

ความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพ

โอมพิล นันทรักษา^{1,3}, ดร. ณิษภัทร พุฒิกานัน^{2,3}

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ จังหวัดบุรีรัมย์

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะของการฟื้นฟูสภาพ และแบบแผนความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 42 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลดัชนีชี้วัดความหวัง (Herth Hope Index: HHI) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.87 และแบบสัมภาษณ์ขอบเขตและมิติของความหวัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) ระดับความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงทั้งสองระยะของการฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ ในระยะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน และมากกว่า 3 เดือน โดย

มีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง เท่ากับ 38.67 และ 37.96 ในเรื่องขอบเขตความหวัง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน มีความหวังทั่วไปสูง คิดเป็นร้อยละ 30.90 ส่วนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 3 เดือน มีความหวังเฉพาะสูง คิดเป็นร้อยละ 38.09 ในเรื่องมิติของความหวัง พบว่า มีมิติ 2 มิติที่มีค่าคะแนนความหวังต่ำและปานกลาง ซึ่งประกอบด้วย มิติด้านสถานการณ์แวดล้อมโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังต่ำ เท่ากับ 1.92 (0.71) และมิติด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังปานกลาง เท่ากับ 2.50 (0.32) ตามลำดับ 2) แบบแผนความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพโดยรวมมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย โดยมีค่าคะแนนความหวังลดลงเล็กน้อยในระยะตั้งแต่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ถึงระยะติดตาม 1 เดือน และค่าคะแนนความหวังสูงขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตามตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 3 เดือน จากข้อค้นพบสรุปได้ว่า ความหวังในผู้

ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเป็นพลวัตรเปลี่ยนแปลงตามบริบทของการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งสถานการณ์แวดล้อม พยาบาลควรศึกษาหารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริม และคงไว้ซึ่งความหวังที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของการฟื้นฟูสภาพ และพบว่าแบบแผนความหวังไม่ชัดเจน ควรศึกษาในระยะยาวเป็น 1 ปี ถึง 3 ปี ควรปรับหัวข้อการประเมินในเครื่องมือให้สอดคล้องกับแนวคิด

คำสำคัญ: ความหวัง โรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพ

Abstract

This descriptive research aimed to study the level of hope in patients with cerebrovascular disease in each rehabilitation phase and pattern of hope. The subjects were 42 hospitalized patients on rehabilitation ward in Srinakharindrajit hospital during March 2012. All participants completed the set of questionnaires; demographic data, Herth Hope Index (HHI) reliabilities of HHI were 0.87 and spheres - dimensions interview. Data were analyzed using descriptive statistics, and content analysis.

The result of the study can be concluded as follow: 1) The mean hope scores of the patients with cerebrovascular disease in rehabilitation phase were at high level for

two groups; early rehabilitation (≤ 3 month) and late rehabilitation (> 3 month) ($\bar{X} = 38.67$ and 37.96). The spheres of hope was found that in patients in early rehabilitation have generalized hope 30.90% but in late rehabilitation have particularized hope 38.09%. Concerning dimensions of hope, contextual dimension and affective dimension had at least (1.92) and moderate (2.50) level of hope score. 2) There was slightly decreased in average hope score at with little change by before discharge on 1 day to follow-up 1 month were few decreased and few increased on 1 month to follow-up 3 months in groups of rehabilitation ; ≤ 3 month and > 3 month

Hope in patients with cerebrovascular disease during rehabilitation phase is dynamic and depends on treatment and rehabilitation including environment. To maintain high level of hope and motivation, spheres of hope suggests that nurse should find strategies to encourage realistic hope for each rehabilitation phase further study with long follow up period should be conducted to evaluate the hope in stroke patients and spheres - dimensions interview should be about concept of hope's Dufault & Martocchio (1985)

Keyword: Hope, cerebrovascular disease, rehabilitation phase

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease or stroke) เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่รุนแรง ในประเทศไทยจากรายงานการเผ่าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สำนักโรคบาตวิทยา, 2553) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มีจำนวน 32,210 คน อัตราป่วย 50.56 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน มีจำนวนผู้ป่วยสะสมจำนวน 140,243 คน ความชุก 220.16 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2553 จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีจำนวน 36,619, 40,023, 40,546, 41,623 และ 43,630 คนตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2550 - 2554) ซึ่งนับว่ามีจำนวนค่อนข้างมากและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นผลการสำรวจค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา ในปี พ.ศ. 2549 - 2551 พบว่า มีค่าใช้จ่าย 31,603, 43,953 และ 46,524 บาท/คน/ปี ตามลำดับ และจากการศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า มีค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมเฉลี่ย 1,959.85 บาท/คน/ครั้ง (กาญจนศรี สิงห์ภูและคณะ, 2552)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องทุกข์ทรมานกับการด้อยสมรรถภาพเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน

