

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Factors Influencing the Adherence to Rehabilitation in Stroke Patients

สุภาพรณ กาญจนบุรยงค์* ชุตินา ฉันทมิตรโสภาส** ปณิชา พลพินิจ***

Supapun Kanjanabunyong,* Chutima Chantamit-O-Pas,** Panicha Ponpinij***

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

* Student in Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing,
Burapha University, Chonburi Province

, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

** Corresponding Author: kpchutima@buu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองแตก มีระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 3 เดือน ที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลเลือกสรร 4 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 109 ราย คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยรวม เท่ากับ 83.78 (SD = 16.26) ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 56 (adj. $R^2 = .56$, $p < .01$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด ($\beta = .70$, $p < .01$) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .39$, $p < .01$) ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรมุ่งเน้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล ความร่วมมือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Received: May 13, 2024; Revised: July 9, 2024; Accepted: August 12, 2024



Abstract

This predictive research aimed to assess the adherence to rehabilitation and its influencing factors in stroke patients, including perceived self-efficacy, modified Rankin scale (mRS), social support, fear of falling, and anxiety in COVID-19. The sample consisted of patients with ischemic or hemorrhagic stroke within the first three months after diagnosis, who came for follow-up at four selected hospitals. A total of 109 participants were selected through simple random sampling. Research instruments included demographic data, perceived self-efficacy, mRS, social support, fear of falling, anxiety in COVID-19, and adherence to rehabilitation. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that the mean score for the adherence to rehabilitation was 83.78 (SD = 16.26). Perceived self-efficacy and social support together predicted 56% of the variance in the adherence to rehabilitation (adj. $R^2 = .56$, $p < .01$). Perceived self-efficacy was the most predictive variable for the adherence to rehabilitation ($\beta = .70$, $p < .01$), followed by social support ($\beta = .39$, $p < .01$). Therefore, promoting the adherence to rehabilitation should focus on enhancing self-efficacy alongside providing social support.

Keywords: factors influencing, adherence, rehabilitation, stroke patients

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลก และในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่ 14.5 ล้านคน มีผู้เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และปัจจุบันมีผู้รอดชีวิตและหลงเหลือความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากกว่า 80 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากสถิติย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (ปี พ.ศ. 2560 - 2564) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 588,000 ราย ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 645,000 ราย ในปี พ.ศ. 2564²

โรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย การสื่อสาร กระบวนการคิด และอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแสดงอาการอ่อนแรงเป็นอาการที่เด่นชัดที่สุด³ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดังเดิม หรือใกล้เคียงเดิมเพียงร้อยละ 10 อีกร้อยละ 90 จะมีความพิการเกิดขึ้น⁴ ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต และลดความพิการ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด การรักษาที่สำคัญ คือ การให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือด (Reperfusion of cerebral blood flow) ให้ได้เร็วที่สุด^{5,6} และการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก คือ การผ่าตัดจะพิจารณาใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีเลือดออกในสมองจำนวนมาก หรือในรายที่มีภาวะสมองบวมจนกดเบียดเนื้อสมองที่ดี เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ⁵ ซึ่งภายหลังการรักษาด้วยวิธีข้างต้น

ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ตามความสามารถที่เหลืออยู่ และกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด⁵

การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและความต่อเนื่อง โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมร่วมกับทีมที่มีความเชี่ยวชาญ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว จะส่งผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสมองและร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ควรเริ่มตั้งแต่ในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพราะหลังจากสมองได้รับความเสียหายในระยะเฉียบพลัน จะมีกระบวนการการฟื้นตัวของสมองเกิดขึ้นตามมาทันที โดยในระยะแรกเซลล์สมองส่วนที่เสียหายจะมีการปรับตัว โดยมีการทำหน้าที่ทดแทนจากเซลล์สมองส่วนใกล้เคียงที่ยังปกติ เรียกว่า Neuroplasticity ซึ่งกระบวนการนี้มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{5,6} การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรูปแบบจะมีกระบวนการฟื้นฟูที่แตกต่างกัน โดยจะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ตรงกับพยาธิสภาพภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีศักยภาพที่ดีขึ้น และการดูแลร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น⁷ จากการศึกษาของ Murie-Fernández & Marzo⁸ พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคและความพิการและเพิ่มความสามารถของการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายจึงมีความสำคัญที่สุด

