

ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ตุลาคม 2554

ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ตุลาคม 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ตุลาคม 2554

พรทิพย์พา ธิมายอม. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก. ปรินญาณพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประทีป จินนี.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังจากที่ได้รับโปรแกรมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนกันยายน 2553 ถึงเดือนมิถุนายน 2554 จำนวน 60 คน ซึ่งมีคุณสมบัติอายุอยู่ระหว่าง 20 – 80 ปี มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย ไม่เคยรับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และไม่มี ความบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน โดยการสุ่มเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าประกอบด้วย โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองของพฤติกรรมดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANCOVA) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มผู้รับบริการที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 2) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

USING OF THE EFFECT OF SELF – EFFICACY PROGRAM ON
SELF – CARE BEHAVIOR OF HEMIPARESIS CLIENTS.



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Science degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

October 2011

Porn Tippa Thimayom. (2011). *The Effect of Self-efficacy Program on Self-care Behavior of Hemiparesis Clients*. Master thesis (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assit.Prof.Dr. Wiladluk Chuawanlee, Assit. Prof.Prateep Jinnge.

The objectives of this research were to study 1) the effect of self-efficacy program on self-efficacy, self-care behavior after stroke, 2) the interaction between the experimental conditions and family-support and 3) the correlation between self-efficacy and self-care behavior in hemiparesis clients.

The study group comprised 60 hemiparesis clients, who were receiving treatment at the In-patients Department (IPD) of Prasat Neurological Institute since September 2010 – June 2011. Thirty clients participated in self-efficacy program. The criteria for recruiting participants were 1) 20-80 years of age, 2) having hemiparesis symptoms, 3) never been treated in the rehabilitation program, and 4) not communication, hearing and vision impairment, and thirty clients were in the control group receiving regular program of the hospital.

The instruments were the self-efficacy program, the self-care behavior questionnaire, the family-support examination and personal-data. Hypothesis testing was analyzed by two-way ANCOVA and Pearson correlation.

Results revealed as follow: 1) Self-efficacy Program and self-care behavior of the study group was significantly higher than that of the control group ($p < .01$) ; 2) There was no interaction effect between the experiment conditions. 3) Self-efficacy is significantly correlated with self-care behavior in hemiparesis clients.

Keywords : Self-efficacy, Self-care, Hemiparesis



งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554
เป็นเงินจำนวน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)
จาก
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาศลักษณ์ ชวัลลี ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ประทีป จินี่ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษา และแนะนำในการจัดทำงาน วิจัยทุกขั้นตอน พร้อมทั้งตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำปริญญานิพนธ์ ทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์และรู้ถึงคุณค่าของงานวิจัยที่จะช่วยให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น และท่าน ได้เป็นแบบอย่างของอาจารย์ที่ทุ่มเทให้กับศิษย์และงานวิชาการอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ศุภลักษณ์ เข็มทอง และอาจารย์ ดร.จรัส อุ่นจิตวิวัฒน์ ที่กรุณาเป็นประธานและกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความกรุณาอบรมสั่งสอนผู้วิจัยจนมีความรู้ความสามารถในสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และนำมาใช้ในการจัดทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยรู้ว่าการศึกษามีได้สิ้นสุดลงเพียงการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการจากสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ประสานงานจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้กำลังใจกันตลอดเวลา

ขอกราบขอบพระคุณท่านบิดา-มารดา ที่เป็นพระผู้ให้กำลังใจ ในการดำเนินชีวิตตลอดมาจนสามารถต่อสู้อุปสรรคจนทำให้สำเร็จการศึกษาในครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชา รำลึกถึงพระคุณของบิดามารดาและครูบาอาจารย์ที่อบรมสั่งสอน และเป็นผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ผู้วิจัย จนทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ความสามารถครบถ้วนถึงทุกวันนี้

พรทิพย์พา ธิมายอม

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก.....	11
แนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม.....	15
ทฤษฎีทางปัญญาสังคม.....	15
การรับรู้ความสามารถของตน.....	16
การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	17
เทคนิคการเตือนตนเอง.....	18
การใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง.....	19
การสนับสนุนทางสังคม	
3 วิธีดำเนินการวิจัย	23
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	24
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	24
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	29
การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล.....	35

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	37
ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทางของคะแนนการรับรู้ ความสามารถของตน พิจารณาตามเงื่อนไขการศึกษา และการสนับสนุนทาง สังคมของครอบครัว โดยควบคุมความแปรปรวนร่วมของคะแนนการรับรู้ ความสามารถของตนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม.....	39
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	40
5 การสรุปและอภิปรายผล.....	41
การสรุปและอภิปรายผลตามสมมติฐานที่ 1.....	42
การสรุปและอภิปรายผลตามสมมติฐานที่ 2.....	43
การสรุปและอภิปรายผลตามสมมติฐานที่ 3.....	44
ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปปฏิบัติ.....	45
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	46
บรรณานุกรม.....	47
ภาคผนวก.....	51
ภาคผนวก ก.....	52
ภาคผนวก ข.....	59
ภาคผนวก ค.....	64
ภาคผนวก ง.....	80
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	93

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แบบแผนการศึกษาของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก.....	30
2	ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ในพฤติกรรมการดูแลตนเอง.....	31
3	จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมโปรแกรมและไม่ได้ร่วมโปรแกรมการรับรู้ ความสามารถของตน.....	37
4	การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทางของคะแนนการรับรู้ความสามารถ ของตน พิจารณาตามเงื่อนไขการศึกษา (Experimental conditions) (การเข้าร่วม/ ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม) และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว โดยควบคุม ความแปรปรวนร่วม(Covariate) ของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนก่อนเข้า ร่วมโปรแกรม	39
5	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	40
6	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลัง เข้าร่วมโปรแกรม.....	40
7	ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองในแต่ละวันของพฤติกรรมบริหาร ร่างกาย.....	53
8	ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองในแต่ละวันของพฤติกรรมการทำ กิจวัตรประจำวัน.....	55
9	กิจกรรม ตัวชี้วัด แนวคิด/เทคนิคที่ใช้ และวิธีดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม.....	60

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 กรอบแนวคิดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มต่างๆที่ศึกษาในการวิจัยนี้.....

9



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2550 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของประชากรไทย มีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้น และถือเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับที่ 2 ทั้งในเพศชายและหญิง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2548) จากรายงานโรค 10 อันดับแรกของผู้รับบริการสถาบันประสาทวิทยาพบว่า อัตราผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมอง จากปี พ.ศ. 2551-2553 มีจำนวน 922, 1,061 และ 1,063 ราย ตามลำดับ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ต้มเหล้า สูบบุหรี่ และภาวะเครียด (งานเวชสถิติ สถาบันประสาทวิทยา. 2553)

อาการอัมพาตที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง มีสาเหตุจากการตีบ อุดตัน หรือการแตกของเส้นเลือดในสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะบกพร่องทางกาย เช่น สูญเสียการทำหน้าที่ของแขนขาครึ่งซีก ทำให้ผู้รับบริการต้องตกอยู่ในสภาวะผู้พิการและเป็นผู้ต้องพึ่งพิงผู้อื่น มีความลำบากในการดูแลตนเอง และความบกพร่องส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุด และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (อรจักร โตษยานนท์. 2539: 544) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้รับบริการที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และผู้รับบริการที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองน้อย จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมาก (จุฑารัตน์ สติปัญญา; และพรชัย สติปัญญา. 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของโรบินสัน และคนอื่นๆ (Robinson; et al.1999) ซึ่งให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่บกพร่องระหว่างผู้รับบริการกับผู้ใกล้ชิดก่อนเกิดอาการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นทันทีและในระยะยาวจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายในที่สุด ซึ่งการให้แรงเสริมทางสังคมรวมถึงการให้การดูแลใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มต้นจะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการบรรเทาภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการอัมพาต และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้รับบริการอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองช่วยให้มีเครือข่ายของระบบประสาท (Neuroplasticity) มากขึ้น การพยายามใช้กล้ามเนื้อข้างที่อัมพาตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเครือข่ายของระบบประสาท ช่วยเพิ่มระดับความสามารถและการทำงานของแขนขาข้างนั้นได้ (วิษณุ กัมทรทิพย์. 2547)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้รับบริการมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย เช่น การฝึกหัดให้ช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด กระตุ้นให้ผู้รับบริการและครอบครัวยอมรับให้เกิดปรับตัว ส่งเสริมให้ผู้รับบริการกลับเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและสังคม รวมทั้งงานอาชีพ และส่งเสริมยกระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม (Holistic Approach) จากสถิติผู้รับบริการที่รักษาไว้ในสถาบันประสาทวิทยา และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในปี พ.ศ. 2550 - 2552 จำนวน 278, 456 และ 331 ราย พบผู้รับบริการที่สามารถช่วยเหลือตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันและสามารถเดินได้ คิดเป็นร้อยละ 86.50, 73.56 และ 85.11 ตามลำดับ ซึ่งผู้บำบัดจะต้องเข้าใจบุคคลนั้นๆ ทั้งด้านกายใจและสังคมที่แวดล้อม นอกจากนี้ผู้รับบริการและสังคมแวดล้อมตัวเขาต้องเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. 2547:60) ซึ่งประกอบด้วย การเคลื่อนไหวของข้อเพื่อป้องกันไม่ให้ข้อติดยึด เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง และฝึกกิจวัตรประจำวันและกิจวัตรอื่นที่จำเป็น โดยฝึกแขนขาข้างดีให้ทำงานทดแทนข้างที่เป็นอัมพาต และฝึกข้างอัมพาตให้พอช่วยเหลือข้างดีในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ (เสก อักษรานุเคราะห์. 2551: 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพจะสำเร็จหรือได้ผลดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับทีมงานจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ ฯลฯ และสิ่งที่สำคัญคือ ความร่วมมือของผู้รับบริการ ครอบครัวหรือผู้ดูแล (แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมอง. 2550) หากผู้รับบริการไม่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมด้วยจะพบว่าการถดถอยของสภาพร่างกายและจิตใจซึ่งการป้องกันภาวะข้อยึดติดที่ดีที่สุดคือการกระตุ้นให้ผู้รับบริการให้เกิดการเคลื่อนไหวให้เร็วที่สุด เช่น การลุกขึ้นนั่ง การเดิน หรือการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิต (นวพร ชัชวาลพาณิชย์.2547: 80)

จากเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ามีการใช้แนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกันไปตามความสนใจและเหมาะสมกับงานวิจัยนั้นดังเช่นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมองวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (บังอร ตั้งวิโรจน์ธรรม. 2545) การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมองเป็นกรณีศึกษาผู้รับบริการในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี (ปรียา ตะรุวรรณ; อัญชลี ศศิวรรณพงศ์; และโสภิตา จันท์สด.2546) การศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการโรคความดันโลหิตสูง(วิไลภรณ์ อันนิม. 2545) และผลการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้รับบริการเบาหวานชนิดที่ 2 (เนติ สุขสมบูรณ์; ปราณี ลัดนาจันทโชติ; นลินี พูลทรัพย์; และสิทธิพร ห่อหริดานนท์. 2548) พบว่าหลังจากที่ผู้รับบริการได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับแบนดูรา (Bandura. 1986) กล่าวว่าคนที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสถานการณ์ที่บางครั้งอาจมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน มีความแปลกใหม่ ที่ไม่สามารถทำนายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสภาพการณ์เหล่านี้

มักจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ การรับรู้ความสามารถของตนมีได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่บุคคลมีอยู่ในขณะนั้นเท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลว่าเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยทักษะที่เขา มีอยู่ ดังเช่นผู้รับบริการอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีภาวะการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก ทำให้มีความลำบากในการรับประทานอาหาร อาบน้ำ และดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เป็นต้น และการฝึกฝนการช่วยเหลือตนเองสามารถทำได้ตั้งแต่แรก โดยการใช้แขนข้างที่ดีมาช่วยดูแลตนเองที่เรียกว่า One-Hand Activities (วิษณุ กัมมรทิพย์. 2547: 115) หากผู้รับบริการได้รับการฝึกทักษะและรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ ผู้รับบริการจะสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้เอง โดยไม่เป็นการของผู้อื่นดูแล ซึ่งในการดูแลผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก ครอบครัวที่ให้การสนับสนุนอย่างดีเป็นกุญแจที่นำไปสู่ความสำเร็จทั้งด้านความสามารถ การช่วยเหลือตนเองของผู้รับบริการ การปรับตัวทางด้านสังคมและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการเป็นอย่างดี (ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. 2547: 282)

สำหรับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ทำได้หลายวิธีด้วยกัน ซึ่งวิธีที่แบนดูรา เชื่อว่า การฝึกให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เขาจึงมีความเชื่อว่าเขาจะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยความมั่นใจยิ่งขึ้น นอกจากนี้การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เพื่อให้บุคคลประสบความสำเร็จอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนเกิดความสำเร็จในที่สุดก็เป็นวิธีการช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังนั้นการพัฒนาให้ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกให้มีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จึงควรจะต้องฝึกให้ผู้รับบริการได้ประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จในพฤติกรรมดูแลตนเองบ่อยครั้งขึ้นและใช้คำพูดชักจูงกระตุ้นให้เขามีความมั่นใจเพิ่มขึ้น

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนมาใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกโดยให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยวิธีการฝึกฝนให้ผู้รับบริการใช้อวัยวะข้างที่มีแรงช่วยอวัยวะข้างที่เป็นอัมพาตในพฤติกรรมดูแลตนเองเรื่องการบริหารร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยกระบวนการเตือนตนเอง (Self – Monitoring) ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงในการดูแลตนเอง และมีการแบ่งกลุ่มจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมากและน้อยกว่าส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการพยายามที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายจนกระทั่งปฏิบัติกิจกรรมและใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองใกล้เคียงปกติที่สุด โดยลดภาระการดูแลจากญาติและผู้ดูแล

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

2. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังจากที่ได้รับโปรแกรมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อให้ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. เพื่อลดภาระในการดูแลของญาติและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้รับบริการและครอบครัว

3. เพื่อเป็นแนวทางวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้รับบริการในที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองและมาได้รับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ในช่วงปี พ.ศ. 2553 – 2554

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้รับบริการในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และมีลักษณะดังนี้

1. อายุอยู่ระหว่าง 20 – 80 ปี
2. มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย
3. ไม่เคยรับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย
4. ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน

การศึกษาคั้งนี้เป็นการทดลอง และวิธีการที่ได้มาของกลุ่มตัวอย่างมิใช่การสุ่มครั้งเดียว แต่มีลักษณะการได้มาตามวันที่ผู้รับบริการมารับการรักษาจากนั้นจึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับสลาก จำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่

1.1 การได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

2.1.1 การบริหารร่างกาย

2.1.2 การทำกิจวัตรประจำวัน

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3. ตัวแปรจัดกลุ่ม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก หมายถึง ผู้รับบริการที่มีอาการอ่อนแรงของแขน ขา ครึ่งซีกของร่างกาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง มีพยาธิสภาพที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการตีบ อุดตัน หรือแตก

การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การตรวจประเมิน บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ด้วยวิธีการใช้ยา การทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ การออกกำลังกายจำเพาะ การฝึกกิจวัตรประจำวัน การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือทดแทน หรือวิธีการอื่นๆ โดยใช้บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากหลายๆ สาขา เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ เป็นต้น ร่วมกันให้การรักษาและฟื้นฟู เพื่อส่งเสริมศักยภาพที่เหลืออยู่ของผู้รับบริการนั้นๆ ให้สามารถดำรงชีวิตในสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมได้

นิยามปฏิบัติการ

โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จบ่อยครั้งในการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและทำกิจวัตรประจำวัน ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยใช้กระบวนการเตือนตนเอง (Self – Monitoring) มีขั้นตอนคือ การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเอง ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้รับบริการมีความมั่นใจที่จะบริหารร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการด้วยตนเอง โดยผู้รับบริการใช้แขนข้างที่มีแรงช่วยแขนข้างอัมพาต ผู้วิจัยสร้างแบบวัดขึ้นโดยปรับมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมด้วยตนเองหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Self-Efficacy Questionnaire) (ศุภลักษณ์ เข้มทอง; พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง และพรทิพย์พา ธิมายอม. 2552; อ้างอิงจาก Jones F; Partridge; & Reid F. 2008: 244-52) แบบวัดมีลักษณะมาตรวัด 10 ระดับ ซึ่งระบุความมั่นใจในการทำกิจกรรมในขณะนั้นจาก 0 = ไม่มั่นใจเลย จนถึง 10 = มั่นใจมากที่สุด ซึ่งมีคะแนนเต็ม 10

คะแนนในแต่ละข้อ แบ่งออกเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกาย จำนวน 7 ข้อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการทํากิจวัตรประจำวัน จำนวน 18 ข้อ แบบวัดดังกล่าวผู้วิจัยจะกำหนดให้ผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องการเก็บข้อมูลเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้รับบริการ ถ้าได้คะแนนสูงแสดงว่าผู้รับบริการมีการรับรู้ความสามารถของตนในพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก หมายถึง การที่ผู้รับบริการกระทำการบริหารร่างกายและการทํากิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานที่ผู้รับบริการกระทำในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีนิยามดังนี้

