด้านสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ

2. แบบประเมินความหวัง (Herth Hope Index, HHI)[20] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง (4) เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความหวังในระดับสูง

3. แบบวัดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Stroke Rehabilitation Motivation Scale, SRMS)[21] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง (5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง มีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูง

4. แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เคยเลย ถึง (5) มากที่สุด การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก

5. แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale, FSS)[22] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง (7) เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 9-63 คะแนน คิดคะแนนความเหนื่อยล้าโดยนำคะแนนจากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด การแปลผลคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป แสดงว่ามีปัญหาจากความเหนื่อยล้า

6. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่ปฏิบัติเลย ถึง (4) ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบประเมินความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความเหนื่อยล้า เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลง จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ส่วนแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองนั้น ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน เมื่อพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และ .80 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือทุกชุดไปตรวจหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดสอบใช้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคดังนี้ แบบประเมินความหวัง = .80 แบบวัดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ = .91 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว = .90 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า = .87 และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง = .85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA No.IRB-NS2020/540.1401 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 021/2563 จึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้มีการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา และพยาบาลประจำคลินิก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการแนะนำผู้วิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย รวมถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และตอบแบบสอบถามใช้เวลา

โดยรวมทั้งหมดประมาณ 45 นาที เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 128 ราย จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และนำเสนอในรูปแบบตารางแสดงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน เนื่องจากมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ และความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าสมการพร้อมกัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 51.6 เพศหญิงร้อยละ 48.4 มีอายุระหว่าง 38-88 ปี อายุเฉลี่ย 62.58 ปี (SD = 9.13) ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.6 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ขึ้นไป มีสถานภาพสมรสร้อยละ 55.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีประมาณ 4-5 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลถึงร้อยละ 95.3 ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและลูกในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 41.4 และ 37.5 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 39.7 รองลงมาคือทำธุรกิจค้าขายร้อยละ 18 นอกจากนี้ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 29.7 ซึ่งเป็นวัยเกษียณร้อยละ 19.5 และว่างงานร้อยละ 10.2 แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างยังมีรายได้เพียงพอใช้จ่ายในครอบครัว และเหลือเก็บร้อยละ 84.2 และใช้สิทธิ์ในการรักษาเบิกจ่ายตรงจากต้นสังกัดร้อยละ 59.4

ส่วนข้อมูลด้านการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปถึงร้อยละ 82 และน้อยกว่า 6 เดือนเพียงร้อยละ 18 มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัว อย่างน้อยหนึ่งโรคร้อยละ 93 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมาก 3 อันดับ ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 92.4 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 73.9 และโรคเบาหวานร้อยละ 53.8

2. ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความหวังเฉลี่ยเท่ากับ 41.91 (SD = 4.14) โดยร้อยละ 87.5 มีความหวังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 12.5 มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพเท่ากับ 31.16 (SD = 2.36) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัวเท่ากับ 51.61 (SD = 6.56) โดยร้อยละ 84.4 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 15.6 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าเท่ากับ 3.41 (SD = 0.59) โดยร้อยละ 87.5 ไม่มีปัญหาจากความเหนื่อยล้า และร้อยละ 12.5 มีปัญหาจากความเหนื่อยล้า และพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 92.76 (SD = 6.37) โดยร้อยละ 97.7 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 2.3 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา (N = 128)

ตัวแปร	Range	$\bar{x}$	SD
ความหวัง	30-48	41.91	4.14
แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	22-34.5	31.16	2.36
การสนับสนุนจากครอบครัว	35-60	51.61	6.56
ความเหนื่อยล้า	1.78-5.11	3.41	0.59
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	72-103	92.76	6.37
ด้านการรับประทานอาหาร	13-20	17.82	1.77
ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	8-12	10.91	1.13
ด้านการออกกำลังกาย	14-24	19.84	2.73
ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด	9-16	14.06	1.49
ด้านการรับประทานยา	11-16	15.77	0.67
ด้านความร่วมมือในการรับการรักษา	10-16	14.36	1.60

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่าจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้าต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .51, p < .01) แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .56, p < .01) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .45, p < .01) และความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = - .27, p < .01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (N = 128)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ความหวัง[1]	1				
2. แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	.62*	1			
3. การสนับสนุนจากครอบครัว	.37*	.34*	1		
4. ความเหนื่อยล้า	- .28*	- .39*	- .25*	1	
5. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	.51*[1]	.56*[1]	.45*[1]	- .27*[2]	1

[1] Spearman rank correlation coefficient, [2] Pearson correlation coefficient, *p < .01