แม้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นส่วนสำคัญในการรักษาและมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 50 จะมีความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gracious พบว่า ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 41.9 ที่จะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และการศึกษาความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงของโรค ในระดับความรุนแรงเล็กน้อย จะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพียงร้อยละ 51.2 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงระดับปานกลาง ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 63.5¹⁰ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งที่ยังคงขาดความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เมื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญ การที่บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองจะส่งผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura¹² กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นของตนเองในการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่ตนเองคาดหวังผล ซึ่งหากบุคคลมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะทำให้ขาดสิ่งจูงใจในการกระทำพฤติกรรม นอกจากนี้การที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ยังมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{13,14} สำหรับความกลัวการหกล้ม พบว่า เป็นทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{15,16}

เนื่องจากผู้ป่วยที่กลัวการหกล้มจะไม่อยากมีกิจกรรม จึงไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในขณะที่การกลัวการหกล้มเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบางคนร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้เกิดการทรงตัวดีขึ้น นอกจากนี้ภายใต้สถานการณ์การแพร่กระจายการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนมาตรการต่างๆ จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้มีการเว้นระยะห่างสังคม (Social distancing) ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจอยู่กับบ้าน จึงทำให้มีผลต่อความล่าช้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยและปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนในด้านการศึกษเกี่ยวกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพยังมีการศึกษาน้อย รวมทั้งยังไม่ครอบคลุมการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และยังพบว่ามีความไม่สอดคล้องกันของผลการศึกษา โดยพบว่าปัจจัยด้านจิตใจ การกลัวการหกล้มเป็นทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก โดยคาดว่า จะสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนทางการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมความร่วมมือใน

การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างตรงเป้าหมาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก

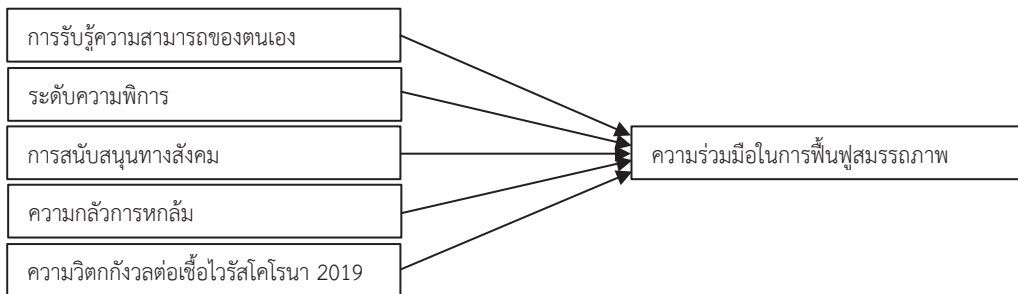
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Theory of self-efficacy) ที่พัฒนาโดย Bandura¹² มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง Bandura กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถอธิบาย

เกี่ยวกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะให้ความร่วมมือ และเกิดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ บันดดา ภัคติวิวรรธ¹⁷ ซึ่งพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .727, p < .001$)

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับความพิการ ความกลัวการหกล้ม ความวิตกกังวล เป็นทั้งปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยที่ผู้ป่วยที่มีความพิการมากจะกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pishkhai และคณะ¹⁸ พบว่า ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลือความพิการเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยบางคนเพิ่ม

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในทางกลับกันบางคนไม่ให้ความร่วมมือ สำหรับความกลัวการหกล้มจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Tabah และคณะ¹⁵ พบว่า ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษาของ Vittun¹⁹ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะถูกละเลยเรื่องการป้องกันกลับเป็นซ้ำของโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ในส่วนของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากครอบครัว คู่สมรส และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงการกระตุ้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ¹⁵ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