และเรื้อรัง รวมทั้งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่ยาวนานและเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย (รุ่งทิวา ชอบชื่น, 2552) อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพคงที่ (stable disability) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องตกอยู่ในสภาพที่พิการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตและบทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง มองตนเองไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ ผู้ป่วยจะแยกตัวเองและถอยหนีออกจากสังคม เกิดความรู้สึกท้อแท้ และสิ้นหวังตามมา (Annie et al., 2006) ซึ่งถือเป็นปัญหาด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญ อีกทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ วิตกกังวล อันจะมีผลต่อการปรับตัวกับภาวะด้อยสมรรถภาพที่เกิดขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ยอมรับสภาพความพิการนั้น พบว่าความหวัง เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมอย่างหนึ่งที่สำคัญมาก เพราะความหวังเป็นคุณสมบัติที่ทำให้บุคคลมองเห็นตนเองว่ามีคุณค่าขึ้น (ละมัด เลิศล้ำ, 2542) ความหวังเป็นสิ่งจำเป็นของชีวิต (Kim et al., 2006) เป็นยาขนานเอกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดที่ทำให้บุคคลรู้สึกสดชื่น และฟื้นจากการเจ็บป่วย (Rus-

toen, 2000) นอกจากนั้นความหวังยังเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ (Herth, 1990a) บุคคลทุกคนจะต้องมีความหวังอยู่ในระดับหนึ่ง แม้จะอยู่ในสถานการณ์หรือช่วงระยะเวลาที่ย่างยากเพียงใดในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยก็ตาม (Yates, 1993) เมื่อผู้ป่วยมีความหวังจะทำให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นพยายามที่จะกระทำให้บรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ และประสบความสำเร็จ เมื่อผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามที่ตั้งความหวังไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองต่อไปอันจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม (จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์, 2541) หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพมีความหวังและยังคงความหวังไว้นั้น จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพมีความทนต่อสถานการณ์ที่ย่างยาก เผชิญกับความวิตกกังวลและความเครียดต่างๆ มีความกล้าที่จะแสวงหาความช่วยเหลือ และเป็นแรงผลักดัน เกิดแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพพยายามหาทางแก้ไขปัญหาหรือพยายามเอาชนะปัญหา (Western, 2007) และเชื่อมั่นว่าอนาคตจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงออกว่าเป็นผู้ที่มีความหวังคือ มีความกระตือรือร้น มี

ความมุ่งมั่น มีแรงจูงใจ มีกำลังใจที่ดีในการที่จะฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แต่ยังพบว่าผู้ป่วยบางกลุ่มได้แสดงพฤติกรรม ก้าวร้าว เบื่อหน่าย ไม่กระตือรือร้น ขาดชีวิตชีวา เชื่องซึม ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมของผู้ที่ไม่มีความหวัง (อุบล นิวัติชัย, 2535) และจากการศึกษานำร่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 10 คนในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพมีระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพที่แตกต่างกัน คือ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 2 ปี ระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพมีทั้งระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพระยะแรก และการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง มีความหวังระดับสูง และระดับต่ำ การศึกษาเกี่ยวกับความหวังที่ผ่านมาในต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อหาความหมาย และหาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับตัวแปรอื่นๆ ส่วนในประเทศไทย เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่น และการศึกษาเรื่องความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งถือเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีความพร้อมในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มรูปแบบ มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีเครื่องมือที่ทันสมัย มีการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพอย่างมาก โดยเพิ่มช่อง

ทางด้านในการรักษา ร่วมกับมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554) โดยข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา คาดว่าจะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการบริการพยาบาลที่คำนึงถึงการคงไว้และหรือสร้างความหวัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความหวังของ Dufault and Martocchio (1985) ความหวังเป็นกระบวนการด้านจิตสังคมที่มีความเป็นพลวัต มีลักษณะซับซ้อน ความหวังจากกรอบแนวคิดนี้ กล่าวถึงโครงสร้างของความหวัง ประกอบด้วย ขอบเขตและมิติของความหวัง โดยมีขอบเขตความหวัง 2 ประการ ได้แก่ ความหวังทั่วไปและความหวังเฉพาะ และในขอบเขตความหวังยังประกอบด้วยมิติความหวัง 6 มิติ ซึ่งแต่ละมิติของความหวังจะมีความชัดเจน แต่ส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งกันและกันได้ ได้แก่ 1) มิติด้านสติปัญญา 2) มิติด้านเวลา 3) มิติด้านความผูกพัน 4) มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม 5) มิติด้านพฤติกรรม 6) มิติด้านจิตใจ

คำถามการวิจัย

1. ระดับความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะการฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง อยู่ในระดับใด

2. แบบแผนความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในระยะเวลา 1 เดือน ถึง 2 ปี มีลักษณะอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะการฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง

2. เพื่อศึกษาแบบแผนความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในระยะเวลา 1 เดือน ถึง 2 ปี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยเป็นการศึกษาในระยะฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 2 ปี ภายใต้กรอบแนวคิดความหวังของ Dufault & Martocchio (1985) ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2555 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบข้อมูลพื้นฐานของระดับและแบบแผนความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะการฟื้นฟูสภาพ 1 เดือน ถึง 2 ปี

2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลได้ตระหนักถึงบทบาทในการส่งเสริมความหวังและหรือการคงไว้ซึ่งความหวัง โดยการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ในประเด็นการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพต่อไป

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความหวังในแต่ละระยะของการฟื้นฟูสภาพ และแบบแผนความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2555 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้รับการประเมินสภาพโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่มีความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพ ที่รับใหม่ที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู และ/หรือรับย้ายจากหอผู้ป่วยอื่น 2) มีความสามารถในการคิดรูปคดี ประเมินโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mini Mental State Examination; T.MMSE) ต้องได้คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป 3) เข้าใจภาษาไทย ถาม-ตอบได้ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้

ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ค่าคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป การกำหนดขนาด ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรการหาขนาดตัวอย่าง กรณีไม่ทราบสัดส่วน และทราบจำนวนประชากร $n = n / 1 + n_0 / n$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล พิจารณาเลือกข้อมูลซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวัง ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ผู้ดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย สวัสดิการการรักษา ศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ร่างกายข้างที่อ่อนแรง โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล ระดับของการพึ่งพา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความหวัง ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำดัชนีชี้วัดความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index; HHI) ซึ่งจิวรรณลีลาพัฒนาพาณิชย์ (2541) ได้แปลเป็นภาษาไทย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผล ค่าคะแนนความหวัง 12-30 คะแนน แสดงถึง ความหวังระดับต่ำ ค่าคะแนนความหวัง 31-48 คะแนน แสดงถึง ความหวังระดับสูง

ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินถึงรายละเอียดตัวแปรที่สำคัญในมิติความหวัง ได้แก่ 1) มิติด้าน

สติปัญญา เป็นการประเมินสมรรถภาพสมอง ซึ่งประเมินโดย T.MMSE เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ต้องได้คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป 2) มิติด้านเวลา เป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงจากการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งให้เปรียบเทียบตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน อนาคต 3) มิติด้านความผูกพัน เป็นความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น หรือสิ่งอื่นที่สำคัญของผู้ป่วย 3 ด้าน คือ สัมพันธภาพกับครอบครัว สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ การประกอบกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและศรัทธา 4) มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม ได้ประเมินถึงระดับของตัวแปรสำคัญในมิตินี้ คือ ความเหนื่อยล้า ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความสามารถในการประกอบอาชีพ ความสามารถในการพักผ่อนหย่อนใจ 5) มิติด้านพฤติกรรม ได้ประเมินตัวแปรที่สำคัญ คือ ความเชื่อมั่นในแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก 6) มิติด้านจิตใจ ได้ประเมินถึงระดับของตัวแปรที่สำคัญ คือ ความกระตือรือร้น สดใส ร่าเริง ความเชื่อยชาอารมณ์เศร้า หงุดหงิดอารมณ์แปรปรวน และคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ข้อคำตอบ

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบ ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในเมโนทัศน์ของความหวัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มี

ประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในเมโนทัศน์ความหวัง 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และนำผลที่ได้ไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและผ่านการตรวจและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น การเข้าร่วมการวิจัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเห็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการทำวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่สมควรได้รับแต่ประการใด ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ถูกระบุชื่อในรายงานใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับเฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเท่านั้น ซึ่งจะถูกทำลายภายหลังการวิจัยสิ้นสุด เป็นระยะเวลา 5 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู และหัวหน้าห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู เบอร์ 10 เพื่อขอความร่วมมือ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการชี้แจงโครงการวิจัย เพื่อช่วยในการเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย สอนสาธิตการใช้เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเครื่องมือ 2 อย่าง คือ แบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (T-MMSE) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เกณฑ์ในการให้คะแนนและทดสอบการใช้เครื่องมือโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3. เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในรายที่รับใหม่ หรือรับย้ายเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีการกำหนดวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยประชาสัมพันธ์เชิญเชิญเข้าร่วมการวิจัย

4. เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

5. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ์ในการเข้าร่วม หรือออกจากกรเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ดัชนีชี้วัดความหวัง แบบสัมภาษณ์ขอบเขตและมิติความหวัง สัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็น 3 ระยะติดตาม ดังนี้

ระยะติดตามที่ 1 ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน

ระยะติดตามที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู เบอร์ 10 เมื่อครบ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ระยะติดตามที่ 3 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู เบอร์ 10 เมื่อครบ 3 เดือนหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ค่าคะแนนดัชนีชี้วัดความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index; HHI) และแบบสัมภาษณ์มิติความหวัง โดยใช้สถิติเป็น ความถี่ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ขอบเขตความหวัง โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์แบบแผนความหวัง ด้วยกราฟเส้นค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง ตามระยะการติดตามผู้ป่วย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

จากการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน สามารถเก็บข้อมูลครบทั้ง 3 ครั้ง คิดเป็น

ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบทั้งหมด 5 เดือน ในระยะติดตาม 1 เดือน ส่วนใหญ่มีการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 71.42 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีนัดติดตามผลการรักษาในระยะเวลา 1 เดือน ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น และอีกจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 กลุ่มตัวอย่างมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โดยมารับบริการฝึกกายภาพบำบัดที่ห้องฝึกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจึงเข้าสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างได้ในช่วงที่ฝึกเรียบร้อยแล้ว ส่วนในระยะติดตาม 3 เดือน ผู้วิจัยเข้าสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน ที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.53 เพศหญิงร้อยละ 40.47 มีอายุตั้งแต่ 35-81 ปี ส่วนใหญ่อายุ > 60 ปี ร้อยละ 59.53 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 63.17 ปี (SD=12.68) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.28 มีการนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.52 สำหรับอาชีพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 61.90 ในเรื่องสวัสดิการการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สวัสดิการการรักษาจากต้นสังกัด ร้อยละ 57.14 สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยพบมากที่สุดคือ เชื่อว่าเกิดจากเวรกรรม ร้อยละ 66.66 และในเรื่อง

ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะคุกคามชีวิต คิดเป็นร้อยละ 61.90 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรหลานเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ คิดเป็น ร้อยละ 66.66 และส่วนใหญ่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 57.14 ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมากที่สุด ร้อยละ 88.09 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการอ่อนแรงซีกซ้าย คิดเป็นร้อยละ 57.17 สำหรับโรคประจำตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.19 ในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 52.38 และผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า มีภาวะแขนขาและข้อเข่าอักเสบ คิดเป็น ร้อยละ 30 ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนถึง 2 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย > 3 เดือน ร้อยละ 54.76 ระยะเวลาระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 6.10 เดือน (SD = 6.04) สำหรับระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีระยะเวลาการรักษาตั้งแต่ 3-8 สัปดาห์ ระยะเวลาเฉลี่ย 5.36 (SD = 1.49) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนน Barthel ADL Index มีคะแนนตั้งแต่ 4-90 ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงพึ่งพามาก ร้อยละ 40.47 คะแนนการพึ่งพาเฉลี่ยเท่ากับ 44.21 (SD = 20.24) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม
ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 42)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	59.53
หญิง	17	40.47
อายุ (ปี)		
35-59	17	40.47
> 60	25	59.53
Range = 35-81, \bar{X} = 63.17, SD = 12.68		
สถานภาพสมรส		
คู่	27	64.28
หม้าย/หย่า	13	30.95
โสด	2	4.76
ศาสนา		
พุทธ	42	100
ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย		
เวรกรรม	28	66.66
โรคภัยไข้เจ็บ	14	33.33
ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา		
ภาวะคุกคาม	26	61.90
การสูญเสีย	16	38.09
บุคคล/สิ่งยึดเหนี่ยว		
บุตรหลาน	28	66.66
คู่สมรส	14	33.33
ผู้ดูแล		
คู่สมรส	24	57.14
บุตร/หลาน	16	38.09
ผู้ดูแล	2	4.76

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 42) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย		
เวรกรรม	28	66.66
โรคภัยไข้เจ็บ	14	33.33
ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา		
ภาวะคุกคาม	26	61.90
การสูญเสีย	16	38.09
บุคคล/สิ่งยึดเหนี่ยว		
บุตรหลาน	28	66.66
คู่สมรส	14	33.33
ผู้ดูแล		
คู่สมรส	24	57.14
บุตร/หลาน	16	38.09
ผู้ดูแล	2	4.76
การวินิจฉัยโรค		
หลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	37	88.09
หลอดเลือดสมองแตก	5	11.9
ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง		
ซีกซ้าย	24	57.17
ซีกขวา	18	42.85
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	32	76.19
เบาหวาน	6	14.28
ภาวะไขมันในเลือดสูง	4	9.52

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 42) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	22	52.38
มีภาวะแทรกซ้อน	20	47.61
- ภาวะแขนบวม	6	14.28
- ปวดเข่า	6	14.28
- ภาวะประสาทอักเสบ	4	9.52
- ปวดอักเสบ	2	4.76
- ภาวะประสาทพิการ	2	4.76
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง		
≤ 3 เดือน	19	45.23
> 3 เดือน	23	54.76
Range = 1 เดือน - 2 ปี, \bar{X} = 6.1 เดือน, SD = 6.04		
ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล (สัปดาห์)		
3 - 6	36	85.71
> 6	6	14.28
Range = 3 - 8 สัปดาห์, \bar{X} = 5.36 สัปดาห์, SD = 1.49		
ค่าคะแนน Barthel ADL Index		
0 - 20 ระดับความรุนแรงที่พึ่งพาทั้งหมด	2	4.76
25 - 45 ระดับความรุนแรงที่พึ่งพามาก	17	40.40
50 - 70 ระดับความรุนแรงที่พึ่งพานกลาง	12	28.57
75 - 90 ระดับความรุนแรงที่พึ่งพาน้อย	11	26.19
Range 4 - 90, \bar{X} = 44.21, SD = 20.24		

2. ระดับความหวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะของการฟื้นฟูสภาพ

จากตารางที่ 2 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความหวังในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสภาพทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังอยู่ในระดับสูงทั้งหมด

โดยกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสภาพ ≤ 3 เดือน มีค่าคะแนนความหวังตั้งแต่ 35-42 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 38.67 (SD= 2.68) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสภาพ > 3 เดือน มีค่าคะแนนความหวังตั้งแต่ 30-45 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.96 (SD= 3.64) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความหวังในกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะฟื้นฟูสภาพ (n = 42)

ระดับความหวัง	ระยะแรก (≤ 3 เดือน)	ระยะหลัง (> 3 เดือน)
ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ		
พิสัย	35-42	30-45
\bar{X} (SD)	38.67 (2.68)	37.96 (3.64)
ระดับความหวัง	สูง	สูง

จากตารางที่ 3 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขอบเขตความหวังและระยะการฟื้นฟูสภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสภาพ ≤ 3 เดือน มีความหวังทั่วไปว่าจะหายเป็นปกติเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 23.80 และมีความหวังเฉพาะว่าจะเดินได้ เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.14 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสภาพ > 3 เดือน มีความหวังทั่วไปว่าจะหายเป็นปกติเป็นส่วนใหญ่

จำนวน 5 คิดเป็นร้อยละ 11.90 คน ความหวังเฉพาะว่าจะเดินได้เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 19.04 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสภาพ ≤ 3 เดือน มีความหวังทั่วไปสูงกว่าความหวังเฉพาะ โดยมีจำนวนทั้งหมด 13 คน คิดเป็นร้อยละ 30.90 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสภาพ > 3 เดือน มีความหวังเฉพาะสูงกว่าความหวังทั่วไป โดยมีจำนวนทั้งหมด 16 คน คิดเป็นร้อยละ 38.09 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของขอบเขตความหวังจำแนกตามระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ (n = 42)

