



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

The Effects of Hope Promotion Program on Hope Index in Stroke Patients During Post-Acute Phase

ศิริเมศร์ โปโค¹ ศากุล ช่างไม้² ทิพา ต่อสกุลแก้ว²

Siramet Poko¹ Sakul Changmai² Tipa Toskulkao²

¹นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

¹Student of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Christian University, Thailand

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

² Faculty of Nursing, Christian University, Thailand

Corresponding author; Siramet Poko; Email; siramet@ckr.ac.th

Received: 2 July 2019 Revised: 10 October 2019 Accepted: 11 October 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันในโรงพยาบาลพุทธภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรมส่งเสริมความหวังที่พัฒนาจากการศึกษาปัจจัยที่สร้างความหวังและการส่งเสริมการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของชาวดีกับแนวทาง การเสริมสร้างความหวังของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะหลังเฉียบพลัน จำนวน 60 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือ ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อระดับและมิติของความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน และแบบวัดความหวังของ Herth โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ ไคสแควร์ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความหวังในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความหวังในวันที่ยี่เจ็ด และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมความหวังในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันได้ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันเกิดความ หวังในการฟื้นฟูสุขภาพ และนำไปเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: ความหวัง; การฟื้นฟูทางจิตสังคม; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



The Effects of Hope Promotion Program on Hope Index in Stroke Patients During Post-Acute Phase

Siramet Poko¹ Sakul Changmai² Tipa Toskulkao²

¹Student of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Christian University, Thailand

² Faculty of Nursing, Christian University, Thailand

Corresponding author; Siramet Poko; Email; siramet@ckr.ac.th

Received: 2 July 2019 Revised: 10 October 2019 Accepted: 11 October 2019

Abstract

This paper presents a quasi-experimental research study with its aim of studying the effects of a Hope Promotion Program on the Hope Index of stroke patients during the post-acute phase at a secondary care hospital in Kanchanaburi Province. The researcher used the program which was developed from a study of factors that create hope and promote adaptation in patients with stroke along with the guideline for enhancing hope of American Association of Stroke. The sample of this study consisted of 60 stroke patients. They were randomly assigned to the control group (n=30) and an experimental group (n=30). The control group received routine nursing care while the experimental group received the Hope Promotion Program during the post-acute phase. Research data were collected by the the hope assessment developed by Herth as compiled and translated in English by Jirawan with a content validity index of 0.89. Data were analyzed using descriptive Chi-square and repeated-measures ANOVA. The results revealed that the mean score of the Hope Index in stroke patients during the post-acute phase of the experimental group was significantly higher than those of the control group ($p < 0.05$). Based on the results of this research, the Hope Promotion Program can promote hope in stroke patients during the post-acute phase. Therefore nurses should encourage patients after acute stroke to have hope and to go through the rehabilitation phase. This program should be included in the clinical nursing practice guidelines for the care of stroke patients.

Keywords: hope; psychological rehabilitation; stroke patients

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease: CVD or stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน และมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2.6 ล้านคน ซึ่งผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงเกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจจากความพิการที่หลงเหลืออยู่¹ ความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอีกด้วย² จากรายงานสถิติในประเทศไทย ปี 2556-2558 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 36.13, 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี และอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศ ในปี 2557 เท่ากับ 352.30³ จากสถิติปี 2557-2559 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่ามีผู้ป่วย จำนวน 225, 319, 299 คน ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากก็น้อย และต้องใช้ชีวิตเป็นผู้พิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบมิใช่ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ⁴ ทั้งการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลต่อเนื่อง จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งทางกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ การให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในปัจจุบันนี้มีหลากหลายวิธีและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการใช้ยา การผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ และการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ภาวะบกพร่องทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น อาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของรอยโรคที่หลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลกระทบกับตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องทุกข์ทรมานกับการด้อยสมรรถภาพเป็นระยะเวลาที่ยาวนานและเรื้อรัง รวมทั้งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเกิดอัมพาตหรือ สูญเสียความรู้สึกของร่างกายด้านใดด้านหนึ่ง พูดไม่ได้หรือพูดไม่ชัด กลืนลำบาก การมองเห็นผิดปกติ สูญเสียการคิดรู้ และความจำ อารมณ์แปรปรวน ช่วงความสนใจสั้น และมีพฤติกรรม ถดถอย นอกจากนั้นการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพคงที่ (stable disability) กล่าวคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องตกอยู่ในสภาพที่พิการ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตและบทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง มองตนเองไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ ผู้ป่วยจะแยกตัวเองและถอยหนีออกจากสังคม เกิดความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังตามมา⁴ ซึ่งความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้จะหายไปเมื่อผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่าอย่างต่อเนื่องได้เช่นกัน⁵