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้ร้อยละ 44.4 ที่นัยสำคัญ .05 (R^2 = .44) โดยพบว่าแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้มากที่สุด (β = .41, p < .001) รองลงมาคือการสนับสนุนจากครอบครัว (β = .24, p = .002) และความหวังสามารถ (β = .19, p = .036) ในขณะที่ความเหนื่อยล้าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเพื่อพยากรณ์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (N = 128)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	SE b	β	t	p-value	95%CI for b	
						Lower Bound	Upper Bound
constant	34.17	7.97		4.29	< .001	18.39	49.95
ความหวัง	.29	.14	.19	2.12	.036	.02	.57
แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1.07	.24	.41	4.19	< .001	.60	1.55
การสนับสนุนจากครอบครัว	.23	.07	.24	3.16	.002	.08	.37
ความเหนื่อยล้า	.34	.78	.03	.43	.666	-1.21	1.89

R = .67, R^2 = .44, Adjusted R^2 = .43

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 51.6 และร้อยละ 48.4 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 65.6 เป็นผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Benjamin และคณะ[23] ที่พบว่า อายุและเพศมีผลโดยตรงต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน โดยผู้สูงอายุจะมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ตลอดจนคุณภาพชีวิตลดลงภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้เพศก็ยังมีผลต่ออุบัติการณ์และผลลัพธ์ของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบในเพศชายมากว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากพฤติกรรมความเสี่ยงของเพศชายในเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มสุราที่เป็นปัจจัยเสี่ยงกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงก็มีแนวโน้มที่สูงขึ้นเนื่องจากเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้น รวมทั้งมีความแตกต่างทางด้านฮอร์โมนเพศ

ในด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า กว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 39.7 และอีกหนึ่งในสามจบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 32.9 และระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 27.4 ประกอบอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจร้อยละ 21.9 มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายในครอบครัวและเหลือเก็บ ร้อยละ 84.2 แต่อย่างไรก็ตาม

มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 29.7 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งเป็นกลุ่มข้าราชการบำนาญที่อยู่ในวัยเกษียณร้อยละ 19.5 และกลุ่มว่างงานร้อยละ 10.2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิ์เบิกจ่ายตรงจากต้นสังกัดในการเข้ารับการรักษาพยาบาลร้อยละ 59.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Yan และคณะ[24] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 67.5 ในขณะจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 51.6 ร้อยละ 32.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และร้อยละ 38.2 ว่างงานเนื่องจากอยู่ในวัยเกษียณ โดยผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำจะมีอัตราการเกิดความพิการและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความหวังของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบระดับความหวังกับระยะเวลาในการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน จะมีคะแนนความหวังเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 42.13, SD = 3.81) สูงกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่ยาวนานกว่า 6 เดือนเล็กน้อย ($\overline{X}$ = 41.85, SD = 4.22) สอดคล้องกับการศึกษาของ โฉมพิไล นันทรักษา และณิชาภัตร พุฒิคามิน[7] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูจะมีความหวังอยู่ในระดับสูงและจะลดลงเมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานขึ้น นั่นแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะเกิดความความท้อแท้ มีความหวังลดลง และอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .51, p < .01) และความหวังสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้ (β = .19, p < .05) อธิบายได้ว่าความหวังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ในการเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์ที่คุกคามภาวะสุขภาพ ความสำคัญของความหวังจะช่วยในการเอาชนะความท้าทายในการดำรงชีวิตของผู้ที่มีความบกพร่องเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้การพิจารณาแบบสอบถามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหมายสูงที่สุด รองลงมาคือมีความเข้มแข็งภายในจิตใจ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าในตนเองร่วมกับส่วนใหญ่มีความหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lei, Han และ Liu[25] ที่ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผลการศึกษาถึงปัจจัยด้านความหวังจึงเป็นไปตามสมมติฐาน และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว กล่าวคือ ความหวังนับเป็นความปรารถนาหรือความเชื่อ เมื่อมองเห็นเป้าหมายและความเป็นไปได้ที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีในอนาคต ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่อำนวยความสะดวกต่อการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม

ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าแรงจูงใจด้านการควบคุมจากภายนอกมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$ = 4.67, SD = 0.34) โดยมีประเด็นรายข้อที่น่าสนใจ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการเริ่มต้นการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็วที่สุด จะทำให้สามารถฟื้นตัวได้เร็ว ($\overline{X}$ = 4.79, SD = 0.44) และกลุ่มตัวอย่าง

ยังได้รับการอำนวยความสะดวกจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\overline{X}$ = 4.59, SD = 0.62) นั่นหมายความว่าแรงจูงใจภายนอกมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rapoliene และคณะ[12] ที่พบว่า ในระยะแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น แรงจูงใจภายนอกเป็นสิ่งที่สำคัญกว่าแรงจูงใจภายในตัวบุคคล แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปกลับพบว่าแรงจูงใจภายในจะมีความสำคัญมากขึ้นและส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพจะได้ผลดีในช่วง 3-6 เดือนแรก แต่ผู้ป่วยก็ยังคงต้องทำการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปอีก 1-2 ปี อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดความสนใจและขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ในการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือนกลับมีคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรวม ($\overline{X}$ = 31.20, SD = 2.29) สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนเล็กน้อย ($\overline{X}$ = 30.92, SD = 2.71) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยรายด้านของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นผลมาจากการได้รับแรงกระตุ้นจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคะแนนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ากล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ($\overline{X}$ = 31.97, SD = 1.78) ระดับมัธยมหรือเทียบเท่า ($\overline{X}$ = 31.85, SD = 1.75) และระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ($\overline{X}$ = 29.59, SD = 2.68) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับเศรษฐานะ จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ ($\overline{X}$ = 31.29, SD = 2.22) จะมีคะแนนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ($\overline{X}$ = 30.19, SD = 2.05)

จากการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรรมการจัดการตนเอง (r_s = .56, p < .01) และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .41, p < .001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Park, Ko และ Kang[14] ที่พบว่าแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ต่อการยึดมั่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถทำนายการยึดมั่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Maclean และคณะ[11] ที่แสดงให้เห็นว่าระดับของการเคลื่อนไหวภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพ อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะฟื้นหายจากโรคหลอดเลือดสมอง มีการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างที่ดีมากขึ้น

การสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมของความกตัญญูกตเวที ร่วมกับค่านิยมของสังคมไทยที่ภรรยาต้องดูแลสามีและสมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องดูแลซึ่งกันและกัน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือคู่สมรสและลูกในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 41.4 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ โดยที่การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (r_s = .45, p < .01) และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .24, p = .002) นั่นความหมายว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันที่ได้รับ

การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับดีด้วยเช่นกัน กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้รับการช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนกำลังใจจากครอบครัวในด้านต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความเชื่อมั่นมากขึ้นในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เป็นผลสำเร็จ อีกทั้งยังเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมอีกด้วย ถึงแม้ว่ายังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันโดยตรง แต่ทว่าการสนับสนุนจากครอบครัวนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาครั้งนี้จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Guan, Wang และ Lian[6] และการศึกษาของ Lei, Han และ Liu[24] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเหนื่อยล้า จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 3.41 (SD = 2.36) ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 ไม่มีปัญหาจากความเหนื่อยล้า และมีเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 12.5 ที่มีปัญหาจากความเหนื่อยล้า อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.3 ซึ่งอาจมีการฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักที่สามารถคอยดูแลช่วยเหลือสิ่งต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีปัญหาจากความเหนื่อยล้า แต่อย่างไรก็ตามความเหนื่อยล้าก็ยังเป็นอาการสำคัญอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือการแก้ไข เนื่องจากความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพการทำงานและบทบาทในชีวิตประจำวัน รวมถึงการกลับไปทำงาน โดยผลการศึกษาในครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27$, $p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muina-Lopez และ Guidon[26] ที่ได้ทำการศึกษาถึงความเหนื่อยล้าภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อสมรรถนะแห่งตนและความสามารถในการทำงาน (functional ability) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังพบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นความเหนื่อยล้าทางกายมากที่สุด รองลงมาเป็นความเหนื่อยล้าที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมต่างๆ และความเหนื่อยล้าทางจิตใจตามลำดับ

ถึงแม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะชี้ให้เห็นว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง หากแต่ความเหนื่อยล้าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .03$, $p = .66$) จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานและกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวที่ได้อธิบายไว้ว่าอาการข้างเคียงหรือผลกระทบจากการเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงความเหนื่อยล้านั้นเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 95.3 มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและลูกหลาน และร้อยละ 89.8 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 2 คนขึ้นไป ทำให้มีผู้ช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วย และลดภาระในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงส่งผลให้ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความเหนื่อยล้า และอาจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้ ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลและทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. พยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และช่วยเหลือเพื่อเสริมศักยภาพพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ในด้านความหวังควรมีการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังและนำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ด้านการทำวิจัย

1. สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยอำนวยความสะดวก และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมที่ยังไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลมากกว่าตัวแปรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอื่นๆ ที่แตกต่างไปจากการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทโรคอื่นๆ อาจมีความแตกต่างกันในด้านลักษณะของโรค ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและความเหนื่อยล้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในหลายบริบท อีกทั้งเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นด้วย

References

1. World Health Organization. Global health estimates 2016: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2006-2016 [Internet]. Geneva, Switzerland; WHO; 2018 [cited 2019 Sep 7]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.
2. Venketasubramanian N, Yoon BW, Pandian J, Navarro JC. Stroke epidemiology in South, East, and South-East Asia: a review. J Stroke. 2017;19(3):286-94. doi: 10.5853/jos.2017.00234.
3. Coupland AP, Thapar A, Qureshi MI, Jenkins H, Davies AH. The definition of stroke. J R Soc Med. 2017;110(1):9-12. doi: 10.1177/0141076816680121.
4. Joice S. Self-management following stroke. Nurs Stand. 2012;26(22):39-46. doi: 10.7748/ns2012.02.26.22.39.c8919.
5. Sadler E, Wolfe CDA, Jones F, McKevitt C. Exploring stroke survivors' and physiotherapists' views of self-management after stroke: a qualitative study in the UK. BMJ Open. 2017;7(3):e011631. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011631.