==== วิธีดำเนินการวิจัย =====

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทางระบบประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 3 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทางระบบประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองแตก มีระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน

3 เดือน ที่มาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลที่มีแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาล



บางละมุง โดยมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้
1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) Barthel ADL Index มากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะที่รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากการวินิจฉัยของแพทย์ในเวชระเบียน เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนที่เข้าใจภาษา (Wernicke's aphasia)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แท้จริงทั้งหมด ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจึงใช้วิธีการคำนวณจากสูตรที่ไม่ต้องใช้จำนวนประชากรในการคำนวณ โดยใช้สูตรของ Tabachnick, Fidell, & Ullman²⁰ คือ $N \geq 104 + m$ โดย N แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และ m แทน จำนวนตัวแปรต้น (การศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 5 ตัวแปร) แทนค่าจากสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 109 ราย โดยผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาติดตามการรักษาในปี พ.ศ. 2564 โดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ (Proportion to size sampling) โดยโรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนลและโรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ จำนวน 11 คน สถาบันสิรินธร จำนวน 49 คน และโรงพยาบาลบางละมุง 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 7 ชุด รายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย ลักษณะที่อยู่อาศัย สิทธิในการรักษา รายได้

1.2 ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ตำแหน่งของพยาธิสภาพ ตำแหน่งกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง โรคร่วมการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำมาจากแบบประเมิน Stroke Self-Efficacy Questionnaire ของ Jones, Partridge & Reid²¹ ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ศุภลักษณ์ เข็มทอง²² ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้ฉบับภาษาอังกฤษและฉบับภาษาไทย ซึ่งประเมินความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นเส้นตรงมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข (Numerical rating scale) จากคะแนน 0 บนเส้นตรงซ้ายสุด หมายถึง ไม่มั่นใจเลย และระดับคะแนนจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไปทางขวามือจนถึง 10 ทางขวาสุด หมายถึง มั่นใจมากที่สุด ถ้าคะแนนรวมสูงแสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพสูง

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระดับความพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมิน Modified Rankin Scale (mRS) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเปิดให้นำมาใช้ได้เป็นสาธารณะ มีข้อคำถาม 1 ข้อ เกี่ยวกับภาวะพึ่งพาในการเคลื่อนไหว และทำกิจวัตรประจำวัน คะแนนที่เพิ่มมากขึ้นแสดงถึงภาวะทุพพลภาพที่มากขึ้น

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ของครอบครัว ของ พรทิพย์พา ธิมา ยอม, วิลา สลักขณ ษ์วั ลลี และ ประทีป จิน ัง²³ ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตและ ได้รับการอนุญาตให้ใช้ โดยประเมินแรงสนับสนุน ทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านสิ่งของและ บริการจากบุคคลหรือกลุ่มคนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ โดยเป็นคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และเป็นคำถามเชิงลบ 4 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 1 - 5 โดยข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบไม่เลยให้คะแนน 1 จนถึงตอบมากที่สุดให้คะแนน 5 ตามลำดับ ส่วนข้อความ เชิงลบจะให้คะแนนในทางตรงกันข้าม คะแนนรวมสูง แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมสูง ส่วนคะแนน รวมต่ำ แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้ม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำมาจากแบบประเมินความกลัวการหกล้มของ ผู้สูงอายุไทย (Thai Falls Efficacy Scale-International [Thai FES-I]) โดย ลัดดา เถียมวงศ์²⁴ แปลมาจาก Falls Efficacy Scale-International [FES-I] ProFaNE²⁵ ซึ่งฉบับภาษาอังกฤษเปิดให้นำมาใช้ได้เป็นสาธารณะ และผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้ ฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นมาตรวัด แบบลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ ถ้าไม่กลัวการ หกล้มเลยให้ 1 คะแนน จนถึงกลัวการหกล้มมากที่สุด ให้ 4 คะแนนตามลำดับ คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ อยู่ระหว่าง 16 - 64 ซึ่งการแปลความหมายคะแนน ตั้งแต่ 16 - 21 คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการหกล้ม คะแนนตั้งแต่ 22 - 27 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้ม เล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 28 - 64 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มมาก