การบริหารร่างกาย หมายถึง การที่ผู้รับบริการพยายามขยับแขนขาข้างอัมพาตด้วยตนเองโดยใช้แขนขาข้างที่มีแรงช่วย ประกอบด้วย ยกแขนขึ้นลง กางแขนหุบแขน เคลื่อนไหวข้อศอกงอเหยียด กระดกข้อมือ งอเหยียดสะโพก กางขาหุบขาเข้า และยกก้นขึ้นลง ผู้วิจัยวัดตัวแปรดังกล่าวจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามหลักการบริหารร่างกายของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก (ดารณี สุวพันธ์ และยิ่งสุมาลย์ อาจองค์. 2551:6-35) แบบวัดมีลักษณะมาตรวัด 3 ระดับ ลักษณะการวัดแบ่งเป็น 0 = ทำเองไม่ได้ 1 = ต้องมีผู้ช่วย 2 = ทำได้เองโดยไม่ต้องช่วย มีคะแนนเต็ม 3 คะแนนในแต่ละข้อ จำนวน 7 ข้อ ถ้าผู้รับบริการได้คะแนนสูงแสดงว่าผู้รับบริการมีความพยายามในการบริหารร่างกายมาก ส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองที่ดี แบบสอบถามนี้ผู้รับบริการเป็นผู้ตอบ

การทํากิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่ผู้รับบริการกระทำในแต่ละวัน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ ล้างหน้า ล้างมือ หวีผม แปรงฟัน ถอดเสื้อ ถอดกางเกง ใส่เสื้อ ใส่กางเกง พลิกตัวบนเตียง ลุกขึ้นนั่ง ทรงตัวในท่านั่ง ลุกขึ้นยืน ทรงตัวในท่านยืน เคลื่อนย้ายตัวเดินบนทางราบ และขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ขั้น ซึ่งผู้วิจัยวัดตัวแปรดังกล่าวจากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการ/ผู้พิการของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC Functional Assessment) (แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมอง. 2550) แบบวัดมีลักษณะมาตรวัด 5 ระดับ มีคะแนนเต็ม 5 คะแนนในแต่ละข้อ จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบสอบถามนี้ผู้รับบริการเป็นผู้ตอบ ถ้าผู้รับบริการได้คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ลักษณะการให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน หมายถึง Complete Independent คือ ผู้รับบริการทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ทุกขั้นตอนภายในเวลาพอสมควร ไม่ต้องดัดแปลงวิธีการไม่ต้องใช้เครื่องช่วย และมีความปลอดภัยในการกระทำ

4 คะแนน หมายถึง Independent with Assist คือ มีการช่วยเหลือโดยอุปกรณ์ช่วย หรือมีผู้คอยระวัง ชี้แนะ กล่าวคือ สามารถทำกิจกรรมนั้นได้เองแต่อาจใช้เวลามากกว่าปกติ หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายอยู่บ้าง อาจต้องดัดแปลงวิธีการ อาจต้องใช้เครื่องช่วย หรืออาจต้องมีผู้คอยระวัง ชี้แนะ ชยันตะยอ แต่ผู้ช่วยเหลือไม่ได้ออกแรงช่วยทำกิจกรรมนั้น

3 คะแนน หมายถึง Independent with Minimal Assist คือ ผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองได้มากกว่า 50% ออกแรงทำเอง และต้องการผู้ช่วยเหลือ 1 คน

2 คะแนน หมายถึง Independent with Moderate Assist คือ ผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50% และต้องการผู้ช่วยเหลือ 2 คน

1 คะแนน หมายถึง Dependent คือ ผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

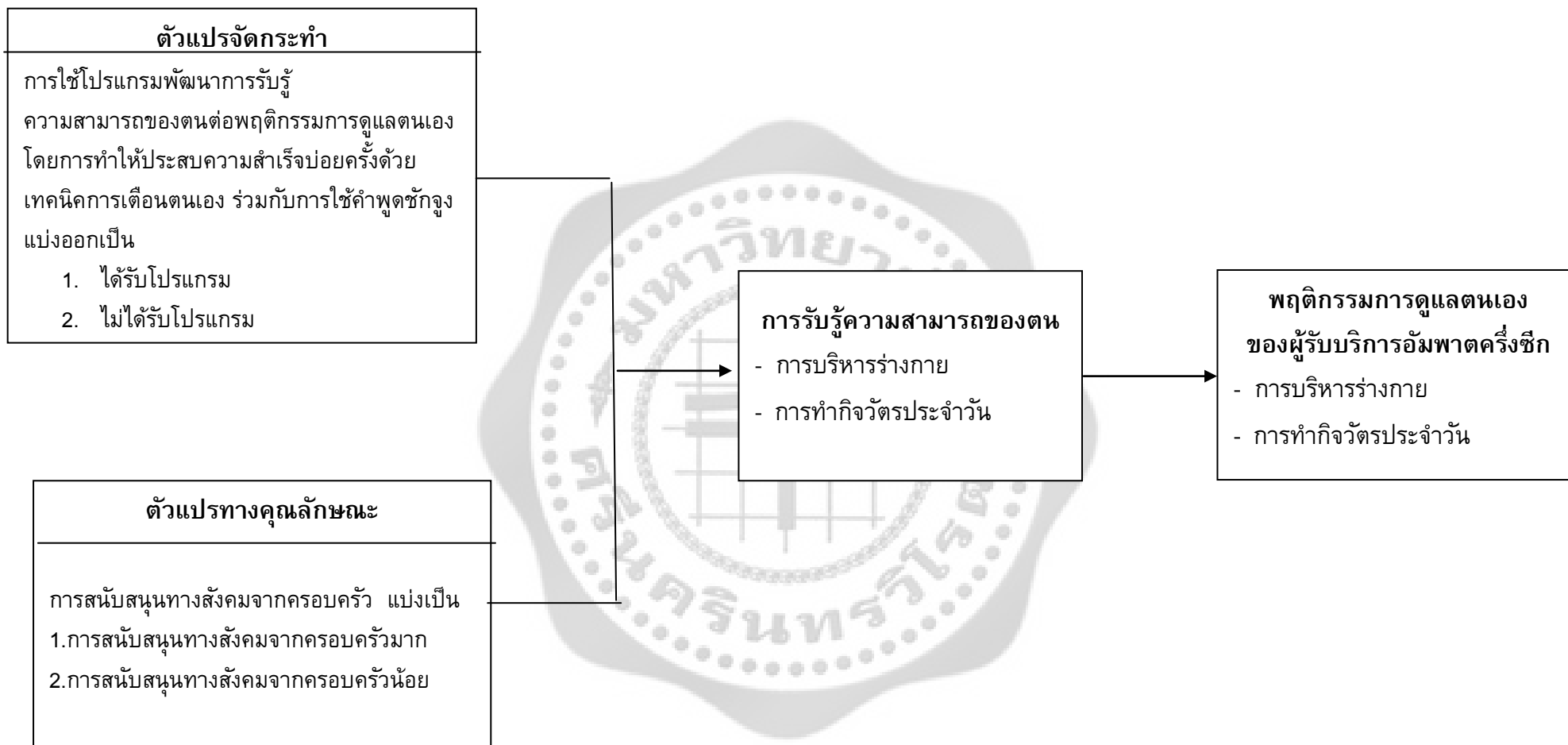
การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับทางสายเลือด เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก หลาน เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุนด้านข่าวสาร เช่น การให้ความรู้ หรือคำแนะนำในเรื่องการรักษา และการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ เช่น เงินทอง สิ่งของ การจ้างเด็กศูนย์มาดูแล และช่วยเหลือทางกายที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรืออาการโรคที่ผู้รับบริการเป็นอยู่ ผู้วิจัยวัดตัวแปรดังกล่าวจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว (Pender. 1996 : 257) มีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ด้านละ 5 ข้อ จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ถ้าเป็นข้อคำถามทางบวก มีคะแนนต่ำสุดและสูงสุดคือ ไม่มีเลย = 1 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบ จะให้คะแนนในทางตรงกันข้าม ผู้รับบริการที่ได้คะแนนรวมสูง แสดงว่ามีการสนับสนุนของครอบครัวสูง ส่วนผู้รับบริการที่ได้คะแนนรวมต่ำ แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่ำ

กรอบความคิดในการวิจัย

การพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavior Approach) เป็นพื้นฐานในการพัฒนาตามความเชื่อพื้นฐานของดอบสัน (ประทีป จินฺ 2540: 128; อ้างอิงจาก Dobson.1988) ว่า 1) กระบวนการทางปัญญามีผลต่อพฤติกรรม 2) กระบวนการทางปัญญาสามารถปรับเปลี่ยนได้ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้โดยการเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ทำการเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาเพื่อส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura.1986) ที่มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เกิดจากสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีผลมาจากกระบวนการทางปัญญาด้วย กล่าวคือ ถ้ากระบวนการทางปัญญาเปลี่ยน พฤติกรรมของบุคคลก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งแบนดูราได้เสนอว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นวิธีการวิธีหนึ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางปัญญาได้ ด้วยการทำให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่สำเร็จบ่อยครั้งร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง โดยวิธีการที่ทำให้ผู้รับบริการรับรู้ความสามารถของตน

นั้นผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการเตือนตนเอง (Self – Monitoring) รวมทั้งศึกษาว่าโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนจะใช้ได้ดีกับคนที่มีคุณลักษณะอย่างไร ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมาร่วมศึกษาครั้งนี้ ดังมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้





ภาพประกอบ 1 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง
2. กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้รับบริการที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตาม หัวข้อดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก
2. แนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม
 - 2.1 ทฤษฎีทางปัญญาสังคม
 - 2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง
 - 2.3 การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง
 - 2.4 การเตือนตนเอง
3. การใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
4. การสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 385-390) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติ กิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและ ความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองของบุคคลต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจน ความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล ตนเองมากขึ้น

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 18) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเอง หมายถึง การที่มวลชน (บุคคล ครอบครัว และชุมชน) ดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพเชิงบวกของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่กระทำด้วยความตั้งใจ และมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง ที่ครอบคลุม ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลตนเองเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ

โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มีวุฒิ ภาวะและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมนั้นบุคคลปฏิบัติกิจกรรม ในการดูแลตนเองได้ตามความสามารถ โดยพิจารณาอย่างรอบคอบในการการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อ หน้าที่และพัฒนาการของคน ซึ่งเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย แบบแผน และขั้นตอนการปฏิบัตินี้จะ ดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

จะเห็นได้ว่าการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง คือ เป็นความรับผิดชอบของ บุคคลที่จะริเริ่มดูแลสุขภาพตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองในการรักษาและป้องกันโรค เป็นการ

กระทำที่จิตใจและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยใช้ความสามารถหรือศักยภาพที่มีอยู่ แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมาย เฉพาะต่อการดูแลตนเองนั้น จะเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง ผู้ปฏิบัติกระทำ ได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป ซึ่งการที่จะทำได้นั้นบางทีเพียงแต่ กำลังใจ และความมุ่งมั่นของบุคคลที่เจ็บป่วยอาจไม่เพียงพอ ต้องอาศัยผู้มีความรู้ความสามารถ เฉพาะทางที่จะให้คำแนะนำ และส่งเสริม ซึ่งอาจต้องใช้เทคนิคหลายๆ อย่าง เพื่อให้ผู้รับบริการ สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ดังเดิม

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก หมายถึง การบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยใช้อวัยวะข้างที่มีแรงช่วย อวัยวะข้างที่เป็นอัมพาต และการรับรู้ความสามารถของตนเป็นวิธีการที่จะสามารถช่วยให้ผู้รับบริการ กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้

การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือที่นิยมเรียกกันว่า โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ในทาง การแพทย์มักจะเรียกว่า “Stroke หรือ Cerebrovascular Disease (CVA)” เกิดจากภาวะที่สมอง ขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งอาจเนื่องมาจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันหรือแตก จึงมีผลทำให้สมอง ส่วนนั้นๆ ทำหน้าที่ตามปกติไม่ได้และเกิดอาการอัมพาตของร่างกายตามมา เช่น แขนขาอ่อน แรงครึ่งซีก ซากครึ่งซีก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก เดินเซ เวียนศีรษะ บ้านหมุน ปวดศีรษะ ตามัวหรือเห็น ภาพซ้อน เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544: 757) อาการเหล่านี้จะเกิดกับส่วนของร่างกายครึ่งซีก แบบทันทีทันใด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) คือ โรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้สมองขาดเลือดจากการตีบ หรืออุดตันของ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยง พบได้ร้อยละ 85 ของผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (พัชรวิมล คุปต์ นิธิติศกุล. 2543) 2) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) หมายถึง การมีเลือดออกใน สมองหรือโพรงกะโหลกศีรษะ เนื่องจากการแตกของหลอดเลือดสมอง หรือมีความผิดปกติของ หลอดเลือดสมอง ลักษณะอาการเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย ได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัย โรคที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน อัตราเสี่ยงโรคของผู้รับบริการที่มี ภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติ 3-17 เท่า ทั้งนี้ขึ้นกับอายุและความรุนแรงของภาวะความดันสูงในแต่ละ ราย 2) โรคเบาหวาน สามารถทำให้เกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดได้ทั่วร่างกาย จะ พบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น 2.5-4 เท่า ในผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งมี อายุเท่ากัน 3) การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญ เพราะการสูบบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของ เกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับ cholesterol ลดระดับของ Highdensity Lipoprotein และเพิ่มการหลั่งของ Catecholamine ยิ่งกว่านั้น Carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดในผู้สูบบุหรี่ ยังมีผลเสียต่อการทำลาย Endothelial Cell ทำให้หลอดเลือดตีบง่ายขึ้น 4) โรคหัวใจ เป็นปัจจัย เสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดเป็นลิ่มเลือด ไขมัน หรือสิ่งแปลกปลอมอื่นๆจากบริเวณอื่น ลอยมาตามกระแสเลือดเข้ามาอุดตันหลอดเลือดสมอง (Cerebral Embolism) 5) ภาวะไขมันสูงใน

เลือด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ ความเครียด โรคอ้วน การดื่มสุราปริมาณมากๆ ขาดการออกกำลังกาย ฯลฯ

พฤติกรรมของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

อาการของผู้รับบริการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพของสมองส่วนนั้นๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการในหลายๆ ด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย 1) ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกแขนขาหนักยกไม่ขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หลังจากพ้นระยะนี้จะเกิดอาการเกร็ง มีการงอข้อข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ถ้าเกิดอาการเกร็งเป็นอยู่นานทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดข้อต่างๆ สูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้การงอข้อลำบากเกิดข้อติด และอาจพบอาการเคลื่อนไหวร่างกายแบบขาดความมั่นคง (จอม สุวรรณโณ. 2540) 2) ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย พบในผู้รับบริการที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกเด่น แบ่งเป็นสองลักษณะ คือ 2.1) ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้แม้มองเห็น เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน 2.2) ไม่สามารถสื่อความหมายได้ ผู้รับบริการสามารถเข้าใจภาษาพูด เขียนสัญลักษณ์ต่างๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไร แต่พูดไม่ได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษาหรือเขียนไม่เป็นประโยค 3) ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีผลทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถเคี้ยว ฝักปากได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ 4) ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก เช่น ความเจ็บปวด แร้งกด อุณหภูมิ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกัน ผู้รับบริการอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้หรือบอกไม่ถูก บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ ละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่เป็นอัมพาต 5) ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำ 6) ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ บางรายมีปัสสาวะค้างหรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ ส่วนความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง

ด้านจิตใจ ผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วยเกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และการแสดงบทบาทในชีวิต การแสดงพฤติกรรมทางจิตส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ 1) การเสียหน้าที่ของอวัยวะของร่างกายที่เป็นผลจากโรค และการสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจนซึ่งเป็นเรื่องของความรู้สึก เสียความภูมิใจในตนเอง เสียความรู้สึกมั่นคง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางร่างกายและจิตใจ สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคือ ความเสียใจ ถ้าไม่

สามารถปรับได้จะแสดงอารมณ์เศร้าออกมา 2) ความเครียด เนื่องจากผู้รับบริการมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเครียดได้ 3) ความวิตกกังวล เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนานที่กระทำออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งคุกคาม อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัว เกิดจากประสบการณ์การรับรู้แขนงอ่อนแรงมากขึ้นและความรู้สึกไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย คือ ใจสั่น แ่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ 4) ความก้าวร้าว เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้าย หรือใช้คำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร ทุบทำลายสิ่งของ ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกอาจมีอาการหงุดหงิด หดหู่ โกรธง่าย และก้าวร้าว ความก้าวร้าวอาจแสดงออกมาในรูปของปมเด่น ด้วยการวางอำนาจ หยิ่ง ดูถูกคนอื่น หรืออาจแสดงออกมาในรูปของพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา 5) ภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะหลังการฟื้นฟูสภาพของโรบินสัน (วิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร และคนอื่นๆ. 2550; อ้างอิงจาก Robinson.1998) พบว่าผู้รับบริการมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลางเฉลี่ยร้อยละ 34 ใกล้เคียงกับการศึกษาของโคโรดและคนอื่นๆ (วิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร และคนอื่นๆ.2550 อ้างอิงจาก Corod-Artal, Egido, Ganzalez; & Seijas (2000) พบว่า ผู้รับบริการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี จำนวน 90 ราย อายุเฉลี่ย 68 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38 โดยตัวแปรที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า คือ การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีกิจกรรมทางสังคมลดลง ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการกลับสู่สภาพเดิมของการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยพบว่าผู้รับบริการที่มีอาการซึมเศร้ามีภาวะด้อยสมรรถภาพมากกว่าและมีการฟื้นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า