ความหวังของผู้ป่วยเกิดจากการถูกกระตุ้นทางด้านจิตใจให้เกิดความรู้สึกทางบวกว่าสิ่งที่ต้องการจะสำเร็จได้⁶ ซึ่งขอบเขตของความหวังแบ่งได้ 2 ส่วน คือ 1) ความหวังเฉพาะ เป็นความหวังที่มีความเป็นรูปธรรมสูง เป็นเป้าหมายที่ดีมีคุณค่า 2) ความหวังทั่วไป เป็นความหวังที่กว้าง เป็นความรู้สึกถึงสิ่งดีในอนาคต มีความสัมพันธ์กันกับความหวังเฉพาะเจาะจง⁷ และความหวังยังประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้⁸ มิติที่ 1 ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต มิติที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก มิติที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ความหวังมีความสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน มีรายงานวิจัยที่พบว่าความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูระยะแรก ที่เป็นช่วงเวลาหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน ผู้ป่วยมีความหวังทั่วไปสูง (generalized hope) เช่นความหวังว่าจะหายเป็นปกติ หวังว่าจะอยู่กับลูกหลานนานๆ หวังว่าจะกลับไปใช้ชีวิตตามเดิม และพบว่าความหวังในระยะฟื้นฟูระยะหลัง คือระยะเวลาหลังจากวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยมีความหวัง



เฉพาะสูง (particularized hope) เช่น หวังว่าจะเดินได้ หวังว่าจะรับประทานอาหารได้ปกติ หวังว่าจะช่วยเหลือตนเองได้ และมีมิติด้านสถานการณ์แวดล้อม และจิตใจ อยู่ในระดับต่ำ และพบว่ามีความหวังลดลงเล็กน้อยหลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 วันถึง 1 เดือน⁷ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในการวิจัยดังกล่าวนี้มีความหวังทั้งในด้านขอบเขตและมิติของความหวังอย่างครบถ้วน ซึ่งถือเป็นโครงสร้างความหวัง ที่มีความเป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวเนื่องตามกาลเวลาและบริบทที่เกี่ยวข้อง⁸ เมื่อผู้ป่วยมีความหวังจึงทำให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นพยายามที่จะกระทำให้ประสบความสำเร็จและบรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ เมื่อผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและทำได้ตามที่ตั้งความหวังไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองต่อไป ทำให้เกิดผลดีต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม⁹

ความหวังเป็นการนำสู่เผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้บ่อย เนื่องจากความหวังทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความทนต่อสถานการณ์ที่ยาก ความวิตกกังวลและความเครียดต่างๆ มีความกล้าที่จะแสวงหาความช่วยเหลือ และเป็นแรงผลักดัน แรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพพยายามหาทางแก้ไขปัญหาระยะฟื้นฟูสภาพหรือพยายามเอาชนะ¹⁰ และเชื่อมั่นว่าอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะสิ้นหวัง ขาดเป้าหมาย จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพเลวลง มีพฤติกรรมเฉื่อยชา ขาดชีวิตชีวา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพไม่ดี ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเลวลง และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้และที่สำคัญหากผู้ป่วยต้องตกอยู่ในภาวะสิ้นหวัง เป็นระยะเวลานานก็จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา¹¹ สอดคล้องกับที่มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ และพิการจากโรคอื่น ๆ สูงถึงร้อยละ 68.4 ผู้ป่วยที่มีความหวังทำให้มีแรงบันดาลใจ เพราะความหวังสัมพันธ์กับความเชื่อ สัมพันธภาพภายในครอบครัว และจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความ ก้าวร้าว เบื่อหน่าย ไม่กระตือรือร้น ขาดชีวิตชีวา เชื่องซึม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นได้กับผู้ที่ไม่มีความหวัง¹² นอกจากพฤติกรรมดังกล่าวแล้ว Burton¹³ กล่าวว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นต้นเหตุที่ทำให้ระดับความหวังลดลง สอดคล้องกับ Western¹⁴ พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันยังคงมีความหวังอยู่ในระดับสูง เป็นเพราะผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงของการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ร่วมกับผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการฟื้นคืนของสมรรถภาพร่างกาย แต่เมื่อพิจารณาในระยะยาวภายหลังการถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระดับความหวังของผู้ป่วยอาจลดลงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชีวิตความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันขึ้น