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลต่อ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยขออนุญาต

และได้รับอนุญาตให้ใช้แบบคัดกรองความวิตกกังวล ต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกองส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต²⁶ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค เท่ากับ 0.91 มีข้อคำถาม 5 ข้อ เป็น มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 3 ระดับ ถ้าตอบ ไม่มีให้ 1 คะแนน มาก/ประจำให้ 3 คะแนนตามลำดับ คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 5 - 15 การแปลความหมาย คะแนน 5 - 6 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ คะแนน 7 - 11 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และ คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีความวิตกกังวล ในระดับสูง

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการ ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Questionnaire of exercise adherence) ผู้วิจัย ขออนุญาตแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคแปล ย้อนกลับจาก Lin และคณะ²⁷ ตามกระบวนการอ้างอิง จาก International society for pharmacoeconomic and outcomes research มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค เท่ากับ 0.94 มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ท่านไม่สามารถปฏิบัติตาม คำแนะนำ จนถึง คะแนน 4 หมายถึง ท่านปฏิบัติตาม คำแนะนำได้อย่างสม่ำเสมอ การแปลความหมาย คะแนน มากกว่า 75 คะแนน แสดงว่า ความร่วมมือ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพมาก คะแนนตั้งแต่ 50 - 75 คะแนน แสดงว่า ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน แสดงว่า ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI ของแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1

หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94, 0.97, 0.97, 0.91, 0.94 ตามลำดับ และในกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 109 ราย เท่ากับ 0.97, 0.96, 0.98, 0.94, 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความร่วมมือพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกและนักกายภาพประชาสัมพันธ์โครงการฯ หลังจากมีผู้สนใจซึ่งมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังกล่าวมาติดต่อในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยจัดทำบัญชีรายชื่อ ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับสลากเลขคู่หรือคี่ของประชากรในแต่ละโรงพยาบาล ถ้าได้เลขคู่ก็จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในลำดับเลขคู่ ถ้าได้เลขคี่ก็ดำเนินการเก็บเฉพาะลำดับเลขคี่ของแต่ละวัน ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างตกลงยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการลงนามเป็นกลุ่มตัวอย่างและเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 20 - 30 นาที ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย IRB3-080/2565 และ IRB3-078/2566 ต่ออายุครั้งที่ 1 รวมทั้งผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ รหัสโครงการวิจัย COA No. BHQ-IRB 2022-05-22 สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รหัสโครงการวิจัย COA No.66019 และโรงพยาบาลบางละมุง รหัสโครงการวิจัย IRB3-080/2565 ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ นำเสนอเฉพาะผลการวิจัย และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว 3 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มต่อการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพ ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ด้วยวิธี Enter โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.1) มีอายุเฉลี่ย 62.1 ปี ($SD = 12.8$) อยู่ในช่วงอายุ 61 - 80 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 49.5) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.1) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 44) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 55) อาศัยอยู่กับลูกหลาน (ร้อยละ 49.5) ลักษณะที่อยู่อาศัย ไม่มีบันไดก่อนขึ้นบ้าน (ร้อยละ 54.1) ห้องน้ำไม่มีราวจับกันลื่น (ร้อยละ 62.4) ไม่มีของอยู่ชั้นบนที่ต้องเอื้อมมือหรือปีน (ร้อยละ 71.6) ในบ้านมีแสงสว่างเพียงพอ (ร้อยละ 99.1) ไม่มีสัตว์เลี้ยง (ร้อยละ 54.1) ใช้สิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 63.3) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงน้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 66) สำหรับข้อมูล

ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ร้อยละ 74.3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในช่วง 2 เดือนถึง 3 เดือน (ร้อยละ 71.8) ตำแหน่งของพยาธิสภาพอยู่ที่สมองซีกขวา (ร้อยละ 46.8) มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงด้านซ้าย (ร้อยละ 54.1) ส่วนมากมีโรคร่วม 2 โรคมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) โดยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 21.3) เคยได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 (ร้อยละ 94.5)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรวมเท่ากับ 83.78 จากคะแนนเต็ม 100 ($SD = 16.26$) โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 44.64 คะแนน และคะแนนสูงสุด 100 คะแนน ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับมาก (ร้อยละ 66.1) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($n = 109$)