6. Guan F-G, Wang M, Lian X-Q. The status quo and influence of self-management behaviors in convalescent stroke patients. Front Nurs. 2018;5(2):119-25. doi: 10.2478/fon-2018-0016.
7. Nantharaksa C, Phuthikhamin N. Hope in patients with cerebrovascular disease during rehabilitation phase. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2013;8(2):35-55. (in Thai).
8. Kortte KB, Stevenson JE, Hosey MM, Castillo R, Wegener ST. Hope predicts positive functional role outcomes in acute rehabilitation populations. Rehabil Psychol. 2012;57(3):248-55. doi: 10.1037/a0029004.
9. Chen Y, Fu G, Liang F, Wei J, He J, Bai J. Symptoms, hope, self-management behaviors, and quality of life among Chinese preoperative patient with symptomatic valvular heart diseases. J Transcult Nurs. 2020;31(3):284-93. doi: 10.1177/1043659619864157.
10. Wang L-Y, Chang P-C, Shih F-J, Sun C-C, Jeng C. Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanese patients awaiting heart transplantation. J Psychosom Res. 2006;61(4):485-91. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.11.013.
11. Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. BMJ. 2000;321(7268):1051-4. doi: 10.1136/bmj.321.7268.1051.
12. Rapoliene J, Endzelyte E, Jaseviciene I, Savickas R. Stroke patients motivation influence on the effectiveness of occupational therapy. Rehabil Res Pract. 2018;2018:9367942. doi: 10.1155/2018/9367942.
13. Rosland A-M, Heisler M, Choi H-J, Silveira MJ, Piette JD. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? Chronic Illn. 2010;6(1):22-33. doi: 10.1177/1742395309354608.
14. Park AS, Ko E, Kang HS. Comparison of motivation for rehabilitation, family support and adherence to rehabilitation between depressive and non-depressive stroke patients. Korean J Rehabil Nurs. 2016;19(2):138-47. doi: 10.7587/kjrehn.2016.138.
15. Acciarresi M, Bogousslavsky J, Paciaroni M. Post-stroke fatigue: epidemiology, clinical characteristics and treatment. Eur Neurol. 2014;72(5-6):255-61. doi: 10.1159/000363763.
16. MacIntosh BJ, Edwards JD, Kang M, Cogo-Moreira H, Chen JL, Mochizuki G, et al. Post-stroke fatigue and depressive symptoms are differentially related to mobility and cognitive performance. Front Aging Neurosci. 2017;9:343. doi: 10.3389/fnagi.2017.00343.

17. Flinn NA, Stube JE. Post-stroke fatigue: qualitative study of three focus groups. Occup Ther Int. 2010;17(2):81-91. doi: 10.1002/oti.286.
18. Grey M, Schulman-Green D, Knafl K, Reynolds NR. A revised self- and family management framework. Nurs Outlook. 2015;63(2):162-70. doi: 10.1016/j.outlook.2014.10.003.
19. Jodnok K, Panomai N. Factors affecting self-care behaviors of stroke patients in Bungkan hospital, Bungkan District, Bungkan Province. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2018;13(2):38-55. (in Thai).
20. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. J Adv Nurs. 1992;17(10):1251-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x.
21. White GN, Cordato D, O'Rourke F, Mendis RL, Ghia DK, Chan DKY. Validation of the stroke rehabilitation motivation scale: a pilot study. Asian J Gerontol Geriatr. 2012;7(2):80-7.
22. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. Arch Neurol. 1989;46(10):1121-3. doi: 10.1001/archneur.1989.00520460115022.
23. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2017;135(10): e146-e603. doi: 10.1161/CIR.0000000000000485.
24. Yan H, Liu B, Meng G, Shang B, Jie Q, Wei Y, et al. The influence of individual socioeconomic status on the clinical outcomes in ischemic stroke patients with different neighborhood status in Shanghai, China. Int J Med Sci. 2017;14(1):86-96. doi: 10.7150/ijms.17241.
25. Lei T-T, Han H-M, Liu X-J. Multiple mediation effects of health locus of control and hope on the relationship between stroke patients' social support and self-management. Front Nurs. 2020;7(1):49-57. doi: 10.2478/fon-2020-0005.
26. Muina-Lopez R, Guidon M. Impact of post-stroke fatigue on self-efficacy and functional ability. Eur J Physiother. 2013;1(2):86-92. doi: 10.3109/21679169.2013.792868.