ด้านสังคม ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยหรือไม่ได้เลย ประกอบกับผู้รับบริการมีปัญหาด้านจิตใจทำให้ผู้รับบริการขาดการติดต่อกับสังคมจึงเกิดปัญหาตามมา ดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้รับบริการกับญาติ ซึ่งส่วนมากจะเป็นไปในรูปของการห่างเหิน สาเหตุเกิดจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้รับบริการ เมื่อญาติพูดคุยหรือให้การดูแลผู้รับบริการจะรู้สึกที่ไม่ถูกใจตนเอง ทำให้ผู้รับบริการไม่ต้องการที่จะพูดคุยหรือได้รับการดูแลจากญาติ 2) การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้รับบริการกับสังคม ซึ่งแสดงออกมาในรูปการห่างเหินเช่นเดียวกัน อาจมีสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้รับบริการรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม 3) การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว จากการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการจะส่งผลกระทบต่อการเล่นบทบาทของผู้รับบริการในครอบครัว เช่น จากที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นหลังจากป่วย ผู้รับบริการกลายเป็นบุคคลที่ครอบครัวจะต้องหาเลี้ยงและในบางครั้งครอบครัวยังต้องช่วยตัดสินใจปัญหาให้ผู้รับบริการอีกด้วย ยิ่งทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวได้

เหมือนเดิม 4) การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม หากเดิมผู้รับบริการเป็นหัวหน้าวางแผนควบคุมตลอดจนสั่งงานลูกน้อง แต่หลังจากป่วยนอกจากจะไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้แล้ว อาจต้องย้ายไปอยู่ในตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญอะไรเลย หรืออาจต้องออกจากงาน ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น

ด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ว่าเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ผู้รับบริการและครอบครัวต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพื่อควบคุมสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา และต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ย่อมส่งผลให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนั้นบางครอบครัวยังจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อการรักษาหรือจัดสภาพบ้านและปรับสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสถานะของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย

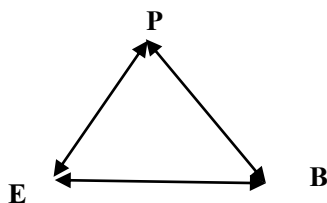
วิธีการพัฒนาพฤติกรรมของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยมมาอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavior Approach)

หลักการพื้นฐานของแนวคิดนี้ อธิบายว่า 1) กระบวนการทางปัญญามีผลต่อพฤติกรรม 2) กระบวนการทางปัญญาสามารถปรับเปลี่ยนได้ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้โดยการเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา (ประทีป จินวี. 2540: 128; อ้างอิงจาก Dobson.1988) ซึ่งวิธีการปรับพฤติกรรมตามแนวคิดนี้จะลักษณะเด่น 4 ประการ คือ 1) เป็นวิธีการช่วยปรับพฤติกรรมที่มีปัญหาจะต้องช่วยเหลือตนเอง (Self – Help Technique) ให้มากที่สุด 2) เป็นการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญในปัจจุบันนี้และยังจะสามารถใช้วิธีการนี้แก้ปัญหาในอนาคตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้ 3) ให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก 4) เป็นวิธีที่ต้องอภิปรายและวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือกับผู้รับบริการเป็นระยะๆ (ประทีป จินวี. 2540: 133; อ้างอิงจาก Kirk. 1990)

ทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

แบนดูราเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียวหากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ชีวภาพและสิ่งภายในอื่น ๆ) ร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2550: 48) ดังภาพต่อไปนี้



P (Personnal Factor) = ปัญญา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ ที่มีผลต่อการเรียนรู้ และกระทำ เช่น ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ

B (Behavior) = พฤติกรรม

E (Environmental Factor) = สภาพแวดล้อม เช่น ครอบครัว เพื่อน ฯลฯ

ดังนั้นการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลก็สามารถเปลี่ยนได้ด้วยการเปลี่ยนแปลง กระบวนการทางปัญญาซึ่งแบนดูราได้เสนอวิธีการที่จะเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาไว้ 3 ประการ คือ 1) การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) 2) การกำกับตนเอง (Self-Regulation) 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการเปลี่ยนแปลงที่การรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy) เพื่อให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสถานการณ์ที่บางครั้งอาจมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน มีความแปลกใหม่ ที่ไม่สามารถทำหายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสภาพการณ์เหล่านี้มักจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ การรับรู้ความสามารถของตนนั้นมิได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่บุคคลมีอยู่ในขณะนั้นเท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลว่าเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยทักษะที่เขามีอยู่ (ประทีป จินฉี. 2540: 110; อ้างอิงจาก Bandura. 1986) แบนดูราเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล ถ้าบุคคลสองคนมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ซึ่งพบว่าคนสองคนนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนแตกต่างกัน ในคนๆ เดียวก็เช่นกันถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนในสภาวะการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือ ถ้าเรามีการรับรู้ว่าเรามีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (ประทีป จินฉี. 2540: 110; อ้างอิงจาก Evans.1989) การที่บุคคลใดมีการรับรู้

ความสามารถของตนต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งสูง บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูงด้วยเช่นกัน ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำหรืออาจไม่ทำพฤติกรรมนั้นเลยก็ได้

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่า เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับและประสบความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองได้เพราะ บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขา มีความสามารถในการกระทำเช่นนี้จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกมานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่ได้รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ การที่บุคคลทำงานแล้วประสบความสำเร็จซ้ำๆ กัน หลายๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าบางครั้งงานนั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่ก็จะมีผลมากนัก เพราะบุคคลจะมองว่าการที่เขาประสบความสำเร็จ ความล้มเหลวนั้นอาจมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น เขายังใช้ความพยายามไม่เพียงพอหรือใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสมมากกว่าที่เขาจะระบุว่าเขาไม่มีความสามารถ และบุคคลจะบอกกับตนเองว่า ความล้มเหลวนั้นจะเป็นบทเรียนให้ตนใช้ความพยายามในการทำงานให้มากขึ้น ส่วนบุคคลที่ทำงานแล้วประสบความล้มเหลวเสมอๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (ประทีป จินฉี. 2540: 115; อ้างอิงจาก Campbell; & Hackett. 1986) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเคยเกิดขึ้นมาก่อนแล้ว และไม่ได้สะท้อนให้บุคคลเห็นว่าเกิดจากการขาดความพยายามหรือเกิดจากสภาพแวดล้อมที่เลวร้าย และการรับรู้ความสามารถของตนนี้มีแนวโน้มที่จะแผ่ขยายไปยังสภาพการณ์ เวลา งาน หรือบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

2. การใช้ตัวแบบ(Modeling) การได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้ผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าตนก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเรามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของคนที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้สังเกตที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้ (ประทีป จินฉี. 2540: 116; อ้างอิงจาก Kazdin. 1974)

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่งแบนดูราได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงไม่ค่อยได้ผลนัก ในการที่จะทำใหบุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ประทีป จินฉี. 2540: 116; อ้างอิงจาก Evans. 1989) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมี

ประสบการณ์ความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน เพราะการพูดชักจูงจะมีส่วนช่วยทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการทำพฤติกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น อันจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ แต่ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมด้วย นั่นคือ บุคคลที่จะมีอิทธิพลในการพูดชักจูงให้บุคคลคล้อยตามจะต้องเป็นบุคคลที่ผู้ถูกชักจูงให้ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และมีความสำคัญต่อตัวเขา เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน หรือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตัวเขา เป็นต้น นอกจากนี้การที่จะพูดชักจูง พูดในสิ่งที่เกินความสามารถของบุคคลจะทำให้การกระทำนั้นล้มเหลวได้

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของบุคคลนั้น บางส่วนจะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงหรือกระตุ้นมากๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลคาดหวังความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่จะกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากยิ่งขึ้น บุคคลจะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ดังนั้น การลดการกระตุ้นทางอารมณ์ลงจะช่วยให้อารมณ์สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากวิธีต่างๆ หลายประการ ดังที่กล่าวมาแล้ว และ แบนดูราได้กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนนั้นอาจเกิดจากวิธีใดวิธีหนึ่ง หรืออาจเกิดจากวิธีต่างๆ หลายวิธีมาผสมผสานกันก็ได้ (ประทีป จินลี. 2540: 117; อ้างอิงจาก Bandura. 1986)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนมาใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก โดยให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่สำเร็จบ่อยครั้งด้วยวิธีการฝึกทักษะให้ผู้รับบริการใช้อวัยวะข้างที่มีแรงช่วยอวัยวะข้างที่เป็นอัมพาตในพฤติกรรมดูแลตนเองเรื่องการบริหารร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยกระบวนการเตือนตนเอง (Self – Monitoring) ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงในการดูแลตนเอง

เทคนิคการเตือนตนเอง (Self – Monitoring)

การเตือนตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกต และบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง เป็นการตรวจสอบพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้ทราบว่าในเวลาขณะนั้นตนเองกำลังทำอะไรอยู่ แต่ถ้าเมื่อใดที่บุคคลเริ่มสังเกตพฤติกรรมของตนเองในสภาพการณ์ต่างๆ รอบตัวๆ ตัวอย่างเป็นระบบ เมื่อนั้นบุคคลจะเริ่มรู้ตัวและแยกแยะได้ว่า ตนเองกำลังทำอะไรอยู่ในสภาพการณ์ใด การควบคุมตนเองจะเกิดขึ้นและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ขั้นตอนในการเตือนตนเองจะประกอบด้วยกระบวนการสังเกตตนเอง (Self – Observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self – Recording) การสังเกตพฤติกรรมตนเองจะช่วยให้บุคคลทราบทิศทางของพฤติกรรมและ

เป็นข้อมูลสำหรับการประเมินตนเองว่า พฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นตรงตามเกณฑ์ที่จะได้รับการเสริมแรงหรือไม่ การเตือนตนเองจะทำหน้าที่สองประการคือ 1) หน้าที่ให้ข้อมูลแก่ตนเอง เพื่อให้ทราบและเกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมเป้าหมายของตนที่ตั้งไว้ว่าสามารถกระทำได้หรือไม่ ในปริมาณความถี่ของพฤติกรรม หรือความยาวนานในการแสดงพฤติกรรมนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินพฤติกรรมตนเอง 2) หน้าที่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ การมีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยน เนื่องจากในการสังเกตพฤติกรรมของตนอย่างเป็นระบบ และระมัดระวัง บุคคลจะได้ข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมของตนแล้วจะนำไปเปรียบเทียบกับเป้าหมาย หรือเกณฑ์มาตรฐานพฤติกรรมของตนที่เชื่อว่าเหมาะสม ถ้าบุคคลพบว่าพฤติกรรมของตนนั้นต่างไปจากเป้าหมายหรือมาตรฐานของตน บุคคลจะแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายหรือเกณฑ์มาตรฐานของตน การเตือนตนเองจึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดการประเมินตนเองและนำไปสู่การเสริมแรงตนเอง (ประทีป จินฉ่ำ, 2540: 211-212) ซึ่งพฤติกรรมเป้าหมายของผู้รับบริการอัมพาตจะเป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้บำบัด การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมจะให้ผู้รับบริการเป็นผู้กระทำ

การใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการศึกษาค้นคว้ามีงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษาของบุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543) ที่ได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่เสพยาเฮโรอีนของผู้เข้ารับการบำบัด ขั้นตอนการถอนพิษยา ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในการไม่เสพยาเฮโรอีนซ้ำมีการรับรู้ความสามารถของตนในการไม่เสพยาเฮโรอีนซ้ำสูงกว่าผู้เข้ารับการบำบัดที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 การศึกษาของประทีป จินฉ่ำ (2543) ได้ศึกษาผลของการเตือนตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนที่ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานที่ได้รับมอบหมาย ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จากผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่ได้รับการฝึกการเตือนตนเองเพื่อให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ จากการทำงานที่มอบหมาย มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนด้านการทำงานที่ได้รับมอบหมาย สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 การศึกษาของศุภลักษณ์ เข้มทอง, พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง และพรทิพย์พา ธิมายอม (2552) ศึกษาผลของการจัดระบบสุขภาพของกิจกรรมบำบัดต่อทักษะการใช้ชีวิตในผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตและความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิต ($r = .75-.82$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 จากการศึกษาของ บังอร ตั้งวิโรจน์ธรรม (2545) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยแพทยศาสตร์

กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 50 คน โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย การพัฒนาความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และการปฏิบัติด้านการดูแลตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของปฏิบัติ การปฏิบัติด้านการดูแลตนเองในการผ่อนคลายความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเรื่องการปฏิบัติด้านการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย การรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างทางสถิติแต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับงานของวิลเลียมส์ อันนิม (2545) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาที่แผนกผู้รับบริการนอกและคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตากสิน และวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 150 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี และพบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเนติ สุขสมบูรณ์, ปราณี ลักนาจันโทชิต, นลินี พูลทรัพย์ และสิทธิพร ห่อหริตานนท์ (2548) ศึกษาผลการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้รับบริการเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาในผู้รับบริการที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 54 คน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 27 คน ได้แก่ กลุ่มทดลองจะได้รับการอบรมตามโปรแกรมการอบรมการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการอบรม ประเมินผลเมื่อเริ่มต้นการศึกษาและที่เวลา 3 เดือนหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้แบบทดสอบการรับรู้ความสามารถตนเอง แบบทดสอบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้ความสามารถตนเองไม่แตกต่างกัน ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ความสามารถและความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และงานวิจัยของโรบินสัน สมิธ; และคนอื่นๆ (Robinson-Smith; et al. 2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าหลังจากที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้รับบริการ 63 ราย โดยวัดผลที่หลังจากเกิดโรค 1 เดือน และ 6 เดือน พบว่าที่ระยะ 6 เดือนผู้รับบริการสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่มากขึ้น คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองได้จำกัด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวถือเป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการเพราะครอบครัวเป็นแหล่งปฐมนิเทศของนิสัยทางด้านสุขภาพ และช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาความกดดันจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทั้งปัจจุบันและเรื้อรัง โดยสมาชิกของครอบครัวอาจให้การสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมทั้งอำนวยความสะดวกหรือสร้างบรรยากาศของความจริงใจ ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2536)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender. 1996: 257) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระดับสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตและวัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ทอยส์ (Thoits. 1982: 147) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคม ได้รับความช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

หทัย ชิตานนท์ (2540: 26) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความช่วยเหลือที่ให้ต่อปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มต่างๆ ที่มาจากภายในชุมชนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดเป็นเกราะกำบังภัยจากความพลัดพรัดของชีวิต หรือสภาพความเป็นอยู่และชุมพลที่ดี เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตรวมถึงการช่วยให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน และให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของบริการ

จากความหมายข้างต้นจึงพอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับ ความเอาใจใส่ ความช่วยเหลือในด้านจิตใจ อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ การเงิน แรงงานหรือบริการต่างๆ ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ และการได้รับดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นตัวแปรสำคัญของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก และมีผลต่อการวางแผนเป้าหมายของผู้รับบริการมากโดยเฉพาะในแง่ของการเข้าใจ บทบาทของตนเอง หรือครอบครัวในการดูแลผู้รับบริการ เช่น การให้สิ่งเร้าที่เหมาะสมหรือการให้กำลังใจในการฝึกแก่ผู้รับบริการ เป็นต้น (พัชรวิมล คุปต์นิรติศัยกุล.2543: 185)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของปรารักษ์ทอง อภิปุทธิกุล (2550) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการควบคุมตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสุขภาพบำบัด กลุ่มผู้ให้บริการระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมตนเอง ที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาทางกายภาพบำบัด เมื่อใช้โปรแกรมการควบคุมตนเอง ในผู้ให้บริการกลุ่มแต่ละกลุ่มอาการปวด และกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ให้บริการภาวะทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ที่มารักษาทางกายภาพบำบัด ณ กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง จำนวน 8 คน แบบแผนการทดลองที่ใช้ คือ Single Case Experimental Design ด้วยวิธีการสลับกลับแบบ ABF เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการควบคุมตนเอง แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรม แบบประเมินอาการปวด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสุขภาพบำบัด ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้บริการที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เมื่อใช้โปรแกรมการควบคุมตนเอง ต่างมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาทางกายภาพบำบัดไม่แตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่มีย่อยภาวะการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. การออกแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลอง
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. วิธีการดำเนินการวิจัย
5. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้รับบริการในที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองและมารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ในช่วงปี พ.ศ. 2553 – 2554

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้รับบริการในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และมีลักษณะดังนี้

1. อายุอยู่ระหว่าง 20 – 80 ปี
2. มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย
3. ไม่เคยรับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย
4. ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้รับบริการที่สมัครเข้าร่วมโครงการจะได้รับคำอธิบายขั้นตอนในการทำวิจัย
2. กำหนดให้ผู้รับบริการเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเพื่อกำหนดหมายเลขการสมัครเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว วัดการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
 - 1.1 โปรแกรมการพัฒนารับรู้ความสามารถของตน
2. เครื่องมือวัดที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว
 - 2.3 แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง
 - 2.4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน ประกอบด้วย
 - 2.4.1 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องการบริหารร่างกาย
 - 2.4.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน
 - 2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ประกอบด้วย
 - 2.5.1 แบบสอบถามการบริหารร่างกาย
 - 2.5.2 แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม

1. ศึกษาจากเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
2. กำหนดรูปแบบที่เหมาะสมของเครื่องมือวัดครั้งนี้ได้แก่ แบบสอบถาม
3. ดำเนินการสร้างแบบสอบถาม
4. นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแก้ไขจำนวน 3 ท่าน
5. ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ
6. ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม
7. จัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือวัด

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. ตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อว่ามีลักษณะตรงกับนิยามและครอบคลุมที่กำหนดไว้ แล้วนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ
2. นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Trial-out) แล้วนำผลที่ได้มาตรวจให้คะแนน
3. หาค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ด้วยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมรายด้านกับคะแนนรวมเฉพาะข้อนั้นๆ โดยใช้สูตรหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) โดยถือว่าคะแนนรวมเป็นคะแนนที่แทนโครงสร้างรวมๆ ของสถานการณ์ที่ต้องการจะวัด คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าสหสัมพันธ์ในทางบวกกับคะแนนรวมแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกแบบสอบถามรายข้อไปพร้อมกัน
4. นำแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อต่ำกว่า 0.30 มาปรับปรุงข้อความให้เหมาะสมตามนิยามที่กำหนดไว้
5. นำแบบวัดที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้วยสูตรของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 แล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน เป็นการรับรู้ความสามารถของตนของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากการมีประสบการณ์ที่สำเร็จบ่อยครั้ง ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง ตามคู่มือการทดลอง

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับลักษณะทางชีวสัง คม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความพิการ และระยะเวลาการดำเนินโรค

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ ให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนด้านข่าวสาร เช่น การให้ความรู้คำแนะนำในเรื่องการรักษา และการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ เช่น เงินทอง สิ่งของ จ้างเด็กศูนย์มาดูแลและช่วยเหลือทางกายที่เกี่ยวข้อกับความเจ็บป่วยหรืออาการโรคที่ผู้รับบริการเป็นอยู่ ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนี้ ผู้วิจัยวัดตัวแปรดังกล่าวจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีลักษณะเป็นมาตราวัด 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ด้านละ 5 ข้อ จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ แบบสอบถามนี้ผู้รับบริการเป็นผู้ตอบ เกณฑ์ในการให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความเชิงบวก มีคะแนน

ต่ำสุดและสูงสุดคือ ไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน มากที่สุด ให้ 5 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ จะให้คะแนนในทางตรงกันข้าม ผู้รับบริการที่ได้คะแนนรวมสูง แสดงว่ามีการสนับสนุนของครอบครัวสูง ส่วนผู้รับบริการที่ได้คะแนนรวมต่ำ แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่ำ และค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .863

ตัวอย่างแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

0. สมาชิกในครอบครัวคอยระวังเรื่องความปลอดภัยขณะที่ท่านเคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่เป็นอัมพาต

.....

จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	ไม่จริงเลย
---------------	---------	-------------	----------	------------

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 5 ถึง 1 จากคำตอบ “จริงมากที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบจะได้คะแนนในทิศทางกลับกัน

แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตัวอย่างแบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดแลตนเอง

วันที่	พฤติกรรมเป้าหมาย	จำนวนครั้ง	การเกิดพฤติกรรม	
			เกิด	ไม่เกิด

การตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย ผู้วิจัยและผู้รับบริการจะมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมผู้รับบริการจะเป็นผู้ทำ ผู้วิจัยไม่ได้คิดคะแนนจากแบบสังเกตฯ แต่ได้นำส่วนนี้ไปพิจารณาประกอบการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่กระทำด้วยตนเอง

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน ประกอบด้วย

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องการบริหารร่างกาย ประกอบด้วย ยก แขนขึ้นลง กางแขนหุบแขน เคลื่อนไหวข้อศอกงอเหยียด กระดกข้อมือ งอเหยียดสะโพก กาง ขาหุบขาเข้า และยกกันขึ้น โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นตามหลักการบริหารร่างกายของ ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก ลักษณะการวัดจะระบุความเชื่อมั่นในการบริหารท่าทางนั้นๆ จาก 0 = ไม่มั่นใจเลย จนถึง 10 = มั่นใจมากที่สุด ซึ่งมีคะแนนเต็ม 10 คะแนนในแต่ละข้อ มีจำนวน 7 ข้อ โดยการบริหารร่างกายในแต่ละท่าผู้รับบริการต้องทำอย่างน้อยท่าละ 10 ครั้ง ถ้าผู้รับบริการ ได้คะแนนสูงแสดงว่าผู้รับบริการมีความพยายามในการบริหารร่างกายมาก ส่งผลให้เกิดการดูแล ตนเองที่ดี และค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .973

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เรื่องการบริหารร่างกาย

0. ท่านสามารถยกแขนขึ้นลงได้เอง

0	1	2
ทำเองไม่ได้	ต้องมีผู้ช่วย	ทำได้เองโดยไม่ต้องช่วย

แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ ล้างหน้า ล้างมือ หวีผม แปรงฟัน สวมใส่และถอดเสื้อผ้า ลูกขึ้นนั่ง ทรงตัวในท่านั่ง ลูกขึ้นยืน ทรงตัวในท่านยืน เคลื่อนย้ายตัว เดินบนทางราบ ขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ชั้น จำนวน 18 กิจกรรม ซึ่งวัดจากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการ/ผู้พิการของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC Functional Assessment) และค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .958 ถ้าผู้รับบริการได้คะแนนสูง แสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี มีลักษณะการให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน หมายถึง Complete Independent คือ ผู้รับบริการทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ทุกขั้นตอนภายในเวลาพอสมควร ไม่ต้องดัดแปลงวิธีการไม่ต้องใช้เครื่องช่วย และมีความปลอดภัยในการกระทำ

4 คะแนน หมายถึง Independent with Assist คือ มีการช่วยเหลือโดยอุปกรณ์ช่วย หรือมีผู้คอยระวัง ชี้แนะ กล่าวคือ สามารถทำกิจกรรมนั้นได้เองแต่อาจใช้เวลามากกว่าปกติ หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายอยู่บ้าง อาจต้องดัดแปลงวิธีการ อาจต้องใช้เครื่องช่วย หรืออาจต้องมีผู้คอยระวัง ชี้แนะ หยั่นเคຍ แต่ผู้ช่วยเหลือไม่ได้ออกแรงช่วยทำกิจกรรมนั้น

3 คะแนน หมายถึง Independent with Minimal Assist คือ ผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองได้มากกว่า 50% ออกแรงทำเอง และต้องการผู้ช่วยเหลือเล็ก 1 คน

2 คะแนน หมายถึง Independent with Moderate Assist คือ ผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50% และต้องการผู้ช่วยเหลือ 2 คน

1 คะแนน หมายถึง Dependent คือ ผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน

0. ท่านสามารถใส่เสื้อผ้าได้เองหรือไม่

1	2	3	4	5
Dependent	Independent with moderate assist	Independent with minimal assist	Independent with assist	Complete Independent

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อและลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม (Index of Consistency)
2. หาค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือวัดโดยหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total Correlation)
3. หาความเชื่อมั่นแบบความคงที่ภายใน จากค่า Cronbach's Alpha Coefficient

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย สถาบันประสาทวิทยา โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง ใช้แบบแผนการวิจัย Randomized Pretest - Posttest Control group Design ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 วัน ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 40 – 60 นาที (รวมระยะเวลาตั้งแต่เตรียมการทดลอง)

1. ระยะเตรียมการทดลอง โดยดำเนินการดังนี้

- 1.1 ผู้รับบริการที่สมัครเข้าร่วมโครงการจะได้รับคำอธิบายขั้นตอนในการทำวิจัย
- 1.2 กำหนดให้ผู้รับบริการเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก เพื่อกำหนดหมายเลขการสมัครเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 1.3 ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ทัศนคติรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลอง(Pretest)

2. ระยะทดลอง ใช้เวลาทั้งสิ้น 6 วัน ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 40 – 60 นาที

2.1. **ขั้นเตรียมก่อนการทดลอง** กลุ่มทดลองจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และวิธีการเตือนตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

2.2. **ขั้นดำเนินการทดลอง** กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้วยวิธีการเตือนตนเองร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงจากผู้วิจัย พร้อมทั้งได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยจะสอบถามพฤติกรรมและบันทึกให้ผู้รับบริการ ส่วนกลุ่มควบคุมยังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข รวมเวลาทั้งสิ้น 6 วัน โดยมีแบบแผนการทดลอง

ตามตารางแบบแผนการทดลองของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

ตาราง 1 แสดงแบบแผนการทดลองของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

กลุ่ม ระยะ	ระยะก่อน การทดลอง	ระยะทดลอง	ระยะหลัง การทดลอง
กลุ่มทดลอง	วัดการรับรู้ความสามารถ ของตน และพฤติกรรม การดูแลตนเองในเรื่อง การบริหารร่างกายและ การทํากิจวัตรประจำวัน วัดการสนับสนุนทาง สังคม	ใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตนใน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยการฝึกให้ผู้รับบริการ ประสบความสำเร็จโดยใช้ เทคนิคการเตือนตนเอง ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่างกายตามมาตรฐานของ กระทรวงสาธารณสุข	วัดการรับรู้ความสามารถ ของตน และพฤติกรรมการ ดูแลตนเองในเรื่องการ บริหารร่างกายและการทํากิจวัตรประจำวัน (หลังจากยุติโปรแกรม)
กลุ่มควบคุม	วัดการรับรู้ความสามารถ ของตน และพฤติกรรม การดูแลตนเองในเรื่อง การบริหารร่างกายและ การทํากิจวัตรประจำวัน วัดการสนับสนุนทาง สังคม	การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ตามมาตรฐานของกระทรวง สาธารณสุข	วัดการรับรู้ความสามารถ ของตน และพฤติกรรมการ ดูแลตนเองในเรื่องการ บริหารร่างกายและการทํากิจวัตรประจำวัน (หลังจากยุติโปรแกรม)

3. ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยจะวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกาย และการทํากิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกซ้ำเป็นรายบุคคลอีกครั้ง (Posttest)

ตาราง 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการทดลองโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มี
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ครั้งที่ ดำเนินการ/ เวลาที่ใช้	วิธีการดำเนินการ	ผู้วิจัย	ผู้รับบริการ	อุปกรณ์
ครั้งที่ 1 (40-60 นาที)	1. ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัย 2. วัดการสนับสนุนทางสังคม 3. วัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4. วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย	1. ชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัยเพื่อให้ผู้รับบริการสมัครใจเข้าร่วมและเซ็นเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและตอบข้อสงสัย 2. สอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3. สอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องการบริหารร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน 4. สอบถามพฤติกรรมการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 5. บรรยายความรู้	1. รับฟังคำชี้แจง สอบถาม ข้อสงสัย และเซ็นเอกสาร แสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย 2. ตอบคำถามการสนับสนุนทางสังคม 3. ตอบคำถามการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องการบริหารร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน 4. ตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริหารร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน 5. รับฟัง สอบถามข้อสงสัย	1. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องการบริหารร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน 4. แบบวัดพฤติกรรมการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 5. คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่ ดำเนินการ/ เวลาที่ใช้	วิธีการดำเนินการ	ผู้วิจัย	ผู้รับบริการ	อุปกรณ์
ครั้งที่ 2 (40-60 นาที)	1. ให้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถ ของตนในเรื่องการบริหารร่างกาย 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตือนตนเอง	1. อธิบายถึงวิธีการบริหารร่างกายในแต่ละท่าทางพร้อมสาธิตให้ผู้รับบริการทำตามในแต่ละท่าทาง 2. อธิบายขั้นตอนการเตือนตนเองในการตั้งเป้าหมาย สังเกตและบันทึกพฤติกรรม 2.1. การตั้งเป้าหมาย ผู้รับบริการและผู้บำบัดจะร่วมกันตั้งเป้าหมาย 2.2. การสังเกต พฤติกรรม โดยที่ผู้รับบริการจะต้องสังเกตพฤติกรรมเป้าหมายของตนเองว่ากำลังทำอะไรอยู่ ช่วงเวลาไหน จะทำให้ผู้รับบริการสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้และจะเกิดการเปลี่ยนแปลงสู่พฤติกรรมเป้าหมายมากขึ้น 2.3. การบันทึก พฤติกรรม ผู้บำบัดจะทำการบันทึกพฤติกรรมให้ในครั้งต่อไปที่เจอกัน เนื่องจากผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย	1. ดูวิธีการ และทำตามคำแนะนำของผู้วิจัย 2. ฟังคำบรรยาย	- คู่มือการบริหารร่างกาย - แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรม

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่ ดำเนินการ/ เวลาที่ใช้	วิธีการดำเนินการ	ผู้วิจัย	ผู้รับบริการ	อุปกรณ์
ครั้งที่ 3 (40-60 นาที)	1. ทบทวนบทเรียนครั้งที่ 2 2. บันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย	1. ทบทวนบทเรียน ครั้งที่ 2 2. บันทึกพฤติกรรม เป้าหมาย	1. ทบทวนบทเรียน ครั้งที่ 2 2. บอกผลการสังเกต ตนเองในพฤติกรรม เป้าหมาย	- คู่มือการบริหาร ร่างกาย - แบบสังเกตและ บันทึกพฤติกรรม
ครั้งที่ 4 (40-60 นาที)	ให้โปรแกรมการรับรู้ ความสามารถของตนในเรื่องการ ลุกขึ้นนั่ง การทรงตัวในท่านั่ง การลุกขึ้นยืน การเคลื่อนย้ายตัว การเดินบนทางราบ การขึ้นลง บันไดอย่างน้อย 1 ชั้น	อธิบายถึงวิธีการ การลุกขึ้นนั่ง การทรงตัวในท่านั่ง การลุกขึ้นยืน การเคลื่อนย้ายตัว การเดินบนทางราบ การขึ้นลงบันไดอย่าง น้อย 1 ชั้น พร้อม สาธิตให้ผู้รับบริการทำ ตามในแต่ละขั้นตอน	ดูวิธีการ และ ทำตาม คำแนะนำของผู้วิจัย	- คู่มือการทำกิจวัตร ประจำวัน - แบบสังเกตและ บันทึกพฤติกรรม
ครั้งที่ 5 (40-60 นาที)	1. ทบทวนบทเรียนครั้งที่ 4 2. บันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย	1. ทบทวนบทเรียน ครั้งที่ 4 2. บันทึกพฤติกรรม เป้าหมาย	1. ทบทวนบทเรียน ครั้งที่ 4 2. บอกผลการสังเกต ตนเองในพฤติกรรม เป้าหมาย	- คู่มือการทำกิจวัตร ประจำวัน - แบบสังเกตและ บันทึกพฤติกรรม
ครั้งที่ 6 (40-60 นาที)	ให้โปรแกรมการรับรู้ ความสามารถของตนในเรื่องการ รับประทาน อาหาร ดื่มน้ำ แปรงฟัน ล้างหน้า หวีผม การ ถอดเสื้อและกางเกง การใส่เสื้อ และกางเกง	อธิบายถึงวิธีการการ รับประทาน อาหาร ดื่มน้ำ แปรงฟัน ล้าง หน้า หวีผม การถอด เสื้อและกางเกง การ ใส่เสื้อและกางเกง พร้อมสาธิต ให้ ผู้รับบริการทำตามใน แต่ละขั้นตอน	ดูวิธีการ และทำตาม คำแนะนำของผู้วิจัย	- คู่มือการทำกิจวัตร ประจำวัน - แบบสังเกตและ บันทึกพฤติกรรม

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่ ดำเนินการ/ เวลาที่ใช้	วิธีการดำเนินการ	ผู้วิจัย	ผู้รับบริการ	อุปกรณ์
ครั้งที่ 7 (40-60 นาที)	1. ทบทวนบทเรียนครั้งที่ 6 2. บันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย	1. ทบทวนบทเรียน ครั้งที่ 6 2. บันทึกพฤติกรรม เป้าหมาย	1. ทบทวนบทเรียน ครั้งที่ 6 2. บอกผลการสังเกต ตนเองในพฤติกรรม เป้าหมาย	- คู่มือการทำกิจวัตร ประจำวัน - แบบสังเกตและ บันทึกพฤติกรรม
ครั้งที่ 8 (40-60 นาที)	1. ทบทวนบทเรียนครั้งที่ 2-7 2. วัดการรับรู้ความสามารถของ ตนในเรื่องการบริหารร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน 3. สอบถามพฤติ กรรมการบริหาร ร่างกายและ ประเมินในการทำกิจวัตร ประจำวัน	1. ทบทวนบทเรียน ครั้งที่ 2-7 2. สอบถามการรับรู้ ความสามารถของตน ในเรื่องการบริหาร ร่างกายและการทำ กิจวัตรประจำวัน 3. สอบถามพฤติ กรรมการบริหาร ร่างกายและการทำ กิจวัตรประจำวัน	- ทบทวนบทเรียนครั้งที่ 2-7ตอบแบบสอบถามพฤติ กรรมการบริหารร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน - บอกผลการสังเกตตนเอง ในพฤติกรรมเป้าหมาย	- แบบสอบถามการ รับรู้ความสามารถ ของตนในเรื่องการ บริหารร่างกายและ การทำกิจวัตร ประจำวัน - แบบบันทึกการ เกิดพฤติ กรรมการบริหาร ร่างกายและการทำ กิจวัตรประจำวัน - แบบสังเกตและ บันทึกพฤติกรรม