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (น้อยกว่า 50 คะแนน)	5	4.5
ระดับปานกลาง (50 - 75 คะแนน)	32	29.4
ระดับมาก (มากกว่า 75 คะแนน)	72	66.1

2.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 98.95 จากคะแนนเต็ม 130 ($SD = 33.51$) ระดับความพึงพอใจ เท่ากับ 2.81 จากคะแนนเต็ม 5 ($SD = 1.46$) การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 68.70 จากคะแนนเต็ม 75 ($SD = 9.61$) ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 36.83 จากคะแนนเต็ม 64 ($SD = 15.18$) และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 8.02 จากคะแนนเต็ม 15 ($SD = 3.31$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้ม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 109)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0 - 130	22 - 130	98.95	33.51
ระดับความพิการ	0 - 5	0 - 4	2.81	1.46
การสนับสนุนทางสังคม	15 - 75	45 - 75	68.70	9.61
ความกลัวการหกล้ม	16 - 64	16 - 64	36.83	15.18
ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	5 - 15	5 - 15	8.02	3.31

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .652, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .534, p < .01$) ความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.456, p < .01$) ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.478, p < .01$) และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.208, p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (n = 109)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	1					
2. ระดับความพิการ	-.762**	1				
3. การสนับสนุนทางสังคม	.250**	-.184	1			
4. ความกลัวการหกล้ม	-.793**	.656**	-.219*	1		
5. ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	-.117	-.066	-.330**	.208*	1	
6. ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	.652**	-.456**	.534**	-.478**	-.208*	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 56 (adjusted $R^2 = .56, p < .01$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด ($\beta = .70, p < .01$) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .39, p < .01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 109)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.19	.03	.70	5.64	.000
ระดับความพิการ	.42	.64	.06	.65	.51
การสนับสนุนทางสังคม	.37	.06	.39	5.63	.000
ความกลัวการหกล้ม	.07	.06	.12	1.13	.26
ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	-.05	.19	-.01	-.25	.80

$R = .76$, $R^2 = .58$, adjusted $R^2 = .56$, $F_{5,195} = 28.46$, sig of $F < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นความมั่นใจของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 98.95 (SD = 33.51) จากคะแนนเต็ม 130 ซึ่งคะแนนค่อนข้างสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนถึงวัยผู้สูงอายุช่วงต้น ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน จึงทำให้มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ เชื่อมมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ตนเอง ศึกษาหาความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ฝึกฝนร่างกายด้านที่อ่อนแอ และมีเวลาในการออกกำลังกายทุกวัน เพื่อมุ่งมั่นที่จะทำให้ตัวเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะสามารถพึ่งพาตนเองได้ นำความรู้ที่มีไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม

ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทิน มณีขมภู²⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นต้นไป จะสามารถพึ่งพาตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก

1.2 ระดับความพิการ เป็นภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 (SD = 1.46) จากคะแนนเต็ม 5 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพิการระดับ 2 ถึง ระดับ 3 ซึ่งระดับ 2 ผู้ป่วยจะสามารถกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง โดยพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย และระดับ 3 ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เอง

1.3 การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 68.70 จากคะแนนเต็ม 75 (SD = 9.61) ซึ่งคะแนนค่อนข้างสูง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส อาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับความกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความรู้คำแนะนำในเรื่องการรักษา และได้รับสิ่งของที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้สังคมไทยซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่กันเป็นครอบครัว และให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ บุตรหลานจะต้องมี

ความกตัญญูทวให้การดูแลพการีด้วยวิธีต่างๆ เป็นการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของครอบครัวไทย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างมาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