ขอบเขตความหวัง ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ	ระยะแรก (≤ 3 เดือน)		ระยะหลัง (> 3 เดือน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความหวังทั่วไป				
- มีความหวังว่าจะหายเป็นปกติ	10	23.80	5	11.90
- มีความหวังอยากจะทำกับลูกหลาน นานๆ	2	4.76	1	2.38
- มีความหวังว่าจะกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ	1	2.38	1	2.38
รวม	13	30.90	7	16.66
ความหวังเฉพาะ				
- มีความหวังว่าจะเดินได้	3	7.14	8	19.04
- มีความหวังว่าจะรับประทานอาหารได้ตามปกติ	1	2.38	3	7.14
- มีความหวังว่าจะกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม	1	2.38	2	4.76
- มีความหวังว่าจะช่วยเหลือตนเองได้	1	2.38	3	7.14
รวม	6	14.28	16	38.09

จากตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความหวังจำแนกตามมิติและระยะเวลาฟื้นฟูสภาพจะเห็นว่า กลุ่มที่อยู่ในระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพ ≤ 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยระดับความหวังด้านความผูกพันในระดับมาก $\bar{X} = 3.51$ (SD = .36) มิติตความหวังด้านจิตใจ $\bar{X} = 2.51$ (SD = .36) มิติตความหวังด้านสถานการณ์แวดล้อม $\bar{X} = 1.83$ (SD = .35) มิติตความหวังด้านพฤติกรรม $\bar{X} = 3.19$ (SD = .26) มิติตความหวังด้านเวลา $\bar{X} = 3.25$ (SD = .46) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพ > 1-3 เดือน มีมิติตความหวังด้านความผูกพัน $\bar{X} = 3.55$ (SD = .24) มิติต

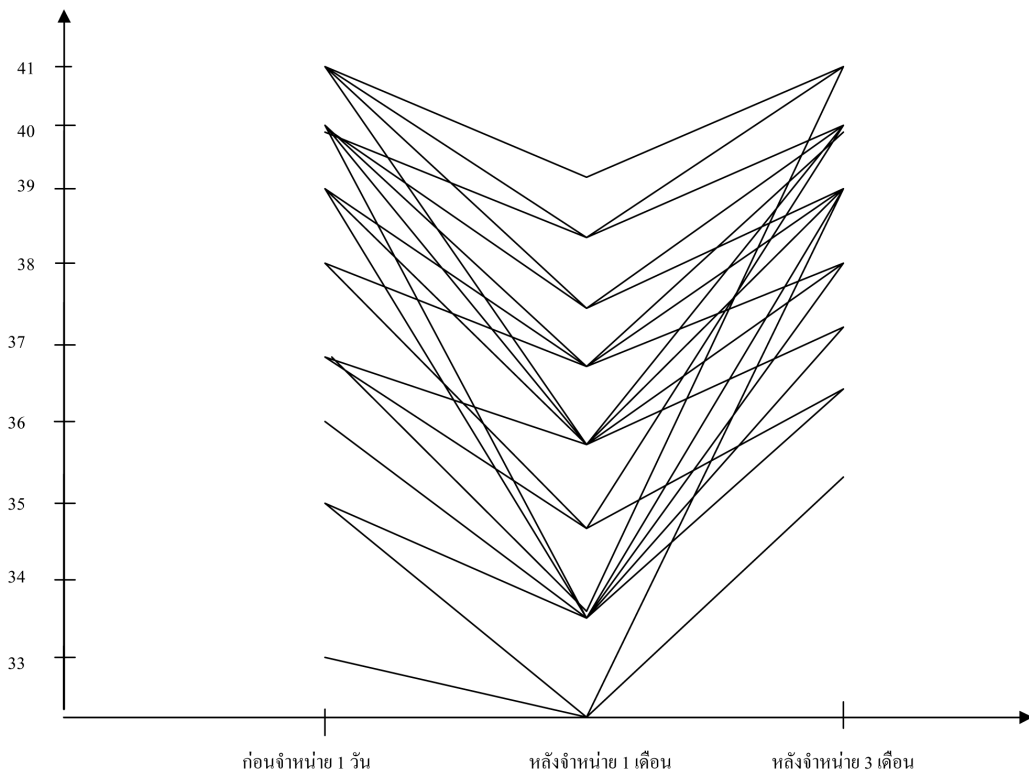
ความหวังด้านจิตใจ $\bar{X} = 2.67$ (SD = .33) มิติตความหวังด้านสถานการณ์แวดล้อม $\bar{X} = 2$ (SD = .30) มิติตความหวังด้านพฤติกรรม $\bar{X} = 3.14$ (SD = .23) มิติตความหวังด้านเวลา $\bar{X} = 3.09$ (SD = .54) และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพ > 3 เดือน มีมิติตความหวังด้านความผูกพัน $\bar{X} = 3.43$ (SD = .28) มิติตความหวังด้านจิตใจ $\bar{X} = 2.32$ (SD = .28) มิติตความหวังด้านสถานการณ์แวดล้อม $\bar{X} = 1.94$ (SD = .30) มิติตความหวังด้านพฤติกรรม $\bar{X} = 3.13$ (SD = .22) มิติตความหวังด้านเวลา $\bar{X} = 3.39$ (SD = .66) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความหวัง และมิติความหวังจำแนกตามระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ (n=42)