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความหวังโดยใช้แนวคิดจากการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการมีความหวัง 5 ประการ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังของชาวนดี และคณะ¹⁵ และแนวทางในการการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับรวบรวมเนื้อหาจากงานวิจัยต่างๆ มาสรุปเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁶ ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูล การฟื้นฟู การป้องกันโรคและการออกกำลังกาย เพื่อสร้างโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชีวิตความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการสร้างแนวทางสำหรับการพัฒนากิจกรรมในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ความหวังเป็นพื้นฐานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

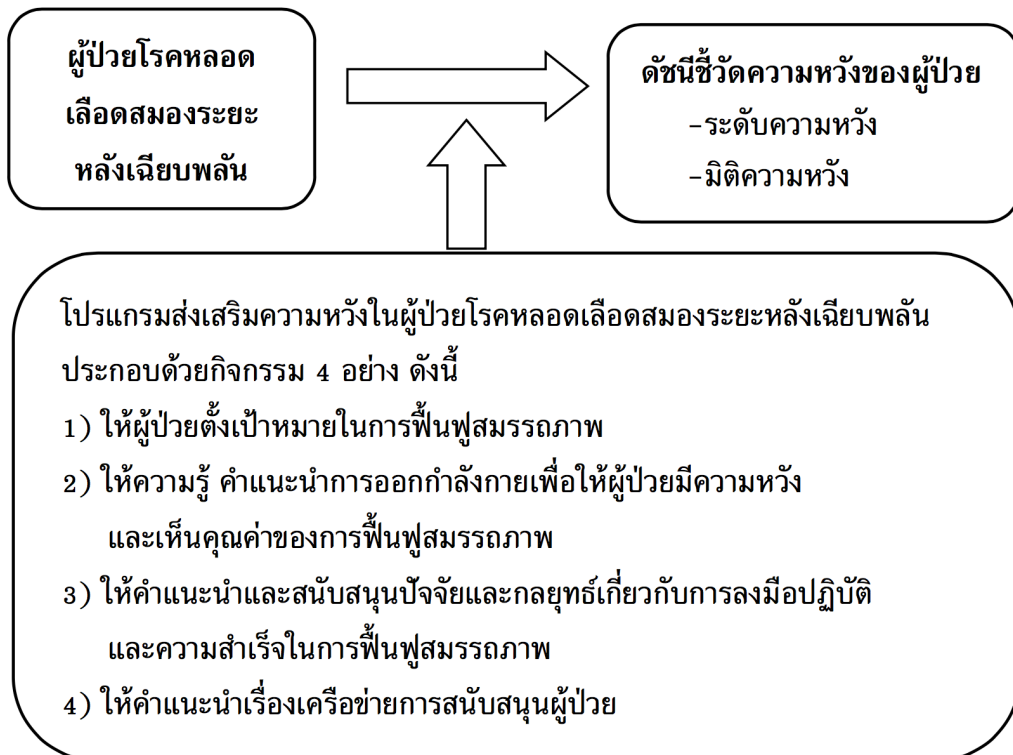
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อระดับความหวังและมิติความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความหวังฯ มีระดับความหวังสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความหวังฯ มีมิติความหวังสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความสอดคล้องกันระหว่างปัจจัยที่สร้างความหวังและการส่งเสริมการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นงานวิจัยของชาวต่างชาติและคณะ¹⁵ กับแนวทางการเสริมสร้างความหวังของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย¹⁶ มาสร้างโปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ประกอบด้วยกิจกรรม 4 อย่าง ดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) ให้ความรู้ คำแนะนำการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวัง และเห็นคุณค่าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) ให้คำแนะนำและสนับสนุนปัจจัยและกลยุทธ์เกี่ยวกับการลงมือปฏิบัติและความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4) ให้คำแนะนำเรื่องเครือข่ายการสนับสนุนผู้ป่วย ทั้งนี้มีการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมโดยใช้คะแนนดัชนีชี้วัดความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (two-group pretest-posttest design) การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามเอกสารรับรองเลขที่ น.02/2560 และคณะกรรมการพิจารณาสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะการักษ์ ตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 276