1.4 ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.83 จากคะแนนเต็ม 64 (SD = 15.18) แสดงให้เห็นว่า มีความกลัวการหกล้มมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่ง ร่วมกับการที่มีภาวะเปราะบางจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กำลังกล้ามเนื้อลดลง ความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวลดลง จึงทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย ซึ่งการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี หรือปีละ 3 ล้านราย²⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญรุ่ง วรรณดี, จิรพรรณ โพธิ์ทอง และ อุมการ ใจยังยืน³⁰ ที่พบว่า การหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการทรงตัว การเปลี่ยนท่าต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.5 ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.02 จากคะแนนเต็ม 15 (SD = 3.31) แสดงให้เห็นว่า มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่รายวันสูงขึ้น จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ง่าย ข้อมูลจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย³¹ พบว่า ผลการศึกษาของ UNFPA Thailand ได้สำรวจผลกระทบของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ต่อประชากรสูงอายุในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 1,230 ราย

ในเดือนกรกฎาคม 2563 พบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ร้อยละ 57.2 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.4 มีโรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs หากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการรุนแรงมากกว่าปกติ³² จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา ไม่สบายใจกับการที่ต้องออกไปนอกบ้าน และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.6 ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรวมเท่ากับ 83.78 จากคะแนนเต็ม 100 (SD = 16.26) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของในระดับมาก อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่อยากเป็นภาระของลูกหลาน จึงพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลและหลังกลับบ้านอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งในปัจจุบันเป็นยุคโซเชียล ผู้สูงอายุสามารถหาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ และลงมือทำจริงได้จากสื่อต่างๆ ในอินเทอร์เน็ต ซึ่งนอกจากจะทำให้ร่างกายไม่แอ่นไปกว่าเดิมทำให้โรคที่เป็นอยู่ไม่รุนแรงขึ้น ที่สำคัญทำให้อยู่กับคนรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นลูกหลาน เพื่อนหรือแม้แต่คนดูแลได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส พักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ญาติ ลูกหลาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ ได้กำลังใจ มีคนพาไปฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tabah และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในด้านของสิทธิในการรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเป็นสิทธิในการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพ สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute rehabilitation) มากขึ้นในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างทั่วถึง ลดภาระค่าใช้จ่าย จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมือในการมาฟื้นฟูสมรรถภาพ

เนื่องจากการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงสถานการณ์โควิดระบาดทั่วโลก กลุ่มตัวอย่างต้องงดกิจกรรมทางสังคม เว้นระยะห่างจากบุคคลอื่นในสถานที่ต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางคนงดการออกจากบ้านเพื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุบางคนขาดความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

นอกจากนี้สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Theory of self-efficacy) ของ Bandura¹² อธิบายได้ว่า จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ ความรู้คำแนะนำ และแรงสนับสนุนด้านบริการและสิ่งของการที่มีสิทธิในการรักษาทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายร่วมกับการไม่อยากเป็นภาระของคนในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะให้ความร่วมมือ และเกิดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความพิการซ้ำซ้อนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุน

ทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด ($\beta = .70, p < .01$) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .39, p < .01$) อภิปรายได้ ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของ Bandura ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการรวมกันของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และสามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นวัยกลางคนถึงวัยผู้สูงอายุช่วงต้น ผู้ป่วยยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ บางคนเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อการฟื้นฟู ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพิการในระดับ 2 ถึง ระดับ 3 หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งระดับ 2 ผู้ป่วยจะสามารถกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่างโดยพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย และระดับ 3 ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถและมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีเวลาฝึกฝนร่างกายด้านที่อ่อนแรง และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์หลังกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของ



ตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปันดตา ภักดีวิวรรธ¹⁷ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .727, p < .001$) รวมทั้งการศึกษาของ Lin และคณะ²⁷ ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ($\beta = .44, p < .01$) และการศึกษาของ Caetano และคณะ¹¹ ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ($B = 1.95, p < .001$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ร้อยละ 80 รวมทั้งการศึกษาของ ปันดตา ภักดีวิวรรธ¹⁷ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura ที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นแรงเสริมให้บุคคลเกิดมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคู่สมรส อาศัยอยู่กับครอบครัว จึงมีครอบครัวคอยให้กำลังใจ ดูแล จัดหาข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ร่วมกับการมีสิทธิในการรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเงินในการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเกิดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะเสริมแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำรงชีวิตของตนเองโดยพึ่งพาคนอื่นให้น้อยที่สุด และการที่ผู้ป่วยไม่ยอมเป็นภาระของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Lee & Won³³ การสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งยังมีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .573, p < .001$) และการศึกษาของ Tabah และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากครอบครัว คู่สมรส และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Lin และคณะ²⁷ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศจีน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และชุมชนมีอิทธิพลต่อความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .222, p < .001$)