มิติความหวัง ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ	ระยะแรก (≤ 3 เดือน)		ระยะหลัง (> 3 เดือน)	
	\bar{X} (SD)	คะแนนความหวัง	\bar{X} (SD)	คะแนนความหวัง
มิติด้านเวลา	3.17 (0.5)	สูง	3.39 (0.6)	สูง
มิติด้านความผูกพัน	3.54 (0.3)	สูง	3.43 (0.2)	สูง
มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม	1.91 (0.3)	ต่ำ	1.94 (0.3)	ต่ำ
มิติด้านพฤติกรรม	3.16 (0.2)	สูง	3.13 (0.2)	สูง
มิติด้านจิตใจ	2.59 (0.3)	ปานกลาง	2.32 (0.2)	ปานกลาง

จากภาพที่ 3 แสดงแบบแผนความหวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระยะเวลาฟื้นฟูสภาพระยะแรกจำแนกตามระยะติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และ 3 เดือน จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาฟื้นฟูสภาพระยะแรก มีค่าคะแนนความหวังอยู่ในระดับสูง ทั้ง 3 ระยะติดตามดังกล่าว และมีค่าคะแนนความหวังเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่

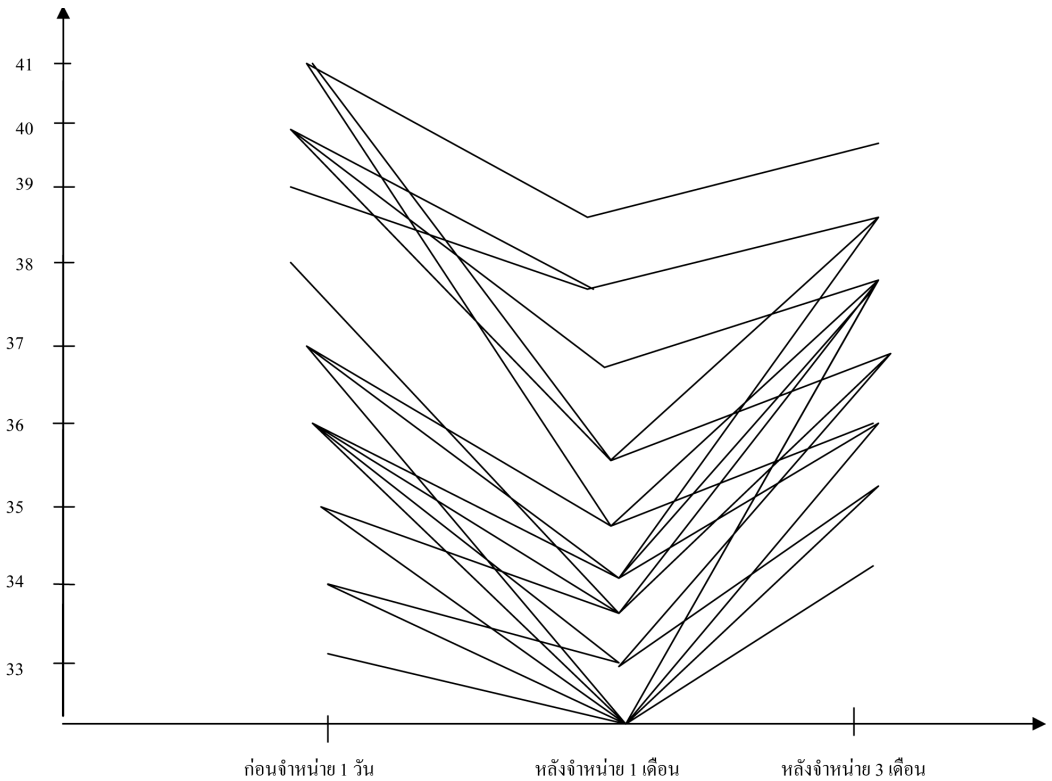
ในระยะเวลา ≤ 3 เดือน มีคะแนนความหวังลดลงเล็กน้อยในระยะตั้งแต่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน จนถึงระยะติดตามหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และพบว่าค่าคะแนนความหวังเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตามตั้งแต่หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ถึงระยะติดตามหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 5 และภาพที่ 3 - 4



ภาพที่ 3 แบบแผนความหวังของกลุ่มตัวอย่างตามระยะการฟื้นฟูสภาพระยะแรกจำแนกตามคะแนนความหวัง ($n=19$)

จากภาพที่ 4 แสดงแบบแผนความหวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระยะการฟื้นฟูสภาพระยะหลังจำหน่ายตามระยะติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และ 3 เดือน จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะการฟื้นฟูสภาพระยะแรก มีค่าคะแนนความหวังอยู่ในระดับสูง ทั้ง 3 ระยะติดตามดังกล่าว และมีค่าคะแนนความหวังเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่

อยู่ในระยะเวลา > 3 เดือน มีคะแนนความหวังลดลงเล็กน้อยในระยะตั้งแต่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน จนถึงระยะติดตามหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และพบว่าค่าคะแนนความหวังเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตามตั้งแต่หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ถึงระยะติดตามหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แบบแผนความหวังของกลุ่มตัวอย่างตามระยะการฟื้นฟูสภาพพระยะหลังจำแนกตามคะแนนความหวัง (n= 23)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความหวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะฟื้นฟูสภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังอยู่ในระดับสูง ทั้ง 3 ระยะของการฟื้นฟูสภาพถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระยะการฟื้นฟูสภาพที่แตกต่างกัน แต่ยังคงความหวังไว้ในระดับสูง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยังอยู่ในกระบวนการของการฟื้นฟูสภาพ และการติดตามมาับการรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่าง