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันหรืออุดตันและอยู่ในระยะหลังเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power โดยกำหนดค่าต่าง ๆ ดังนี้ $\alpha = .50$ Power of test $= .80$ Effect size $= .50$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 26 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 10^{17} ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) จากประชากรโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีไข้ มีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์และการรักษาภายใน 48 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาเรื่องการฟัง การมองเห็น สามารถสื่อสารผ่านการพูดและเข้าใจ ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เทล (The Barthel's ADL Index) มีคะแนนไม่ต่ำกว่า 50 คะแนน คือ อยู่ในระดับมีภาวะพึ่งพาปานกลาง หรือมีความพิการปานกลาง (moderately disabled) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือทดลอง

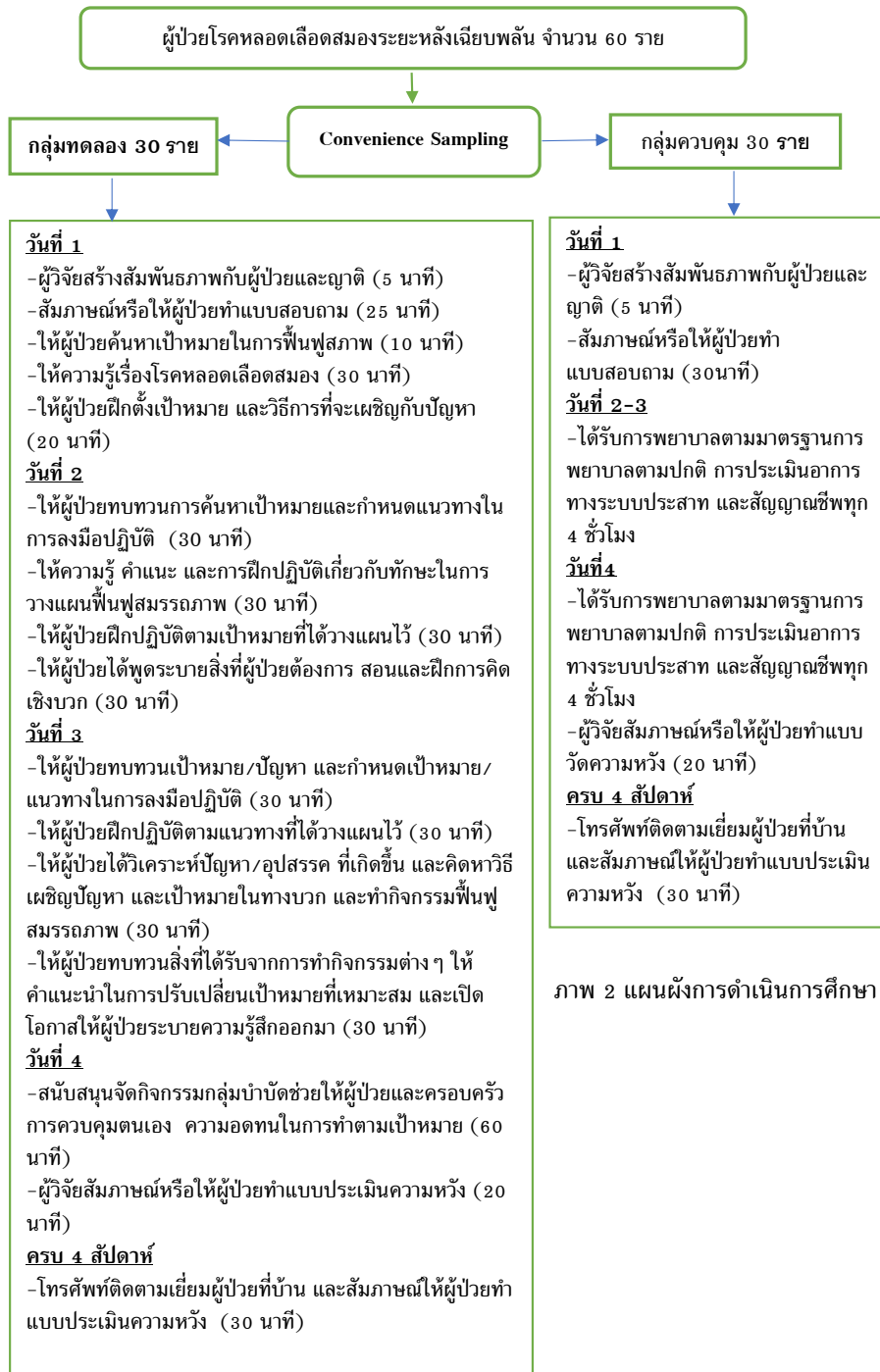
1. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความหวัง ซึ่งมาจากแบบวัดความหวังของ Herth¹⁸ มีชื่อว่า Herth Hope Index (HHI) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Herth Hope Scale (HHS) โดยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ข้อคำถามทุกข้อสามารถวัดขอบเขตความหวังได้ทั้งความหวังทั่วไป และความหวังเฉพาะ ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยจิราวรรณ สีสัพฒนาพาณิชย์⁹ ประกอบด้วย 3 มิติ มิติที่ 1 ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต มิติที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก มิติที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 อันดับ การแปลผลโดยการกำหนดจากคะแนนเฉลี่ย คะแนน 12-30 แสดงถึงระดับความหวังต่ำ และคะแนน 31-48 แสดงถึงระดับความหวังสูง