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ระดับความพิการ ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ระดับความพิการ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมาก จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความร่วมมือในการออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพ สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความพิการ mRs อยู่ในระดับ 2 - 3 ซึ่งผู้ป่วยยังสามารถกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่างหรือต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวตนเองพิการ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เอง ผู้ป่วยสามารถพัฒนาด้านที่ไม่อ่อนแรงแมาขอความช่วยเหลือของด้านที่อ่อนแรงได้ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจึงทำให้ไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีผู้อาศัยอยู่ด้วยโดยเป็นสามี/ภรรยา และหรือญาติ และหรือลูกหลาน จึงมีคนคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้

ความกลัวการหกล้มลดลงและมีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ลักษณะที่อยู่อาศัยที่มีแสงสว่างเพียงพอ มีการจัดวางของให้ผู้ป่วยไม่ต้องปีนหรือไม่วางไว้ชั้นบน และมากกว่าครึ่งหนึ่งของที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างไม่มีบันได ไม่มีสัตว์เลี้ยง มีราวจับกันลื่นในห้องน้ำมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพิการ mRs 2 - 3 ซึ่งผู้ป่วยยังสามารถกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่างหรือต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับมาก จึงทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้ไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อภิปรายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคนี้มีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น ประชาชนได้รับวัคซีนเพิ่มมากขึ้น วัคซีนสามารถช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตได้ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบถ้วน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตในสถานการณ์การแพร่ระบาด จึงทำให้ไม่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถนำปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาส่งเสริมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดความพิการซ้ำซ้อน ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยมุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด

การรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการเสริมแรง โดยเพิ่มแรงจูงใจจากการสนับสนุนทางสังคม

2. ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรกเพิ่มเติม เพื่อเป็นแกนนำหลักในการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดจัดกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ แลกเปลี่ยนความรู้ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เท่านั้น ผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อติดตามความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือเปรียบเทียบในแต่ละปีเพื่อรับทราบปัญหา และแนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสมต่อไป

2. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ระดับการศึกษา โรคร่วม เนื่องจากในการศึกษานี้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถทำนายได้ร้อยละ 56 อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization [WSO]. Why stroke matters. [Internet]. [cited 2022 February 1]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters>.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Minutes can save lives: learn the signs, say it's a stroke save precious time. [Internet]. [cited 2022 October 28]. Available from: <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623/>. (In Thai).
3. Bruno-Petrina A. Motor recovery in stroke. Medscape. [Internet]. [cited 2022 august 25]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/324386-overview>.
4. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. Journal of Stroke 2014;16:1-7. (in Thai).
5. American Stroke Association. Life after stroke. Encompass health is a national sponsor of together to end stroke 2019;3:1-36.
6. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2018;49(3):46-99.
7. Intolo S. The integrated stroke preventive care services for older persons. RTN Med J 2020;47(3):687-703. (in Thai).
8. Murie-Fernández M, Marzo MM. Predictors of neurological and functional recovery in patients with moderate to severe ischemic stroke: the EPICA study. Stroke Res Treat 2020(2):1-13.
9. O'Carroll RE, Chambers JA, Dennis M, Sudlow C, Johnston M. Improving adherence to medication in stroke survivors: a pilot randomized controlled trial. Ann Behav Med 2013;46(3):358-68.
10. Gunnes M, Langhammer B, Aamot I, Lydersen S, Ihle-hansen H, Indredavik B, et al. Adherence to a long-term physical activity and exercise program after stroke applied in a randomized controlled trial. Phys Ther 2018;99:74-85.
11. Caetano LC, Pacheco BD, Samora GA, Teixeira-Salmela LF, Scianni AA. Self-efficacy to engage in physical exercise and walking ability best predicted exercise adherence after Stroke. Stroke Res Treat 2020(12):1-6.
12. Bandura, A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall; 1986.
13. Wiriyakijpaiboon J. Factors associated with adherence to secondary stroke prevention in stroke survivors. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
14. Jiang SS, Shen LP, Ruan HF, Li L, Gao LL, Wan LH. Family function and health behaviors of stroke survivors. International Journal of Nursing Sciences 2014;1(3):272-6.
15. Tabah F, Sham F, Zakaria F, Hashim N, Dasiman R. Factors influencing stroke patient adherence to physical activity: a systematic review. JGG 2020;68:174-9.