ต่อเนื่องทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความหวังในระดับสูง เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยเพศชายจะมีความหวังสูงกว่าเพศหญิง เพราะสังคมไทยกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำ เพศชายจึงรู้สึกเป็นใหญ่ และมีอำนาจในการตัดสินใจ ทำให้มองตนเองมีคุณค่า เกิดความพึงพอใจในชีวิตมากกว่า จึงมีระดับความหวังสูงกว่าเพศหญิง อายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความหวัง (ละมัด เลิศล้ำ, 2542) กลุ่มตัวอย่างมีทั้งอยู่ในช่วงวัยทำงานและ

วัยสูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุน้อยและอยู่ในวัยทำงาน มีระดับความหวังสูง เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบมาก ดังนั้นวัยนี้จึงมีความหวังสูงที่จะหายเป็นปกติ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเหมือนเดิม ทำให้มีความกระตือรือร้นในเรื่องการเรียนรู้เพื่อที่จะฟื้นฟูสภาพให้เร็วที่สุด ส่งผลให้ความหวังอยู่ในระดับสูง (เรณูการ์ ทองคำรอด, 2541) ในผู้ที่มีอายุมาก อธิบายได้ว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้นย่อมผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นประสบการณ์ชีวิตอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุต้องปรับตัว ยอมรับการเจ็บป่วยและคงความหวังในระดับสูงไว้ได้ในเรื่องสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีผู้ดูแลเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น คู่สมรส และ บุตรหลาน การที่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ และมีคู่สมรสและหรือบุตรหลานเป็นผู้ให้การดูแล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และการช่วยเหลือ และคู่สมรสเป็นบุคคลแรกที่ทำให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) การรู้เห็นคุณค่าและให้ความสำคัญ การระดับระครองอารมณ์ การให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ให้มีกำลังใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถเผชิญปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (Anderson, Vestergaard & Ingemann-Nielsen, 1995) การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในเรื่อง

ค่าใช้จ่าย รวมทั้งใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัด อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสบายใจ ไม่กังวล ไม่เครียด ส่งผลให้ยังคงความหวังอยู่ในระดับสูง (ชนพัฒน์ ไชยป้อ, 2550) ปัจจัยด้านความเชื่อและความศรัทธาทางศาสนา ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวัง ซึ่งจากการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคลหรือสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ และส่วนใหญ่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นบุคคล เช่น บุตร/หลานและคู่สมรส การมีความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นเรื่องจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยเชื่อถือ การทำใจยอมรับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลต่อการปรับตัวที่ดี ทำให้ยังคงความหวังไว้ในระดับสูง (กนกเลขา แก้วสว่าง, 2540) เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ถือว่าเป็นกลุ่มที่ไม่มีผลกระทบที่รุนแรง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการอ่อนแรงซีกซ้าย ซึ่งมีพยาธิสภาพที่สมองซีกไม่เด่น ทำให้ไม่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมอาการได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในเรื่องของระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีทั้งระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน และมากกว่า 3 เดือน รวมทั้งระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 3-6 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย

โดยเฉพาะในระยะ 1 ปีแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มรูปแบบ และต่อเนื่อง จะส่งผลให้กระบวนการฟื้นคืนสภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถกลับมาเป็นปกติ แต่ผู้ป่วยจะสามารถมีชีวิตและดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด (นลินทิพย์ ตำนานทอง, 2539) รวมทั้งระยะเวลาอนรรักษ์ในโรงพยาบาลใช้เวลาไม่นานมากทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเบื่อหน่าย และมีความกระตือรือร้นที่จะฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงความหวังในระดับสูงไว้ สำหรับเรื่องระดับการพึ่งพา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการพึ่งพาในระดับปานกลางถึงพึ่งพาในระดับมาก ซึ่งไม่ถึงขั้นรุนแรง อธิบายได้ว่า การที่บุคคลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจกรรมเพียงเล็กน้อย จะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกมีพลังอำนาจ (ประภัสสร สมศรี, 2549) กลุ่มตัวอย่างจึงคงความหวังไว้ในระดับสูงได้

เมื่อพิจารณาโครงสร้างความหวัง ซึ่งมีทั้งขอบเขตและมิติความหวัง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ มีขอบเขตความหวัง ทั้งความหวังทั่วไปและความหวังเฉพาะ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 เดือนแรก ซึ่งเป็นการฟื้นฟูระยะแรก จะมีความหวังทั่วไปสูงกว่าความหวังเฉพาะ ซึ่งความหวังทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หวังว่าจะหายเป็นปกติ หวังว่าจะอยู่กับลูกหลานไปนานๆ หวังว่าจะกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ รวมทั้งหมด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 30.90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์ (2541) ที่พบ

ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก มีความหวังทั่วไปสูงกว่าความหวังเฉพาะ เนื่องจากลักษณะของความหวังทั่วไปมีขอบเขต แต่จะเป็นตัวป้องกันความสิ้นหวัง เมื่อบุคคลประสบความล้มเหลวในความหวังเฉพาะ ทั้งยังเป็นตัวช่วยให้เกิดแรงจูงใจในชีวิต เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งในระยะเวลา 3 เดือนแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองจะมีการฟื้นคืนมาของระบบประสาท ทั้งในเรื่องของกำลังกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึก ถ้าได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมจะยิ่งทำให้กระบวนการฟื้นคืนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) และการที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นไปในทิศทางที่ดี และน่าพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความหวังในระดับสูง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 3 เดือน ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง กลุ่มตัวอย่างจะมีความหวังเฉพาะสูงกว่าความหวังทั่วไป โดยกลุ่มตัวอย่างมีความหวังเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หวังว่าจะเดินได้ หวังว่าจะกลับไปทำงานได้ หวังว่าจะรับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ เป็นต้น รวมทั้งหมดจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 38.09 ซึ่งความหวังเฉพาะ เป็นความหวังที่เกี่ยวกับเป้าหมายที่ดี มีคุณค่า และมีลักษณะเป็นนามธรรมสูง เป็นความหวังในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งจะทำให้สถานการณ์ปัจจุบันดีขึ้น

เมื่อพิจารณามิติความหวัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความหวังในภาพรวม

อยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาถึงในบางมิติพบว่า มิติด้านสถานการณ์แวดล้อมซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และมิติด้านจิตใจซึ่งอยู่ในระดับปานกลางสามารถอธิบายในมิติด้านสถานการณ์แวดล้อมได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความพิการทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ มีความรู้สึกอ่อนล้า การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ส่วนในมิติด้านจิตใจอาจจะเนื่องจากว่า การที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา รู้สึกไร้ค่า เป็นภาระของผู้อื่น ทำให้รู้สึกเศร้า ไม่กระตือรือร้น เหงื่อซา ซึ่งที่กล่าวมาจะเป็นสิ่งที่คอยบั่นทอนระดับความหวังให้ลดต่ำลงได้

2. แบบแผนความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความหวังอยู่ในระดับสูงทั้งหมด และยังพบว่า ค่าคะแนนความหวังลดลง ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ถึงระยะติดตาม 1 เดือน และสูงขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตามตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 3 เดือนหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังอยู่ในกระบวนการของการฟื้นฟูสภาพ และได้ติดตามการรักษาและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และสามารถอธิบายอีกประการหนึ่งว่า ระยะของการติดตามอาจไม่ยาวนานพอที่จะทำให้มองเห็นแบบแผนความหวังได้ชัดเจน ซึ่งอาจมีผลทำให้

คะแนนความหวังในภาพรวมของแต่ละระยะการฟื้นฟูสภาพไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรศึกษาหารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริม และคงไว้ซึ่งความหวังที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของการฟื้นฟูสภาพ งานวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในระยะยาวเป็น 1 ปี ถึง 3 ปี เพื่อให้มองเห็นภาพแบบแผนความหวังให้ชัดเจนขึ้น และในการศึกษาครั้งต่อไป หากมีการนำเครื่องมือไปใช้ ควรปรับหัวข้อการประเมินให้สอดคล้องกับแนวคิด

บรรณานุกรม

1. กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณนิกร). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรุงเทพฯ: แอล. ที. เพรส.) (2547).
2. กนกเลขา แก้วสว่าง. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล (2540).
3. กาญจนศรี สิงห์ภู และคณะ. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2552; 24: 54-9.
4. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2550-2554).
5. จีราวรรณ ลีลาพัฒน์พานิชย์. ความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

- บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2541).
6. เตชาวุธ นิตยสุทธิ. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2530).
 7. ธนพัฒน์ ไชยป้อ. ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่(2550).
 8. นลินทิพย์ ตำนานทอง. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เอกสารประกอบการบรรยาย การประชุมวิชาการ Stroke management and rehabilitation คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2539).
 9. ประภัตร สมนศรี. ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น(2549).
 10. เรณูการ์ ทองคำรอด. ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2541).
 11. ละมัด เลิศล้ำ. ความหวังของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น(2542).
 12. ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. ความหวัง ภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2545).
 13. สมศักดิ์ เทียมเก่า. โรคอัมพาต. มุมมองของประชาชน วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 2: 49-51.
 14. ลำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2555 จาก www.boc.moph.go.th/report.php?cat=12.
 15. American Stroke Association. Stroke and prevention. Retrieved May, 20 2011 From <http://www.amda.com/tools/clinical/stroke.cfm>.
 6. Annie R, Denise St-Cyr T, Johanne D, et al. Adaptation and coping following a first stroke: a qualitative analysis of phenomenological orientation. International Journal of Rehabilitation Research 2006; 29: 247-9.
 17. Anderson G, Vestergaard K, Ingemann-Nielsen M. Risk factors for post-stroke depression. Acta Psychiatr Scand 1995; 92: 193-8.
 18. Dufault K, Martocchio CB. Hope: Its spheres and dimensions. Nursing Clinics of North America 1985, 20: 379-91.
 19. Herth KA. Fostering hope in terminal ill people. Journal of Advanced Nursing 1990; 15: 1250-9.
 20. Kim DS, Kim HS, Schwartz-Barcott D, et al. The nature of hope in hospitalized chronically ill patients. International Journal of Nursing Studies 2006; 43: 547-56.
 21. Lohne V, Severinson E. The power of hope: patients experiences of hope a year after acute spinal cord injury. Journal Clinical Nursing 2006; 15: 315-23.