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity index) โดยผู้วิจัยส่งเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความหวัง เท่ากับ .89 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มกิจกรรมในวันที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในวันที่ 4 (ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 วัน) และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผล (follow-up) เมื่อครบ 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์หรือให้ผู้ป่วยทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความหวังด้วยตนเอง ดังรายละเอียดในภาพที่ 2



ภาพ 2 แผนผังการดำเนินการศึกษา



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความหวังและมิตีความหวังระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความหวังฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้ Repeated measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่และประวัติการตั้งครรภ์และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ($p = .04$) โดยกลุ่มควบคุมมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจด้านคู่สมรสและด้านศาสนา มากกว่ากลุ่มทดลอง ส่วนด้านบทบาทในครอบครัว ($p = .03$) กลุ่มทดลองมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว มากกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อ่อนแรงซีกซ้าย ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.60 (SD=.49) มีระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4 วัน (SD=.64) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 (SD=.51) มีระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 วัน (SD=.66)

2. เปรียบเทียบระดับความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีระดับความหวังอยู่ในระดับสูงทั้งช่วงเวลาก่อนเข้าโปรแกรม ในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังเท่ากับ 31.23, 34.47 และ 33.77 ตามลำดับ และกลุ่มทดลองมีระดับความหวังอยู่ในระดับต่ำในช่วงเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังเท่ากับ 29.97 และมีระดับความหวังอยู่ในระดับสูงในช่วงเวลาที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังเท่ากับ 39.93 และ 38.80 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในช่วงเวลาต่างกัน

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม (n = 30)		ระดับ ความหวัง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		ระดับ ความหวัง
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	31.23	3.47	สูง	29.97	3.53	ต่ำ
วันที่จำหน่าย	34.47	4.13	สูง	39.93	2.12	สูง
เมื่อครบ 4 สัปดาห์	33.77	5.21	สูง	38.80	2.68	สูง



เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) วันที่จำหน่ายกลุ่มควบคุมมีระดับความหวังต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมมีระดับความหวังต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2) และจากตารางที่ 2 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาในการประเมินกับกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,116) = 20.35, p = .00$) และมีความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาในการประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,116) = 73.29, p = .00$) และระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,58) = 22.15, p = .00$) โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์มีระดับความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้วยวิธี LSD (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความหวังของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	426.27	1	426.27	22.15	.00
ความคลาดเคลื่อน	1115.92	58	19.24		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลาในการประเมิน	1534.01	2	767.00	73.29	.00
กลุ่ม $\times$ ช่วงเวลาในการประเมิน	426.07	2	213.03	20.35	.00
ความคลาดเคลื่อน	1213.91	116	10.46		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ช่วงเวลาประเมิน	ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง		ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.97	31.23	-1.26
วันที่จำหน่าย	39.93	34.47	5.45*
ครบ 4 สัปดาห์	38.80	33.77	5.02*

* $p < .05$



3. เปรียบเทียบมิติความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

ผลการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังในช่วงเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มิติที่1 เท่ากับ 9.56 มิติที่2 เท่ากับ 10.50 มิติที่3 เท่ากับ 11.16 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 10.41 ในช่วงเวลาวันที่จำหน่ายมิติที่1 เท่ากับ 11.56 มิติที่2 เท่ากับ 11.50 มิติที่3 เท่ากับ 11.40 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 11.49 ในช่วงเวลาเมื่อครบ 4 สัปดาห์มิติที่1 เท่ากับ 11.36 มิติที่2 เท่ากับ 11.33 มิติที่3 เท่ากับ 11.06 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 11.25

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังในช่วงเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มิติที่1 เท่ากับ 9.46 มิติที่2 เท่ากับ 10.36 มิติที่3 เท่ากับ 10.13 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 9.98 ในช่วงเวลาวันที่จำหน่ายมิติที่1 เท่ากับ 13.23 มิติที่2 เท่ากับ 13.33 มิติที่3 เท่ากับ 13.36 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 13.31 ในช่วงเวลาเมื่อครบ 4 สัปดาห์มิติที่1 เท่ากับ 12.83 มิติที่2 เท่ากับ 13.26 มิติที่3 เท่ากับ 12.70 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 12.93 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบน้ำหนักตัวและระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่ม (n = 30)

ช่วงเวลา	มิติที่1		มิติที่2		มิติที่3		รวม	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
กลุ่มควบคุม								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.56	1.88	10.50	1.50	11.16	1.83	10.41	1.74
วันที่จำหน่าย	11.56	1.59	11.50	1.73	11.40	1.49	11.49	1.60
เมื่อครบ 4 สัปดาห์	11.36	2.35	11.33	1.78	11.06	1.85	11.25	1.99
กลุ่มทดลอง								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.46	2.04	10.36	1.62	10.13	2.01	9.98	1.89
วันที่จำหน่าย	13.23	1.40	13.33	.92	13.36	.96	13.31	1.09
เมื่อครบ 4 สัปดาห์	12.83	1.31	13.26	1.14	12.70	1.02	12.93	1.16

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA พบว่าทั้ง 3 มิติ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาในการประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ด้วยวิธี LSD พบว่ามิติที่ 1 และมิติที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้ง 3 ช่วงเวลา มีเพียงมิติที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้ง 3 ช่วงเวลา โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) วันที่จำหน่ายกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 5)