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่

1. สถิติพื้นฐานค่าเฉลี่ย ร้อยละ เพื่อแสดงลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง
2. การการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANCOVA) ใช้ทดสอบ

สมมติฐานข้อ 1, 2

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) ใช้ทดสอบสมมติฐานข้อ 3



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังจากที่ได้รับโปรแกรมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล

N	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	แทน ค่าเฉลี่ย
SD	แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
SS	แทน ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
MS	แทน ค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนกำลังสอง
df	แทน องศาอิสระ
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
r	แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
η^2	แทน ขนาดอิทธิพลของโปรแกรม

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ และ ร้อยละ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

1. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANCOVA) ของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองพิจารณาจากเงื่อนไขการศึกษา (การเข้าร่วม/ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม) และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2
2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ และ ร้อยละ

การนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมโปรแกรมและไม่ได้ร่วมโปรแกรมการรับรู้
ความสามารถของตน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(N = 30)		(N = 30)		(N = 60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	18	60.00	20	66.67	38	63.33
หญิง	12	40.00	10	33.33	22	36.67
อายุ						
31 – 50 ปี	5	16.67	6	20.00	11	18.33
51 – 70 ปี	22	73.33	16	53.33	38	63.34
71 ปีขึ้นไป	3	10.00	8	26.67	11	18.33
สถานภาพ						
โสด	5	16.67	4	13.33	9	15.00
สมรส	20	66.66	18	60.00	38	63.34
หย่า/ แยกกันอยู่/หม้าย	5	16.66	8	26.67	13	21.66
การศึกษา						
ประถมศึกษา	12	40.00	13	43.33	25	41.67
มัธยมศึกษา	4	13.33	7	23.34	11	18.33
ปริญญาตรี	10	33.33	9	30.00	19	31.67
สูงกว่าปริญญาตรี	4	13.34	1	3.33	5	8.33
อาศัยอยู่กับ						
คนเดียว	3	10.00	2	6.66	5	8.33
สามี/ภรรยา	21	70.00	20	66.67	41	67.33
ลูกหลาน	6	20.00	8	26.67	14	23.34

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(N = 30)		(N = 30)		(N = 60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา						
จ่ายเอง	7	23.34	3	10.00	10	16.67
ข้าราชการ	10	33.33	15	50.00	25	41.66
ประกันสุขภาพ	10	33.33	8	26.67	18	30.00
ประกันสังคม	3	10.00	4	13.33	7	11.67
อาชีพ						
ไม่ได้ทำ/งานบ้าน	8	26.67	9	30.00	17	28.33
เกษตรกรรม	1	3.33	2	6.67	3	5.00
รับจ้าง/เอกชน	2	6.67	5	16.67	7	11.67
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	23.33	1	3.33	8	13.33
ราชการ/พนักงานของรัฐ	10	33.33	12	40.00	22	36.67
รัฐวิสาหกิจ	2	6.67	1	3.33	3	5.00
โรคประจำตัว						
ไม่มี	7	23.33	6	20.00	13	21.67
ความดันโลหิตสูง	13	43.33	10	33.33	23	37.33
เบาหวาน	2	6.67	3	10.00	5	8.33
มากกว่า 1 โรค	8	26.67	11	36.67	19	31.67
ร่างกายข้างที่อ่อนแรง						
ซีกซ้าย	12	40.00	23	76.67	35	58.33
ซีกขวา	18	60.00	7	23.33	25	41.67
มือข้างถนัด						
ซ้าย	5	16.67	2	6.67	7	11.67
ขวา	25	83.33	28	93.33	53	88.33
ระยะเวลาที่เกิดอาการ						
1 – 30 วัน	26	86.67	24	80.00	50	83.33
31 - 60 วัน	4	13.33	6	20.00	10	16.67

จากตาราง 3 พบว่าผู้รับบริการที่เข้ารับการศึกษาคือเป็นเพศชายร้อยละ 60 เพศหญิงร้อยละ 40 ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.66 สถานภาพสมรสร้อยละ 66.66 จบระดับ การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 33.33 อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาร้อยละ 21 มีอาชีพรับ ราชการ/พนักงานของรัฐร้อยละ 33.33 สิทธิในการรักษาร้อยละ 33.33 เป็นสิทธิข้าราชการและ ประกันสุขภาพ มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.33 มีความถนัดของมือ ด้านขวาร้อยละ 83.33 มีภาวะการอ่อนแรงของร่างกายซีกขวาร้อยละ 60 จำนวนวันที่มีอาการ อ่อนแรงจะอยู่ในช่วง 1-30 วันคิดเป็นร้อยละ 86.67

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

1. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANCOVA) ของ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตน พิจารณาจากเงื่อนไขการศึกษา (Experimental Conditions) (การเข้าร่วม/ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม) และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เพื่อทดสอบ สมมติฐานข้อที่ 1,2 ดังตาราง 4

ตาราง 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทางของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตน พิจารณาตามเงื่อนไขการศึกษา (Experimental Conditions) (การเข้าร่วม/ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม) และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว โดยควบคุมความแปรปรวนร่วม (Covariate) ของ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	η^2
การรับรู้ความสามารถของตน ก่อนเข้าโปรแกรม	36,838.038	1	36,838.038	47.309***	.462
เงื่อนไขการศึกษา (การเข้าร่วม/ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม)	10,472.228	1	10,472.228	13.449***	.196
การสนับสนุนสังคมของครอบครัว	1,932.466	1	1,932.466	2.482	.043
เงื่อนไขการศึกษา x การสนับสนุนสังคมของครอบครัว	73,291	1	73,291	.094	.002
ความคลาดเคลื่อน	42,826.577	55	778.665		
รวม	2,413,695	59			

*** มีนัยสำคัญทางสถิติ .001

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ยเดิม			คะแนนเฉลี่ยที่ปรับแล้ว		
	คะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวนคน	คะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวนคน
กลุ่มทดลอง	209.967	28.326	30	209.097	5.043	30
กลุ่มควบคุม	183.400	45.021	30	184.270	5.043	30

จากตาราง 4 เมื่อควบคุมคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนก่อนเข้าโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 โดยที่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนที่ปรับแล้วในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลองเท่ากับ 209.097 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.14 และคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 184.270 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.14) (ตาราง 5) พบขนาดอิทธิพลของโปรแกรมร้อยละ 19.6 และไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขการศึกษาและการสนับสนุนสังคมของครอบครัว

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่ม	จำนวน	คะแนน เฉลี่ย	S.D	ค่า r		
				พฤติกรรม การดูแลตนเอง	พฤติกรรม การบริหารร่างกาย	พฤติกรรม การทำกิจวัตรประจำวัน
กลุ่มทดลอง	30	85.10	28.05	.290	.202	.286
กลุ่มควบคุม	30	64.63	40.99	.197	.132	.176

จากตาราง 6 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (พฤติกรรมการดูแลตนเอง $r = .290$, พฤติกรรมการบริหารร่างกาย $r = .202$, พฤติกรรมการทำกิจวัตรประจำวัน $r = .289$)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงศึกษา เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่มีความพิการทางการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก โดยงานวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย 3 ประการ ได้แก่ 1) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตน 2) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังจากที่ได้รับโปรแกรมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้รับบริการในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 1 ชุด 2) แบบวัดตัวแปร 6 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ซึ่งลักษณะเครื่องมือเป็นประเมินประเมินค่ามีมาตรวัด 5 หน่วย และค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .863 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารร่างกาย มีมาตรวัด 10 หน่วย และค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .973 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการทำกิจวัตรประจำวัน มีมาตรวัด 10 หน่วย และค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .961 แบบวัดการเกิดพฤติกรรมในการบริหารร่างกาย มีมาตรวัด 3 หน่วย และค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .917 แบบวัดการพฤติกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน มีมาตรวัด 5 หน่วย และค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .958 และแบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองในแต่ละวัน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 1) สถิติพื้นฐานค่าเฉลี่ย ร้อยละ เพื่อแสดงลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง 2) การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANCOVA) ของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตน พิจารณาจากเงื่อนไขการศึกษา (การเข้าร่วม/ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม) และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1,2 3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001
2. ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ($r = .290$)

อภิปรายผลตามสมมติฐาน

อภิปรายผลตามสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 1 กล่าวว่า “กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง” จากการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANCOVA) พิจารณาตามเงื่อนไขการศึกษา (Experimental Conditions) (การเข้าร่วม/ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม) และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว โดยควบคุมตัวแปรร่วม (Covariate) ของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองเท่ากับ 209.097 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.14 และคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 184.270 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.14 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยใช้โปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดูรา ด้วยวิธีการฝึกให้ผู้รับบริการได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จซ้ำหลายๆ ครั้ง จากการแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง เสริมให้ผู้รับบริการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เพราะการใช้คำพูดชักจูงจากผู้อื่นเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ และมีความเชื่อมั่นในการแสดงพฤติกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น (ประทีป, 2540 : 116) ลักษณะการใช้คำพูดที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจดังเช่นคำพูดที่ว่า “คุณบ๊าลองทำดูนะค่ะ คุณบ๊าทำได้อยู่แล้ว ทำแบบนั้นแหละค่ะ ลองทำใหม่อีกทีนะค่ะ” คำพูดเหล่านี้มีผลให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นในการแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ประกอบกับการที่ผู้วิจัยได้ให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จซ้ำ

หลายๆครั้ง จากการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยการใช้เทคนิคการเตือนตนเอง โดยเริ่มจากผู้วิจัยให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองนี้ทำให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักถึงความสามารถของตนเองและต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ พฤติกรรมกรรมเป้าหมาย ได้แก่ การบริหารร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวันนั้น จะขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล ต่อจากนั้นให้ผู้รับบริการทำการสังเกตการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายในแต่ละวัน ว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่กำหนดได้หรือไม่ การที่ผู้รับบริการได้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองเช่นนี้จะทำให้ผู้รับบริการได้รับทราบข้อมูลอยู่ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวทำหน้าที่เป็นข้อมูลย้อนกลับให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักว่าขณะนี้ตนเองกำลังกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้มากน้อยเพียงใดและรับรู้ถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการตั้งพฤติกรรมเป้าหมายใหม่โดยการเพิ่มปริมาณกิจกรรมและพยายามทำให้บรรลุพฤติกรรมเป้าหมายให้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จบ่อยครั้ง จากความถี่ของการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวันของพฤติกรรมการดูแลตนเองจากวันที่ 1 ถึงวันที่ 5 พบร้อยละของการเกิดพฤติกรรมการบริหารร่างกายดังนี้ 45.23, 46.17, 58.11, 71.96 และ 78.10 และพบร้อยละของการเกิดพฤติกรรมการทำกิจวัตรประจำวันดังนี้ 39.45, 40.56, 53.17, 59.82 และ 64.66 แสดงว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จบ่อยครั้งมากขึ้นทำให้เกิดพฤติกรรมด้วยตนเองมากขึ้นตาม สอดคล้องกับการวิจัยของบุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543) ที่ได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่เสพย์เฮโรอีนของผู้เข้ารับการบำบัด ขั้นตอนการถอนพิษยา ด้วยวิธีการฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการแสดงพฤติกรรมซ้ำหลายๆ ครั้ง ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในการไม่เสพย์เฮโรอีนซ้ำมีการรับรู้ความสามารถของตนในการไม่เสพย์เฮโรอีนซ้ำสูงกว่าผู้เข้ารับการบำบัดที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 นอกจากนี้ประทีป จินี (2539) ได้ศึกษาผลของการเตือนตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของคนที่ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานที่ได้รับมอบหมาย ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จากผลการศึกษาพบว่านักศึกษาที่ได้รับการฝึกการเตือนตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนในการทำงานที่ได้รับมอบหมายสูงกว่าก่อนการศึกษา และสูงกว่านักศึกษากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

อภิปรายผลตามสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 2 กล่าวว่า “กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนและมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดีกว่ากลุ่มผู้รับบริการที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนและมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ” จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANCOVA)

ของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตน พิจารณาตามเงื่อนไขการศึกษา (Experimental Conditions) (การเข้าร่วม/ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม) และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว โดยใช้คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) ผลการวิเคราะห์ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขการศึกษาและการสนับสนุนสังคมของครอบครัว ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากพฤติกรรมเป้าหมายเป็นพฤติกรรมที่ผู้รับบริการต้องดำเนินการด้วยตนเองนั้นเป็นพฤติกรรมกระทำค่อนข้างยากสำหรับผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก ประกอบกับเทคนิคการเตือนตนเองเป็นเทคนิคที่ค่อยๆ ลดอิทธิพลจากภายนอกลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือญาติที่ดูแล โดยให้ผู้รับบริการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ด้วยตนเอง จึงทำให้ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับการรับรู้ความสามารถของตน ด้วยการที่ผู้รับบริการเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย กระบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย และการควบคุมตัวแปรทั้งภายในและภายนอกของผู้รับบริการตลอดจนประเมินเป้าหมายด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อเป็นการตอบสนองและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ อันจะมีผลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นด้วยตนเอง และมีผลระยะยาวต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความคงทนถาวร ซึ่งการกระทำดังกล่าวนี้ก็เท่ากับเป็นการลดความสำคัญของอิทธิพลภายนอกลง และทำให้บุคคลมีอิสระที่จะกำหนดพฤติกรรมของตนเองได้มากขึ้น (ประทีป. 2540: 123) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรางค์ทอง อภิพุทธิกุล (2550) ศึกษาการใช้โปรแกรมการควบคุมตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาทางกายภาพบำบัด กลุ่มผู้รับบริการระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมตนเอง ที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาทางกายภาพบำบัด เมื่อใช้โปรแกรมการควบคุมตนเอง ในผู้รับบริการกลุ่มแต่ละกลุ่มอาการปวด และกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว พบว่าผู้รับบริการที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำต่างมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาทางกายภาพบำบัดไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลตามสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 3 กล่าวว่า “การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก” จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (พฤติกรรมการดูแลตนเอง $r = .290$, พฤติกรรมการบริหารร่างกาย $r = .202$, พฤติกรรมทำกิจวัตรประจำวัน $r = .289$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 จากแนวคิดพื้นฐานของแบนดูราเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล ถ้าบุคคลสองคนมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ซึ่งพบว่าคนสองคนนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนๆ เดียวก็เช่นกันถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของ

คนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้นๆ นั่นเอง ถ้าเรามีการรับรู้ ว่าเรามีความสามารถจะมีความอดทน อดสาเห ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (ประทีป จินฉี. 2540: 110)

นั่นคือ การที่บุคคลใดมีการรับรู้ความสามารถของตนต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างใด อย่างหนึ่งสูง บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูงด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของบุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543) พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการไม่ เสพย์เฮโรอีนซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการไม่เสพย์เฮโรอีนซ้ำ ($r = .44$) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ .05 เช่นเดียวกับงานวิจัยของเนติ สุขสมบูรณ์, ปราณี ลัดนาจันทโชติ, นลินี พูลทรัพย์ และสิทธิพร ห่อหริตานนท์ (2548) ศึกษาผลการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถ ตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้รับบริการเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของศุภลักษณ์ เข้มทอง, พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง และ พรทิพย์พา ธิ มายอม (2552) ศึกษาผลของการจัดระบบสุขภาพของกิจกรรมบำบัดต่อทักษะการใช้ชีวิตใน ผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คะแนนคุณภาพชีวิต ($r = .75$ ถึง $.82$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และงานวิจัยของโรบินสัน สมิธ; และคนอื่นๆ (Robinson-Smith; et al. 2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า ภายหลังที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้รับบริการ 63 ราย โดยวัดผลที่หลังจากเกิดโรค 1 เดือน และ 6 เดือน พบว่าที่ระยะ 6 เดือนผู้รับบริการสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และมี คุณภาพชีวิตที่มากขึ้น คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับ การดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปปฏิบัติ

1. จากผลการวิจัยพบประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถ ของตนมีการรับรู้ความสามารถของตนช่วยพัฒนาให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจึงควรส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิด การรับรู้ความสามารถของตน โดยที่ต้องฝึกให้ผู้รับบริการประสบความสำเร็จบ่อยครั้งในพฤติกรรม นั้นๆ ร่วมกับการใช้คำพูดจูงใจเพื่อให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในพฤติกรรมที่จะทำต่อไป

2. จากการวิจัยพบว่าเทคนิคการเตือนตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตและ บันทึกรูปภาพพฤติกรรมด้วยตนเอง เป็นการตรวจสอบพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้ทราบว่าในเวลา ขณะนั้นตนเองกำลังทำอะไรอยู่ทำให้ผู้รับบริการประเมินตนเองว่าสามารถบรรลุพฤติกรรมเป้าหมาย