16. Babbar P, Kumar V, Joshua PT, Mahabala C, Misri ZK. Adherence to home-based neuro-rehabilitation exercise program in stroke survivors. *Bangladesh Journal of Medical Science* 2021;20(1):145-53.
17. Phakdeewiwat P. Factors predicting the mobility of stroke patients during the first year of stroke. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Thammasat University; 2017. (in Thai).
18. Pishkhani MK., Dalvandi A, Ebadi A., Hosseini MA. Adherence to a rehabilitation regimen in stroke patients: a concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2020;25(2):139-45.
19. Vitturi B. The COVID-19 pandemic sacrificed the excellence of stroke care worldwide. *SN Compr Clin Med* 2021;3(8):1696-8
20. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. Pearson Boston: MA; 2007.
21. Jones F, Partridge C, Reid F. The stroke self-efficacy questionnaire: measuring individual confidence in functional performance after stroke. *J Clin Nurs* 2008;17(7B):244-52.
22. Khemthong S, Posawang P, Thimayom P. Effectiveness of health system program with occupational therapy on quality of life and self-efficacy after stroke. *Journal of Occupational Therapist Association of Thailand* 2009;14(3):26-34. (in Thai).
23. Thimayom P, Chuawanlee W, Jinng P. The effect of self-efficacy program on self-care behavior of hemiparesis patients. *Journal of Behavioral Science for Development* 2012;4(1):64-73. (in Thai).
24. Thiamwong L. Psychometric Testing of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I) in Thai older adults. *Songklanagarind Medical Journal* 2011;29(6):277-87. (in Thai).
25. ProFaNE. FES-I As recommended by the World Fall Guidelines. [Internet]. [cited 2022 February 1]. Available from: <https://sites.manchester.ac.uk/fes-i/>.
26. Department of Mental Health. Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT. [Internet]. [cited 2022 February 1]. Available from: <http://bit.ly/dmhccovid19>. (in Thai).
27. Lin B, Zhang Z, Sun Y, Mei Y, Xie J, Zhang Y. A new scale evaluating functional exercise compliance for stroke patients in community: design, reliability and validity tests. *Chinese Journal of Rehabilitation Medicine* 2013;28(6):574-78.
28. Maneechomphu S. Factors Influencing self-care and quality of life in stroke patient in Chiangmai Neurological hospital. [Internet]. [cited 2022 February 5]. Available from: <https://www.cmneuro.go.th/TH/research>. (in Thai).
29. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Fall prevention. [Internet]. [cited 2022 February 2]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1157520210624083452.pdf>. (in Thai).

30. Wandee P, Phothong J, Jaiyangyeun U. The study of falls among the elderly in the community, Suphanburi province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2020;14(43):126-41. (in Thai).
31. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Poor physical and mental health, a crisis during the COVID-19 pandemic in older adults. [Internet]. [cited 2022 March 5]. Available from: <https://thaitgri.org/?p=39883>. (in Thai).
32. Department of Older Persons. 6 groups of NCDs If infected with COVID-19, there is a risk of severe symptoms, preventing NCDs. [Internet]. [cited 2022 March 1]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/gallery/1/3754>. (in Thai).
33. Lee Y, Won M. Mediating effects of rehabilitation motivation between social support and health-related quality of life among patients with stroke. Int J Environ Res Public Health 2022;19(22):1-10.