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนมิติความหวังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ช่วงเวลาประเมิน	ค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวัง		ผลต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนมิติความหวัง
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
มิติที่1 ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.46	9.56	-0.10
วันที่จำหน่าย	13.23	11.56	1.67*
ครบ4สัปดาห์	12.83	11.36	1.47*
มิติที่2 ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10.36	10.50	-0.14
วันที่จำหน่าย	13.33	11.50	1.83*
ครบ4สัปดาห์	13.26	11.33	1.93*
มิติที่3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10.13	11.16	-1.03*
วันที่จำหน่าย	13.36	11.40	1.96*
ครบ4สัปดาห์	12.70	11.06	1.64*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของกลุ่มทดลองในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์มีระดับความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังในวันที่จำหน่ายกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันในครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลัน ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของชาวดีและคณะ¹⁵ กับแนวทางการเสริมสร้างความหวังของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย¹⁶ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความหวัง ลดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวังและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ประการ¹⁵ ได้แก่ 1) ปัจจัยทางกายภาพ 2) ปัจจัยทางจิตวิทยา ส่งผลต่อความหวังของผู้ป่วยได้ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความรู้สึกหมดหวังและการขาดแรงจูงใจในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้ 4) ปฏิสัมพันธ์เชิงลบ การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลต่างๆ จะมีผลต่อดัชนีความหวังเป็นอย่างมาก การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะหลังเฉียบพลันช่วงเวลาก่อนจำหน่ายจึงมีความท้าทายมากในการที่จะลดปัจจัยที่มีอิทธิพลดังกล่าว หากผู้ดูแลหรือผู้ป่วยขาดการให้ความสนใจในปัจจัยเหล่านี้อาจนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพและความหวังของผู้ป่วย

ทั้งนี้กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความหวังเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย 1) ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการตั้งเป้าหมายระยะสั้น และเป้าหมายระยะยาว ซึ่งการตั้งเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมาย



ในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาสุขภาพในขณะนั้น และความหวังต่อสุขภาพตนเอง และระบุปัญหา และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และวิธีการที่จะเผชิญกับปัญหา 2) ให้ความรู้ คำแนะนำการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวัง และเห็นคุณค่าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) ให้คำแนะนำและสนับสนุนปัจจัยและกลยุทธ์เกี่ยวกับการลงมือปฏิบัติและความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมีความหวังอย่างต่อเนื่อง เพราะการมีความหวังจะทำให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่เพื่อทำงาน และทำหน้าที่ของตนเองต่อไป โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมาย โดยการคิดทบทวนปัญหาที่ยังมีอยู่ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ และกำหนดเป้าหมายในการจัดการปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสามารถยอมรับสถานการณ์และสิ่งที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงสถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อเตรียมใจ รับสถานการณ์ซึ่งในแต่ละวันอาจเกิดความไม่แน่นอนขึ้น และพิจารณาปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิต หรือปรับเปลี่ยนความหวัง เพื่ออนาคตที่แตกต่างกันได้ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และคิดหาวิธีเผชิญปัญหา และเป้าหมาย ในทางบวก พุดคุยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่เหมาะสม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ออกมา 4) ให้คำแนะนำเรื่องเครือข่ายการสนับสนุนผู้ป่วย ผู้วิจัยช่วยให้การสนับสนุน เพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้กำลังใจ

Western¹⁴ ได้กล่าวว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถทำให้ผู้ป่วย สามารถเผชิญปัญหาและนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพที่ดี การสร้างแบบจินตนาการในการฟื้นฟูสภาพของตัวผู้ป่วยเอง โดยการจัดกลุ่ม ให้มีการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ แต่มีข้อจำกัดในการทำกลุ่มออนไลน์เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแล จึงทำให้การทำกลุ่มออนไลน์ เป็นไปได้ยาก จากงานวิจัยของชาวดีและคณะ¹⁵ ได้เน้นความสำคัญของหลักการให้คำแนะนำของผู้ดูแล และผู้วิจัยให้ผู้ป่วย ฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยการออกกำลังกายตามแนวทางการเสริมสร้างความหวังของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่ง ประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁶ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของการฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีต่อแรงบีบมือและ ความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁹ พบว่าการฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีผลทำให้ค่าแรงบีบมือและคะแนนความหวังเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ถือว่าเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับการพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตประจำวันอีกวิธีหนึ่ง อันเป็นประโยชน์ในการฟื้นฟู สมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้โปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นยังสนับสนุนทฤษฎีความหวังของ Herth¹⁸ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า ความหวังเป็นภาวะด้านจิตใจที่ถูกกระตุ้นให้เกิดพลัง โดยแสดงออกในลักษณะของการกระทำ และคาดหวังในทาง บวกว่าจะสามารถไปถึงจุดหมายใน อนาคตหรือความต้องการของตนเองได้

ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของโฌมพิไล นันทรักษา⁷ ซึ่งศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่าระดับความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะการฟื้นฟูสภาพ อยู่ในระดับสูง ทั้งสองระยะ ของการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในระยะของการฟื้นฟูสภาพระยะแรก (≤ 3 เดือน) และระยะของการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (> 3 เดือน) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง เท่ากับ 38.67 (SD=2.68) และ 37.96 (SD=3.64)

อย่างไรก็ตามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังที่ 3 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 70) จึงทำให้เกิดผลกระทบที่เกิดขึ้นทางกายมีความบกพร่องทางการสื่อสาร การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน จึงมีผลต่อความมุ่งมั่นหวังในชีวิตที่มี ต่อครอบครัว และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแลตนเองกับการฟื้นฟู สมรรถภาพตนเอง ดังนั้นจึงอาจมีผลต่อคะแนนมิติความหวังที่ 3 ในกลุ่มทดลองได้ แต่เมื่อกกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมมา ในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4 และ 5)



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสภาพโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันไปใช้ในการเพิ่มความหวังในผู้ป่วยเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถบูรณาการแนวคิดความหวังโดยนำโปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการทำวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความหวังในผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมความแตกต่างกันของด้านสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจกับบทบาทในครอบครัว
4. ด้านการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาการเรียนการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

References

1. Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. Number and death rate of non-communicable diseases and injuries in the calendar year 2015. [internet]. 2016 [cited 2016 Aug 11]. Available from: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
2. Apinya T, Phantawet N. World paralysis day campaign 2011. [internet]. 2015 [cited 2017 March 16]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/KMNCD%20_magazine-Vol.1.pdf
3. Public Health System Development Group. Issue of the world paralysis day campaign 2016. [internet]. 2017 [cited 2017 Aug 11]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/hot%20news/WorldStrokeday2016.pdf>
4. Annie R, Denise T, Johanne D, Gina B, Annick B. Adaptation and coping following a first stroke: a qualitative analysis of phenomenological orientation. *International Journal of Rehabilitation Research* 2006;29(3):247-9.
5. Stina L. Stroke patients' and informal cares' experiences with life after stroke: an overview of qualitative systematic reviews. *Journal Disability and Rehabilitation* 2016;39(3):301-13.
6. Herth KA. Fostering hope in terminal ill people. *Journal of Advanced Nursing* 1989; 15(3):1250-9.
7. Nantaruxsa C. Hope in patients with stroke, rehabilitation condition [Master thesis]. Khonkaen: Khonkaen University. 2013.(in Thai).
8. Dufault K, Martocchio CB. Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America* 1985;20(2):379-91.
9. Leelapattanapanich C. Hope in stroke patients [Master thesis]. Khonkaen: Khonkaen University. 1998. (in Thai).
10. Lohne V, Severinson E. The power of hope: patient's experiences of hope a year After Acute spinal cord injury. *Journal Clinical Nursing* 2006;15(3):315-23.



11. Masakunphan P. Rehabilitation of stroke patients. Bangkok: Institute of Neurology. 2007.(in Thai).
12. Niwatchai U, Kanchanaburanan K.(Editor) Hope and nursing roles. In Kanyan. Teaching materials, course sets, selection cases, nursing mothers, infants and Psychiatric Nursing. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. 1992.(in Thai).
13. Burton CR. Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(2):301-9.
14. Western H. Altered living: coping, hope and quality of life after stroke. *British Journal of Nursing* 2007;16(20):1266-70.
15. Soundy A. Factors influencing patients' hope in stroke and spinal cord injury: A narrative review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2014;21(5):210-8.
16. National Stroke Association. HOPE: The Stroke Recovery Guide. National stroke association. [internet]. 2010 [cited 2016 April 20]. Available from:<http://www.stroke.org>
17. Jirawatkul A. Biostatistics in health science research. 3rd ed. Khonkaen: Khonkaen University; 2008.(in Thai).
18. Herth KA. Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric Evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 1992;17(2):1251-9.
19. Kaewchoi N. The effect of Montessori activity training on hand compression and hope of stroke patients [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2009.(in Thai).