มากนักน้อยเพียงใด หากพบว่าพฤติกรรมของตนนั้นต่างไปจากเป้าหมายของตน ผู้รับบริการจะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย เมื่อผู้รับบริการการฝึกทักษะที่ประสบความสำเร็จบ่อยครั้งทำให้ผู้รับบริการเกิดการรับรู้ความสามารถของตนมากขึ้น ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ การเตือนตนเองจึงเป็นเทคนิคกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่มากขึ้น และลดภาระการดูแลจากผู้อื่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการวิจัยเพื่อติดตามผลของพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อเปรียบเทียบการคงอยู่ของพฤติกรรม การดูแลตนเองในระยะเวลาที่แตกต่างกัน
2. ควรศึกษาการแผ่ขยายข้ามสถานการณ์จากโรงพยาบาลไปสู่พฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้าน





บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ; และ กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานเวชสถิติ. (2553). สถาบันประสาทวิทยา. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จอม สุวรรณโน. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พย.ม (พยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑารัตน์ สติปัญญา, พรชัย สติปัญญา. (2548, ตุลาคม). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 23:(2).
- ดารณี สุพันธ์ และยิ่งสุมาลย์ อาจองค์. (2551). คู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเกิดอัมพาตครึ่งซีก. ศูนย์สิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. เรียบเรียงครั้งที่ 2. ฉบับที่ 2.2.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เนติ สุขสมบูรณ์; ปราณี ลัดคนจันทโชติ; นลินี พูลทรัพย์; และสิทธิพร ห่อหริดานนท์. (2548,พฤศจิกายน). ผลการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถตนเองพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒเภสัชสาร*. 10:(145-153).
- นวพร ชัชวาลพาณิชย์. 2547. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (2550). สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- บงอร ตั้งวิโรจน์ธรรม. (2545). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม (สุขศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญสิทธิ์ ไชยชนะ. (2543). การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่เสี่ยงเฮโรอีนซ้ำ ของผู้เข้ารับการบำบัด ขั้นตอนการถอนพิษยา ของคลินิกยาเสพติดใน

- โรงพยาบาลของรัฐ. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์).
 กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปรียา ตะวรรณ; อัญชลี ศศิวรรณพงศ์; และโสภิตา จันทรสด. (2546,ตุลาคม-ธันวาคม).
 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษาผู้ป่วยในชุมชนแห่ง
 หนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. *สรรพสิทธิเวชสาร*. 24(4).
- ประทีป จินนี่. (2540). *การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม*. (เอกสารประกอบการสอน).
 กรุงเทพฯ: สถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
 ถ่ายเอกสาร.
- ประทีป จินนี่. (2543, พฤษภาคม). ผลของการเตือนตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของคนที่ส่งผล
 ต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานตามที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาในระดับ
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 6(1):(71-82).
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ : พฤติกรรมสุขภาพและ
 สุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปรารค์ทอง อภิพุทธิกุล. (2550). *การใช้โปรแกรมการควบคุมตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมความ
 ร่วมมือในการรักษากายภาพบำบัด กลุ่มผู้ป่วยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กองแพทย์
 หลวง พระบรมมหาราชวัง. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์).*
 กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2547). *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก
 แพบลิชซิ่ง.
- พัชรวิมล คุณัตน์รัตนกุล. (2543). *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู : เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมอง*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก แพบลิชซิ่ง.
- วิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร; และคนอื่นๆ. (2550). *โครงการรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันประสาทวิทยา กรมการ
 แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.
- วิษณุ กัมมรทิพย์. (2547). *การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและ
 สิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลภรณ์ อันฉิม. (2545). *การศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม (พยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ:
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศุภลักษณ์ เข้มทอง, พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง และพรทิพย์พา ธิมายอม.(2552). *ผลของการจัดระบบ
 สุขภาพของกิจกรรมบำบัดต่อทักษะการใช้ชีวิตในผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมอง*. คณะ
 กายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ:

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสก อักษรานุเคราะห์. (2551). *วิวัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*.
สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2548). *อัตราการเกิดโรคและบาดเจ็บในประเทศไทย*.
- หทัย ชิตานนท์. (2540). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- อรันตร โตษยานนท์. (2539). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู : การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค 19.
- Bandura. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*.
Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Jone F; Partridge C; & Reid F. (2008). *The Stroke Self-efficacy Questionnaire: measuring individual confidence in functional performance after stroke*. J Nur Health Chro III; 17 (7b): 244-52.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3 th ed. U.S.A: Appleton & Lange.
- Robinson, RG; Marata Y; & Shimoda K. (1999). *Dimensions of Social Impairment and their Effect on Depression Recovery Following Stroke*. Int Psychogeriatr ;11: 375-84.
- Robinson, RG.; & M V Johnston, J Allen. (2000). *Self-care Self-efficacy, Quality of life, and Depression after Stroke*. Arch Phys Med Rehabil. 2000 Apr ;81 (4):460-4.
- Thoits, P. A. (1982). *Conceptual methodological and theoretical problem in studying: Social support as a buffer against life stress*. Journal of Health and Social Behavior. 23(6): 147.



ภาคผนวก ก

ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวัน

- พฤติกรรมการบริหารร่างกาย

- พฤติกรรมการทำกิจวัตรประจำวัน

ตาราง 7 แสดงความถี่ของการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวันของพฤติกรรมการบริหารร่างกาย

พฤติกรรมการบริหารร่างกาย	การเกิดพฤติกรรม (%)				
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริหารร่างกายที่เกิดจากผู้รับบริการทำเอง	45.23	46.17	58.11	71.96	78.10
1. การยกแขนขึ้นลง					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	23.3	16.7	0	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	13.3	20.0	20	13.3	6.7
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	63.3	63.3	80	86.7	93.3
2. การกางแขนหุบแขน					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	53.3	50	16.7	13.3	6.7
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	26.7	30	46.7	43.3	50
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	20	20	36.7	43.3	43.3
3. การเคลื่อนไหวข้อศอกงอเหยียด					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	20	16.7	0	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	13.3	13.3	20	16.7	10
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	66.7	70	80	83.3	90
4. การกระดกข้อมือเหยียดนิ้วมือ					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	6.7	6.7	0	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	3.3	0	3.3	3.3	3.3
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	90	93.3	96.7	96.7	96.7
5. การงอเหยียดสะโพก					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	50	33.3	6.7	3.3	3.3
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	26.7	46.3	63.3	36.7	30
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	23.3	23.3	30	60	66.7

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรมการบริหารร่างกาย (ต่อ)	การเกิดพฤติกรรม (%)				
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
6. การกางขาหุบขา					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	46.7	33.3	10	3.3	3.3
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	23.3	36.7	43.3	26.7	16.7
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	30	30	46.7	70	80
7. การยกกันขึ้นลง					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	50	40	10	6.7	3.3
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	26.7	36.7	53.3	30	20
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	23.3	23.3	36.7	63.7	76.7

จากตาราง 7 พบค่าเฉลี่ยการเกิดพฤติกรรมการบริหารร่างกายที่เกิดจากผู้รับบริการ กระทำด้วยตนเองจากวันที่ 1 ถึงวันที่ 5 ร้อยละ 45.23, 46.17, 58.11, 71.96 และ 78.10 ซึ่งผู้รับบริการมีพฤติกรรมที่ทำด้วยตนเองเพิ่มขึ้น แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละกิจกรรมย่อยพบว่าร้อยละการไม่เกิดพฤติกรรมหรือเกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วยลดลง

ตาราง 8 แสดงความถี่ของการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวันของพฤติกรรม
การทํากิจวัตรประจำวัน

พฤติกรรมการทํากิจวัตรประจำวัน	การเกิดพฤติกรรม (%)				
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการทํากิจวัตร ประจำวันที่เกิดจากผู้รับบริการทำเอง	39.45	40.56	53.17	59.82	64.66
1. ตื่นน้ำ					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	0	0	0	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	0	0	0	0	0
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	100	100	100	100	100
2. รับประทานอาหาร					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	0	0	0	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	0	0	0	0	0
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	100	100	100	100	100
3. แปรงฟัน					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	3.3	3.3	0	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	20	20	13.3	6.7	3.3
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	76.7	76.7	86.7	93.3	96.7
4. ล้างหน้า					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	10	10	3.3	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	53.3	53.3	26.7	13.3	10
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	36.7	36.7	70	86.7	90
5. ล้างมือ					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	13.3	13.3	3.3	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	56.7	56.7	30	20	16.7
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	30	30	66.7	80	83.7

ตาราง 8 (ต่อ)

พฤติกรรมการทำงานวัตรประจำวัน (ต่อ)	การเกิดพฤติกรรม (%)				
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
6. หวีผม					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	6.7	6.7	0	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	0	0	3.3	3.3	0
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	93.3	93.3	96.7	96.7	100
7. ถอดเสื้อ					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	36.7	26.7	10	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	56.7	66.7	63.7	63.7	50
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	6.7	6.7	26.7	36.7	50
8. ถอดกางเกง					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	36.7	26.7	6.7	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	56.7	66.7	66.7	63.3	50
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	6.7	6.7	26.7	36.7	50
9. ใส่เสื้อ					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	36.7	26.7	6.7	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	60	70	66.7	63.7	50
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	3.3	3.3	26.7	36.7	50
10. ใส่กางเกง					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	36.7	26.7	6.7	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	63.3	73.3	66.7	63.3	50
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	0	0	26.7	36.7	50
11. พลิกตัวบนเตียง					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	13.3	10	3.3	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	30	26.7	20	23.3	23.3
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	56.7	63.3	76.7	76.7	76.7

ตาราง 8 (ต่อ)

พฤติกรรมการทำงานวัตรประจำวัน (ต่อ)	การเกิดพฤติกรรม (%)				
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
12. ลุกขึ้นนั่ง					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	13.3	10	3.3	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	26.7	23.3	23.3	26.7	26.7
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	60	66.7	73.3	73.3	73.3
13. ทรงตัวในท่านั่ง					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	6.7	3.3	3.3	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	3.3	3.3	3.3	6.7	3.3
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	90	93.3	93.3	93.3	96.7
14. ลุกขึ้นยืน					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	56.7	36.7	6.7	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	30	50	66.7	66.7	60
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	13.3	13.3	26.7	33.3	40
15. ทรงตัวในท่านยืน					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	56.7	36.7	6.7	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	26.7	46.7	63.3	60	53.3
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	16.7	16.7	30	40	46.7
16. เคลื่อนย้ายตัว					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	40	23.3	3.3	0	0
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	50	66.7	80	76.7	73.3
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	10	10	16.7	23.3	26.7
17. เดินบนทางราบ					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	53.3	50	33.3	13.3	3.3
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	40	43.3	60	66.7	76.7
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	6.7	6.7	6.7	20	20

ตาราง 8 (ต่อ)

พฤติกรรมการทำงานวัตรประจำวัน (ต่อ)	การเกิดพฤติกรรม (%)				
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
18. ขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ชั้น					
- ไม่เกิดพฤติกรรม/ ไม่ทำ	63.3	56.7	40	23.3	3.3
- เกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วย	33.3	36.7	53.3	63.3	83.3
- เกิดพฤติกรรมโดยทำเอง	3.3	6.7	6.7	13.3	13.3

จากตาราง 8 พบค่าเฉลี่ยการเกิดพฤติกรรมการทำงานวัตรประจำวันที่เกิดจากผู้รับบริการ กระทำด้วยตนเองจากวันที่ 1 ถึงวันที่ 5 ร้อยละ 39.45, 40.56, 53.17, 59.82 และ 64.66 ซึ่งผู้รับบริการมีพฤติกรรมที่ทำด้วยตนเองเพิ่มขึ้น แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละกิจกรรมย่อยพบว่าร้อยละการไม่เกิดพฤติกรรมหรือเกิดพฤติกรรมแต่มีคนช่วยลดลง

ภาคผนวก ข

- ตารางแสดงกิจกรรม ตัวชี้วัด แนวคิด/เทคนิคที่ใช้ และวิธีดำเนินการของโปรแกรม

ตาราง 9 แสดงกิจกรรม ตัวชี้วัด แนวคิด/เทคนิคที่ใช้ และวิธีดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม

ครั้งที่	เนื้อหา/กิจกรรม	ตัวชี้วัดที่ต้องการปรับเปลี่ยน	แนวคิด/เทคนิคที่ใช้	วิธีดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้
1	ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ การรักษา การฟื้นตัว ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ประกอบด้วย วิธีการ ข้อควรระวัง	การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย	- การสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ - การใช้คำพูดชักจูง	การตั้งคำถาม การบรรยายความรู้ การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ
2	ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตือนตนเอง การฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย ประกอบด้วย การยกแขนขึ้นลง การกางแขนและหุบแขน การงอและเหยียดข้อศอก การกระดกข้อมือและเหยียดนิ้วมือ การงอและเหยียดสะโพก การกางขาและหุบขาเข้า และการยกกันขึ้นและลง	1. การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริหารร่างกาย 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกาย	การเตือนตนเอง การสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูง	การตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย การสังเกตตนเอง การบันทึกพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติในท่าการบริหารร่างกาย/การฝึกทักษะ การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ การมอบหมายงาน (สังเกตพฤติกรรม) การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ การกล่าวชื่นชมในความสำเร็จ

ตาราง 9 (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหา/กิจกรรม	ตัวชี้วัดที่ต้องการปรับเปลี่ยน	แนวคิด/เทคนิคที่ใช้	วิธีดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้
3	ทบทวนบทเรียนครั้งที่ 2	1. การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริหารร่างกาย 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกาย	การสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ	การฝึกปฏิบัติในท่าการบริหารร่างกาย/การฝึกทักษะ การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ บันทึกพฤติกรรม
			การใช้คำพูดชักจูง	การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ การกล่าวชื่นชมในความสำเร็จ
			การเตือนตนเอง	การตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย การสังเกตตนเอง การบันทึกพฤติกรรม
4	การฝึกปฏิบัติการลุกขึ้นนั่งทรงตัวในท่านั่ง ลูกเขี่ยยืน ทรงตัวในท่านยืน เคลื่อนย้ายตัว เดินทางราบ และการขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ชั้น	1.การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการฝึกปฏิบัติการลุกขึ้นนั่ง ทรงตัวในท่านั่ง ลูกเขี่ยยืน ทรงตัวในท่านยืน เคลื่อนย้ายตัว เดินทางราบ และการขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ชั้น 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน	การสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ	การฝึกปฏิบัติ/การฝึกทักษะ การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ การมอบหมายงาน (สังเกตพฤติกรรม)
			การใช้คำพูดชักจูง	การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ การกล่าวชื่นชมในความสำเร็จ
			การเตือนตนเอง	การตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย การสังเกตตนเอง การบันทึกพฤติกรรม

ตาราง 9 (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหา/กิจกรรม	ตัวชี้วัดที่ต้องการปรับเปลี่ยน	แนวคิด/เทคนิคที่ใช้	วิธีดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้
5	ทบทวนบทเรียนครั้งที่ 4	1.การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการฝึกปฏิบัติการลุกขึ้นนั่ง ทรงตัวในท่านั่ง ลุกขึ้นยืน ทรงตัวในท่านยืน เคลื่อนย้ายตัว เดินทางราบ และการขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ชั้น 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน	การสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ	การฝึกปฏิบัติ/การฝึกทักษะ การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ บันทึกรูปพฤติกรรม
			การใช้คำพูดชักจูง	การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ การกล่าวชื่นชมในความสำเร็จ
			การเตือนตนเอง	การตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย การสังเกตตนเอง การบันทึกพฤติกรรม
6	การฝึกปฏิบัติในเรื่องการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ แปร่งฟัน ล้างหน้า หวีผม การถอดเสื้อและกางเกง การใส่เสื้อ และกางเกง	1. การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ แปร่งฟัน ล้างหน้า หวีผม การถอดเสื้อและกางเกง การใส่เสื้อ และกางเกง 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน	การสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ	การฝึกปฏิบัติ/การฝึกทักษะ การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ การมอบหมายงาน (สังเกตพฤติกรรม)
			การใช้คำพูดชักจูง	การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ การกล่าวชื่นชมในความสำเร็จ
			การเตือนตนเอง	การตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย การสังเกตตนเอง การบันทึกพฤติกรรม

ตาราง 9 (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหา/กิจกรรม	ตัวชี้วัดที่ต้องการเปลี่ยนแปลง	แนวคิด/เทคนิคที่ใช้	วิธีดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้
7	ทบทวนบทเรียนครั้งที่ 6	1. การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ แปร่งฟัน ล้างหน้า หวีผม การถอดเสื้อและกางเกง การใส่เสื้อ และกางเกง 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน	การสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ	การฝึกปฏิบัติ/การฝึกทักษะ การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ บันทึกพฤติกรรม
			การใช้คำพูดชักจูง	การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ การกล่าวชื่นชมในความสำเร็จ
			การเตือนตนเอง	การตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย การสังเกตตนเอง การบันทึกพฤติกรรม
8	ทบทวนบทเรียนในครั้งที่ 2-6 สรุป	1. การรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน	การสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ	การฝึกปฏิบัติ/การฝึกทักษะ การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ
			การใช้คำพูดชักจูง	การชี้แนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ การกล่าวชื่นชมในความสำเร็จ

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- คู่มือการศึกษาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตน
- คู่มือการบริหารร่างกาย
- คู่มือการทำกิจวัตรประจำวัน

คู่มือการศึกษาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตน

ครั้งที่ 1 ขั้นเตรียมก่อนการศึกษา

อุปกรณ์ที่ใช้ - เกณฑ์ที่ใช้กำหนดคุณลักษณะของผู้รับบริการ

- เอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
 - แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารร่างกาย
 - แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการทำกิจวัตรประจำวัน
- แบบสอบถามการบริหารร่างกาย
- แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน

วิธีการดำเนินการ

ผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย มีความเข้าใจ และเห็นเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัย : สวัสดิ์คะ อาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีกเกิดจากการที่เส้นเลือดในสมองตีบหรือแตก เมื่อเกิดภาวะร่างกายอ่อนแรงแล้วสิ่งที่จะช่วยให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นคือการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ได้แก่ การบริหารร่างกายแขนขาและฝึกการช่วยเหลือตนเองโดยใช้แขนข้างที่มีแรงช่วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ท่านสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่พึ่งพาคนอื่น และเรียนรู้การเคลื่อนไหวอีกครั้งแต่ต้องอาศัยการฝึกฝน และวิธีการเตือนตนเองโดยที่จะตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการสังเกตพฤติกรรม และบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งการบันทึกพฤติกรรม ผู้บำบัดจะเป็นผู้บันทึกให้ในครั้งต่อไป แต่สิ่งที่จะต้องทำคือการสังเกตตัวเอง ซึ่งกระบวนการเตือนตนเองนี้จะอยู่ในโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของท่านว่า ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะทำตามโปรแกรมเหล่านี้มากน้อยเพียงใด และสามารถทำเองอย่างที่คิดไว้หรือไม่

ผู้รับบริการ : รับฟังคำชี้แจง สอบถามข้อสงสัย ตอบแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมตอบแบบวัดระดับการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องการบริหารร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน

ครั้งที่ 2 ให้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องการบริหารร่างกาย

- อุปกรณ์ที่ใช้
- แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
 - คู่มือการบริหารร่างกาย

วิธีการดำเนินการ

ผู้วิจัย : โปรแกรมในวันนี้เราจะมาฝึกการบริหารร่างกายโดยที่ท่านสามารถทำได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ประกอบด้วยกัน 7 ท่า ได้แก่ การยกแขนขึ้นลง การกางแขนหุบแขน การเคลื่อนไหวข้อศอกงอเหยียด การกระดกข้อมือเหยียดนิ้วมือ การงอเหยียดสะโพก การกางขาหุบขาเข้า และการยกกันขึ้นลง

ท่าที่แรก คือ การยกแขนขึ้นลง ท่านี้จะช่วยในการยืดหัวไหล่และสะบัก เป็นการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อรอบๆ หัวไหล่และป้องกันไม่ให้ข้อไหล่ติด วิธีการคือใช้มือข้างที่มีแรงจับข้อมือข้างที่อ่อนแรง จับแขนข้างที่อ่อนแรงให้เหยียดตรง ค่อยๆ ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ ยกจนสุดให้รู้สึกว่ตันทนสัมผัสที่หูค้างไว้ นับ 1 ถึง 3 แล้วค่อยๆ ยกแขนข้างที่อ่อนแรงกลับมาที่ท่าเริ่มต้น ให้ทำไป 5 ครั้ง (สาธิตให้ดูและให้ดูคู่มือประกอบ)

ผู้รับบริการ : ทำตามท่าบริหาร

ผู้วิจัย : ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมๆ กับคำแนะนำในการทำท่าที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิค่ะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 5 ครั้ง ถ้าผู้รับบริการทำท่าทางถูกต้อง 3 ใน 5 ครั้ง แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในท่ายกแขนขึ้นลง

ท่าที่ 2 คือ การกางแขนหุบแขน ท่านี้จะช่วยยืดกล้ามเนื้อบริเวณรักแร้ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่เล็ก อาจเกิดอาการปวดและเกร็งได้ วิธีการคือใช้มือข้างที่มีแรงจับข้อมือข้างที่อ่อนแรงและกางออกเป็นมุมฉากไปด้านข้างค้างไว้ นับ 1 ถึง 3 แล้วยกแขนข้างที่อ่อนแรงพาดอก และยกขึ้นไปให้ลำแขนยกขึ้นเล็กน้อย หลังจากนั้นค่อยยกกลับมาที่เดิม ให้ทำไป 5 ครั้ง (สาธิตให้ดูและให้ดูคู่มือประกอบ)

ผู้รับบริการ : ทำตามท่าบริหาร

ผู้วิจัย : ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมๆ กับคำแนะนำในการทำท่าที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิค่ะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 5 ครั้ง ถ้าผู้รับบริการทำท่าทางถูกต้อง 3 ใน 5 ครั้ง แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในท่ากางแขนหุบแขน

ท่าที่ 3 คือ การเคลื่อนไหวข้อศอกงอเหยียด ท่านี้จะช่วยในการยืดกล้ามเนื้อบริเวณข้อศอกไม่ให้เกร็ง วิธีการคือใช้มือข้างที่มีแรงจับข้อมือข้างที่อ่อนแรง งอข้อศอกพับเข้าหาต้นแขน และเหยียดข้อศอกขึ้น ให้ทำไป 5 ครั้ง (สาธิตให้ดูและให้ดูคู่มือประกอบ)

ผู้รับบริการ : ทำตามท่าบริหาร

ผู้วิจัย : ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมกับคำแนะนำในการทำท่าทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิค่ะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 5 ครั้ง ถ้าผู้รับบริการทำท่าทางถูกต้อง 3 ใน 5 ครั้ง แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในท่าเคลื่อนไหวข้อศอกงอเหยียด

ท่าที่ 4 คือ การกระดกข้อมือเหยียดนิ้วมือ ท่านี้จะช่วยในการยืดเส้นเอ็นบริเวณข้อมือและนิ้วมือไม่ให้เกิดอาการเกร็ง วิธีการคือใช้มือข้างที่มีแรงจับข้อมือข้างที่อ่อนแรง จับปลายนิ้วเหยียดตรง และกระดกข้อมือขึ้น จัดให้นิ้วโป้งกางออก ให้ทำไป 5 ครั้ง (สาธิตให้ดูและให้ดูคู่มือประกอบ)

ผู้รับบริการ : ทำตามท่าบริหาร

ผู้วิจัย : ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมกับคำแนะนำในการทำท่าทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิค่ะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 5 ครั้ง ถ้าผู้รับบริการทำท่าทางถูกต้อง 3 ใน 5 ครั้ง แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในท่ากระดกข้อมือเหยียดนิ้วมือ

ท่าที่ 5 คือ การงอเหยียดสะโพก ท่านี้จะช่วยยืดกล้ามเนื้อสะโพก และกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหว เป็นการเตรียมพร้อมในการยืนและเดิน วิธีการคือยกเท้าข้างที่มีแรงมาวางใต้เข่า ข้างที่อ่อนแรง เลื่อนเท้าข้างที่มีแรงไปยังข้อเท้าข้างที่อ่อนแรง ยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้น โดยใช้แรงจากที่มีแรงช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรง ให้ทำไป 5 ครั้ง (สาธิตให้ดูและให้ดูคู่มือประกอบ)

ผู้รับบริการ : ทำตามท่าบริหาร

ผู้วิจัย : ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมกับคำแนะนำในการทำท่าทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิค่ะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 5 ครั้ง ถ้าผู้รับบริการทำท่าทางถูกต้อง 3 ใน 5 ครั้ง แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในท่างอเหยียดสะโพก

ท่าที่ 6 คือ การกางขาหุบขาเข้า ท่านี้จะช่วยยืดกล้ามเนื้อบริเวณขาหนีบ ไม่ให้เกิดอาการเกร็ง วิธีการคือยกเท้าข้างที่มีแรงมาวางใต้ขา ข้างที่อ่อนแรง เลื่อนเท้าข้างที่มีแรงไปยังข้อเท้าข้างที่อ่อนแรง ยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นประมาณ 2 นิ้ว หุบขาข้างที่อ่อนแรงเข้า และใช้ขาข้างที่มีแรงช่วยกางขาข้างที่อ่อนแรงให้มากที่สุด ให้ทำไป 5 ครั้ง (สาธิตให้ดูและให้ดูคู่มือประกอบ)

ผู้รับบริการ : ทำตามท่าบริหาร

ผู้วิจัย : ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมทั้งคำแนะนำในการทำท่าที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิคะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 5 ครั้ง ถ้าผู้รับบริการทำท่าทางถูกต้อง 3 ใน 5 ครั้ง แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในท่ากางขาหุบขาเข้า

ท่าที่ 7 คือ การยกกันขึ้นลง ท่านี้จะช่วยยืดกล้ามเนื้อหลัง สะโพก และขา วิธีการคือให้ผู้รับบริการนอนหงายพร้อมกับชันเข่าแล้วยกสะโพกขึ้นลงสลับกัน ให้ทำไป 5 ครั้ง (สาธิตให้ดูและให้ดูคู่มือประกอบ)

ผู้รับบริการ : ทำตามท่าบริหาร

ผู้วิจัย : ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมทั้งคำแนะนำในการทำท่าที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิคะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 5 ครั้ง ถ้าผู้รับบริการทำท่าทางถูกต้อง 3 ใน 5 ครั้ง แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในท่ายกกันขึ้นลง

หลังจากให้ผู้รับบริการได้ลองทำตามท่าบริหารทั้ง 7 ท่าที่ประสบความสำเร็จ แล้วผู้บำบัดและผู้รับบริการตั้งพฤติกรรมเป้าหมายร่วมกัน และมอบหมายงานให้ผู้รับบริการสังเกตพฤติกรรมตนเองที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 3 ทบทวนความรู้ในเรื่องการบริหารร่างกาย

- อุปกรณ์ที่ใช้
- แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
 - คู่มือการบริหารร่างกาย

วิธีการดำเนินการ

ผู้วิจัย : วันนี้เรามาทบทวนท่าบริหารร่างกายที่เรียนกันไปแล้ว มีอุปสรรคในการทำไหมคะ

ผู้รับบริการ : ทบทวนท่าบริหารร่างกาย

ผู้วิจัย : แล้วพฤติกรรมที่เราตั้งเป้าหมายไว้ ได้ทำกันหรือเปล่าคะ

ผู้รับบริการ : ตอบคำถาม และบอกพฤติกรรมที่ตนเองสังเกต

ครั้งที่ 4 ให้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องความสามารถในการลุกขึ้นนั่ง ทรงตัวในท่าหนึ่ง ลุกขึ้นยืน ทรงตัวในท่ายืน เคลื่อนย้ายตัว เดินทางราบ และการขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ชั้น

- อุปกรณ์ที่ใช้
- แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
 - คู่มือการทำกิจวัตรประจำวัน

วิธีการดำเนินการ

ผู้วิจัย : อธิบายพร้อมสาธิตในแต่ละท่าที่ถูกต้องและให้ผู้รับบริการทำตาม

การลุกขึ้นนั่ง โดยให้ผู้รับบริการพลิกตะแคงมาด้านที่มีแรง นำมือข้างที่อ่อนแรงวางไว้บริเวณหน้าท้อง แล้วให้ผู้รับบริการใช้เท้าด้านที่มีแรงยกเท้าด้านที่อ่อนแรงเคลื่อนไปบริเวณขอบเตียง แล้วให้ใช้ข้อศอกด้านที่มีแรงดันตัว ยกศีรษะขึ้นและเปลี่ยนการลงน้ำหนักไปที่ฝ่ามืออย่างรวดเร็ว และเลื่อนมือไปด้านหลัง ดันลำตัวขึ้นมาเป็นท่าหนึ่ง เคลื่อนมือมาด้านข้างเพื่อเป็นการจัดทำให้ผู้รับบริการได้อยู่ในท่าหนึ่ง ให้ผู้รับบริการทำให้อ่อนพร้อมกับคำแนะนำในการทำท่าที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกสิคะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 3 รอบ ถ้าผู้รับบริการสามารถทำได้ 2 ใน 3 รอบ แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในกิจกรรมการลุกขึ้นนั่ง

การทรงตัวในท่าหนึ่ง เป็นท่าต่อเนื่องจากท่าลุกขึ้นนั่ง โดยให้ผู้รับบริการหาจุดสมดุลของตัวเองแล้วค่อยนำมือที่ดันตัวเองมาวางที่ขาของผู้รับบริการ โดยมีผู้วิจัยนั่งอยู่ข้างที่อ่อนแรง คอยระวังเรื่องการล้ม และให้ผู้รับบริการทำให้อ่อนพร้อมกับคำแนะนำในการทำท่าที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกสิคะ” ให้ผู้รับบริการนั่งโดยไม่ใช้มือดันตัวเองประมาณ 5 นาที ถ้าผู้รับบริการสามารถทำแสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในกิจกรรมการทรงตัวในท่าหนึ่ง

การลุกขึ้นยืน โดยให้ผู้รับบริการนั่งห้อยขาโดยให้เท้าทั้งสองสัมผัสพื้นและวางเท้าห่างกันประมาณ 6-8 นิ้ว นำเก้าอี้มาวางด้านหน้าผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการใช้มือข้างที่มีแรงจับเก้าอี้หรือให้ผู้รับบริการจับไม้เท้า ให้ผู้รับบริการโน้มศีรษะมาด้านหน้า ยกกันขึ้นจากเตียงหรือเก้าอี้พร้อมเหยียดเข่าทั้งสองข้าง ยึดตัวขึ้น โดยมีผู้วิจัยอยู่ข้างที่อ่อนแรง คอยระวังเรื่องการล้ม และให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมกับคำแนะนำในการทำทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการกระทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิคะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 3 รอบ ถ้าผู้รับบริการสามารถทำได้ 2 ใน 3 รอบ แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในกิจกรรมการลุกขึ้นยืน

การทรงตัวในท่ายืน เป็นท่าต่อเนื่องจากการลุกขึ้นยืน โดยให้ผู้รับบริการหาจุดสมดุลของตัวเองในการยืน ขณะที่ยืนผู้รับบริการฝึกลงน้ำหนักลงบนขาข้างที่อ่อนแรง ศีรษะ ลำตัว สะโพกขาทั้งสองข้างทำอยู่ในแนวตรง โดยมีผู้วิจัยนั่งอยู่ข้างที่อ่อนแรง คอยระวังเรื่องการล้ม และให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมกับคำแนะนำในการทำทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการกระทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิคะ” ให้ผู้รับบริการยืนเกาะเก้าอี้หรือไม้เท้าประมาณ 5 นาที ถ้าผู้รับบริการสามารถทำแสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในกิจกรรมการทรงตัวในท่ายืน

การเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงลงนั่งในรถเข็น โดยรถเข็นหรือเก้าอี้ท้าวแขนวางทแยงมุมกับเตียงหันหน้าเข้าชิดทางด้านแขนขาข้างที่มีแรง ล้อครกก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง โน้มตัวมาข้างหน้าใช้มือข้างที่ด้อยขอบเตียงดันตัวให้ลุกขึ้นยืน นำนกตัวอยู่บนขาข้างที่มีแรง ค่อยๆ หมุนตัว หันด้านหลังให้รถเข็นหรือเก้าอี้ แล้วค่อยหย่อนตัวลงนั่งในรถเข็นหรือเก้าอี้ สำหรับการเคลื่อนย้ายตัวจากรถเข็นหรือเก้าอี้มายังเตียงให้มีลำดับขั้นตอนตรงข้ามกับการเคลื่อนย้ายจากเตียงลงนั่งในรถเข็นตามลำดับ ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมกับคำแนะนำในการทำทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการกระทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิคะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 3 รอบ ถ้าผู้รับบริการสามารถทำได้ 2 ใน 3 รอบ แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในการเคลื่อนย้ายตัว

การเดินทางราบ เป็นท่าต่อเนื่องจากการทรงตัวในท่ายืน หลังจากที่ได้รับบริการหัดยืนทรงตัวได้แล้ว ให้ผู้รับบริการฝึกการก้าวขาไปด้านหน้า ด้านหลัง ด้านซ้าย และด้านขวา พร้อมกับลงน้ำหนักตัวบนขาที่ก้าวไป เริ่มจากท่ายืนตรง โดยเฉลิมน้ำหนักไปที่เท้าทั้งสองข้างเท่าๆ กัน เท้าห่างกันประมาณ 6-8 นิ้ว นำไม้เท้าไปวางด้านหน้า ยกขาที่อ่อนแรงไปด้านหน้าโดยลงน้ำหนักที่ขาข้างที่มีแรง และยกขาข้างที่มีแรงตาม และสลับนำไม้เท้าไปวางด้านหน้าต่อไป ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมกับคำแนะนำในการทำทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จ

ความสำเร็จในการกระทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิค่ะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 3 ก้าว ถ้าผู้รับบริการสามารถทำได้ 2 ใน 3 ก้าว แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในการเดินทางราบ

การขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ชั้น ให้ผู้รับบริการก้าวขาที่มีแรงขึ้นก่อน จากนั้นก้าวขาที่ย่อลงแรงตามขึ้นมายู่บันไดชั้นเดียวกัน เวลาลงให้เอาขาข้างที่ย่อลงแรงลงก่อนและเอาขาข้างที่มีแรงลงตาม ให้ผู้รับบริการทำให้อยู่พร้อมกับคำแนะนำในการทำทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการกระทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิค่ะ” ให้ผู้รับบริการลองเดินลงขึ้นบันได 1 ชั้น ถ้าผู้รับบริการสามารถทำได้ แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในการเดินขึ้นบันได

หลังจากให้ผู้รับบริการได้ลองทำกิจกรรมต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จ แล้วผู้บำบัดและผู้รับบริการตั้งพฤติกรรมเป้าหมายร่วมกัน และมอบหมายงานให้ผู้รับบริการสังเกตพฤติกรรมตนเองที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 5 ทบทวนความรู้ในการลุกขึ้นนั่ง ทรงตัวในท่านั่ง ลุกขึ้นยืน ทรงตัวในท่านยืน เคลื่อนย้ายตัว เดินทางราบ และการขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ชั้น

อุปกรณ์ที่ใช้

- แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
- คู่มือการบริหารร่างกาย

วิธีการดำเนินการ

ผู้วิจัย : วันนี้เรามาทบทวนการลุกขึ้นนั่ง ทรงตัวในท่านั่ง ลุกขึ้นยืนทรงตัวในท่านยืน เคลื่อนย้ายตัว เดินทางราบ และการขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ชั้นที่เรียนกันไปแล้ว มีอุปกรณ์ในการทำไหมคะ

ผู้รับบริการ : ทบทวนการลุกขึ้นนั่ง ทรงตัวในท่านั่ง ลุกขึ้นยืนทรงตัวในท่านยืน เคลื่อนย้ายตัว เดินทางราบ และการขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 1 ชั้น

ผู้วิจัย : แล้วพฤติกรรมที่เราตั้งเป้าหมายไว้ ได้ทำกันหรือเปล่าคะ

ผู้รับบริการ : ตอบคำถาม และบอกพฤติกรรมที่ตนเองสังเกต

ครั้งที่ 6 ให้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องความสามารถในการรับประทาน อาหาร ดื่มน้ำ แปรงฟัน ล้างหน้า หวีผม การถอดเสื้อและกางเกง การใส่เสื้อ และกางเกง

- อุปกรณ์ที่ใช้**
- แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
 - คู่มือการทำกิจวัตรประจำวัน

วิธีการดำเนินการ

ผู้วิจัย : กิจกรรมการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ แปร่งฟัน ล้างหน้า หวีผม กิจกรรมเหล่านี้สามารถทำด้วยมือข้างเดียวได้ โดยให้ใช้ข้างที่มีแรงทำ ถ้ามีแรงข้างที่ไม่ถนัด อาจจะไม่คล่อง แต่หากทำบ่อยครั้งจะสามารถทำได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วย ตอนนี้เรามาศึกษา ทำกันนะค่ะว่าทำแล้วเกิดปัญหาตรงไหนบ้าง โดยใช้มือข้างที่มีแรงจับช้อนตักข้าวเข้าปาก จับแก้ว ดื่มน้ำ บีบยาสีฟันและแปร่งฟัน ใช้มือจับหวีมาหวีผม และให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมๆกับ คำแนะนำในการทำทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูด ชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิค่ะ” ให้ผู้รับบริการลองทำไปอีก 3 รอบ ถ้าผู้รับบริการสามารถทำได้ 2 ใน 3 รอบ แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในกิจกรรมรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ แปร่งฟัน หวีผม

ผู้รับบริการ : ทำตามกิจกรรมตามที่กำหนด

กิจกรรมการถอดเสื้อและกางเกง การใส่เสื้อและกางเกง กิจกรรมนี้ก็เช่นเดียวกันคือ ใช้ข้างที่มีแรงช่วยทำ โดยเริ่มจากการใส่เสื้อให้ใช้มือข้างที่มีแรงจับแขนเสื้อข้างที่อ่อนแรงใส่เข้าไปที่ แขนข้างที่อ่อนแรง เลื่อนแขนเสื้อขึ้นให้พ้นข้อศอกขึ้นมาถึงไหล่ ใช้มือข้างที่มีแรงอ้อมไปด้านหลัง เพื่อจับเสื้อมาใส่แขนข้างที่มีแรง แล้วใช้มือข้างที่มีแรงติดกระดุม จัดเสื้อให้เรียบร้อย การถอดเสื้อ ให้ปลดกระดุมเสื้อโดยใช้มือข้างที่มีแรงช่วย เริ่มจากถอดเสื้อจากแขนข้างที่มีแรงก่อนแล้วจึงเอื้อม มาถอดข้างที่อ่อนแรง ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมๆกับคำแนะนำในการทำทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถที่ มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิค่ะ” ให้ผู้รับบริการลอง ทำไปอีก 3 รอบ ถ้าผู้รับบริการสามารถทำได้ 2 ใน 3 รอบ แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในกิจกรรมการใส่และถอดเสื้อ

กิจกรรมการถอดและใส่กางเกง เริ่มโดยให้ผู้รับบริการนั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ยกขาข้างที่อ่อน แรงแวางทับขาข้างที่มีแรง จับขากางเกงรูดขากางเกงให้สั้นก่อนแล้วนำมาสวมขาข้างที่อ่อนแรง ดึง ขากางเกงขึ้นให้สูงที่สุด จากนั้นจึงสวมขาข้างที่มีแรง ดึงและจัดกางเกงให้เรียบร้อย (ถ้า ผู้รับบริการที่สามารถยืนได้ดีให้ดึงกางเกงขึ้นในท่ายืน แต่ถ้าผู้รับบริการที่ทรงตัวยังไม่ดี ยืนไม่ได้ ให้ดึงกางเกงในท่านอน โดยพลิกตัวดึงกางเกงขึ้นที่ละข้าง) และการถอดกางเกงให้ถอดข้างที่มีแรง ก่อนแล้วถอดข้างที่อ่อนแรง ให้ผู้รับบริการทำให้อูพร้อมๆกับคำแนะนำในการทำทางที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำและพูดชักจูงให้ผู้รับบริการเห็น ความสามารถที่มีอยู่ เมื่อผู้รับบริการทำได้แล้วให้คำชมว่า “คุณทำได้แล้ว ลองทำซ้ำอีกซิค่ะ” ให้

ผู้รับบริการลองทำไปอีก 3 รอบ ถ้าผู้รับบริการสามารถทำได้ 2 ใน 3 รอบ แสดงว่าผู้รับบริการประสบความสำเร็จในกิจกรรมการใส่และถอดกางเกง

ผู้รับบริการ : ทำตามกิจกรรมตามที่กำหนด

หลังจากให้ผู้รับบริการได้ลองทำกิจกรรมต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จ แล้วผู้บำบัดและผู้รับบริการตั้งพฤติกรรมเป้าหมายร่วมกัน และมอบหมายงานให้ผู้รับบริการสังเกตพฤติกรรมตนเองที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 7 ทบทวนความรู้ในการรับประทานอาหารเช้า ดื่มน้ำ แปร่งฟัน ล้างหน้า หวีผม การถอดเสื้อและกางเกง การใส่เสื้อและกางเกง

อุปกรณ์ที่ใช้ - แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรม

- คู่มือการทำกิจวัตรประจำวัน

วิธีการดำเนินการ

ผู้วิจัย : วันนี้เรามาทบทวนการรับประทานอาหารเช้า ดื่มน้ำ แปร่งฟัน ล้างหน้า หวีผม การถอดเสื้อและกางเกง การใส่เสื้อและกางเกง ที่เรียนกันไปแล้ว มีอุปสรรคในการทำไหมคะ

ผู้รับบริการ : ทบทวนการรับประทานอาหารเช้า ดื่มน้ำ แปร่งฟัน ล้างหน้า หวีผม การถอดเสื้อและกางเกง การใส่เสื้อและกางเกง

ผู้วิจัย : แล้วพฤติกรรมที่เราตั้งเป้าหมายไว้ ได้ทำกันหรือเปล่านั้น

ผู้รับบริการ : ตอบคำถาม และบอกพฤติกรรมที่ตนเองสังเกต

ครั้งที่ 8 ชั้นประเมินผล

อุปกรณ์ที่ใช้ - แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารร่างกาย

- แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการทำกิจวัตรประจำวัน

- แบบสอบถามการบริหารร่างกาย

- แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน

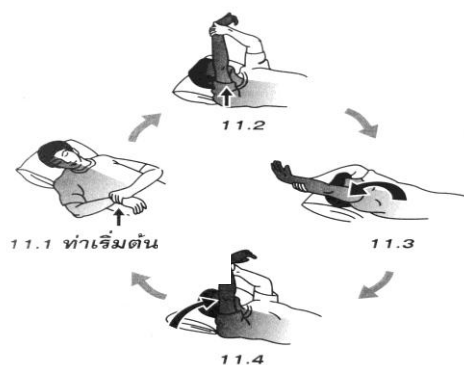
วิธีการดำเนินการ

ผู้วิจัย : หลังจากที่เราได้รับโปรแกรมการฝึกแล้ว วันนี้จะขอประเมินผลตั้งแต่วันแรก จนถึงวันสุดท้ายว่าเรามีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองมากน้อยแค่ไหน

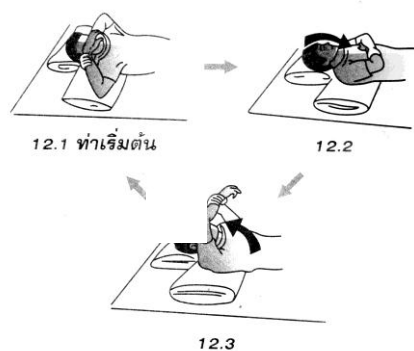
หลังจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยให้ผู้รับบริการตอบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการบริหารร่างกายและพฤติกรรมในการทำกิจวัตรประจำวันและกล่าวขอบคุณผู้รับบริการที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

คู่มือการบริหารร่างกาย

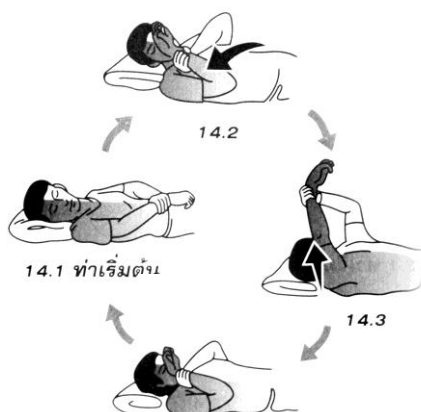
ท่าที่ 1 : การยกแขนขึ้นลง



ท่าที่ 2 : การกางแขนหุบแขน



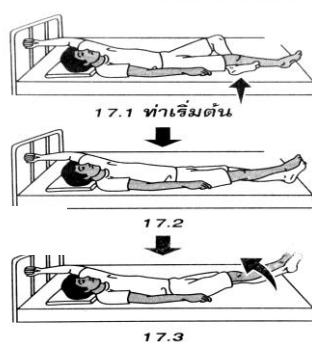
ท่าที่ 3 : การเคลื่อนไหวข้อศอกงอเหยียด



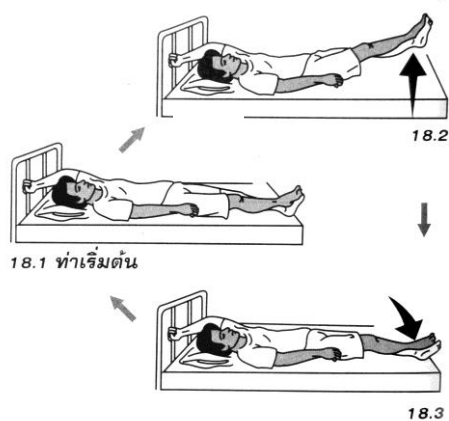
ท่าที่ 4 : การกระดกข้อมือเหยียดนิ้วมือ



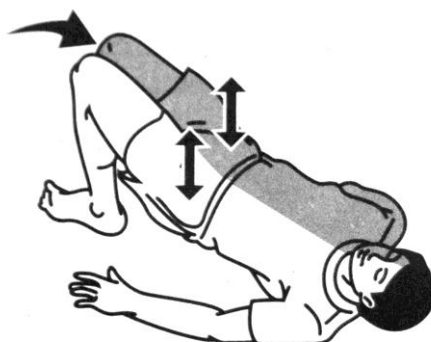
ท่าที่ 5 : การงอเหยียดสะโพก



ท่าที่ 6 : การกางขาหุบขาเข้า



ท่าที่ 7 : การยกก้นขึ้นลง



คู่มือการทำกิจวัตรประจำวัน

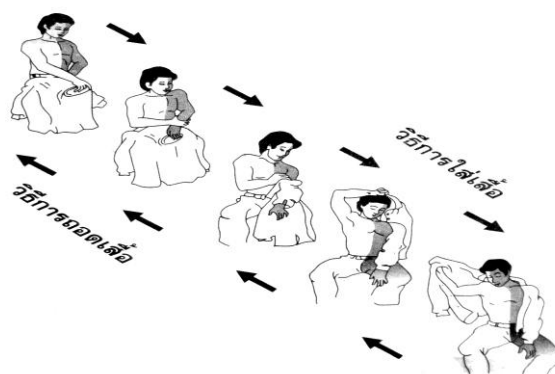
การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ



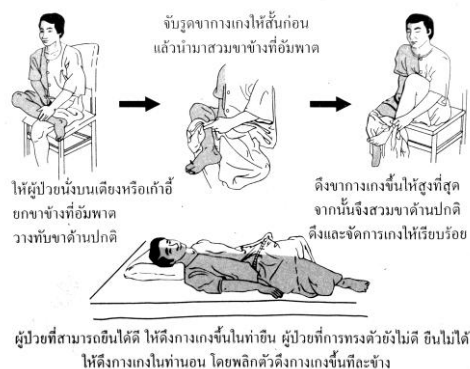
การล้างหน้า แปรงฟัน ล้างมือ หวีผม : โดยพยายามใช้มือข้างที่มีแรงช่วยทำ



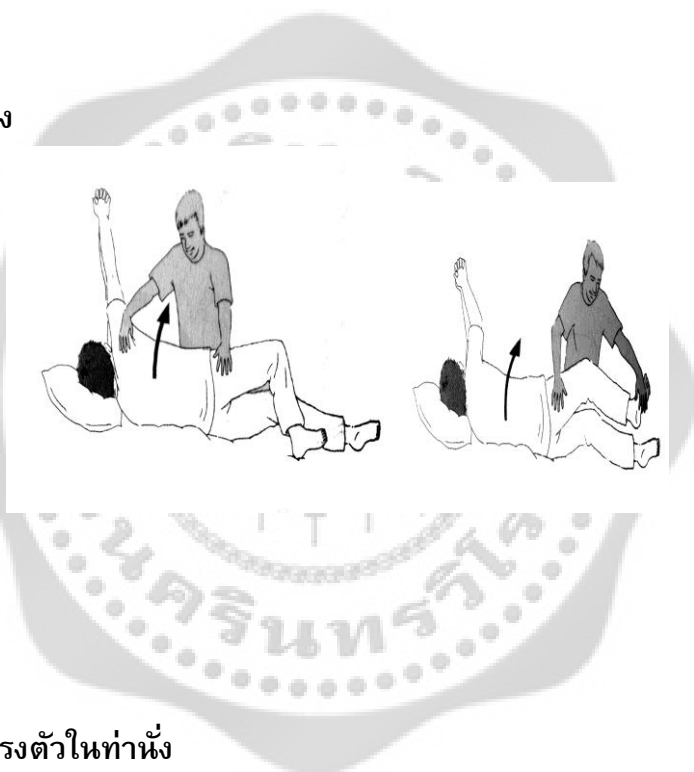
การใส่ - ถอดเสื้อ



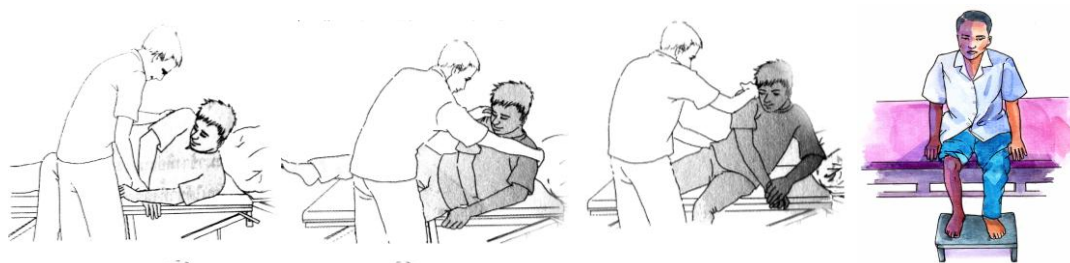
การใส่ – ถอดกางเกง



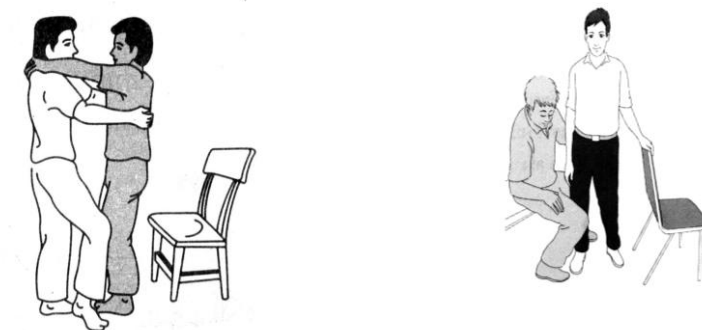
การพลิกตัวบนเตียง



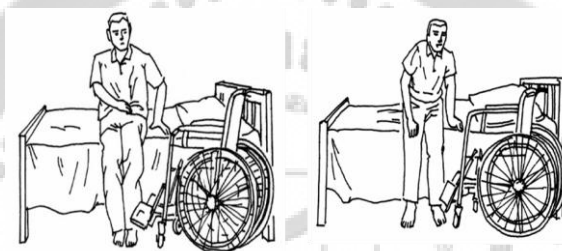
การลุกขึ้นนั่งและทรงตัวในท่านั่ง



การลุกขึ้นยืนและทรงตัวในทำยืน



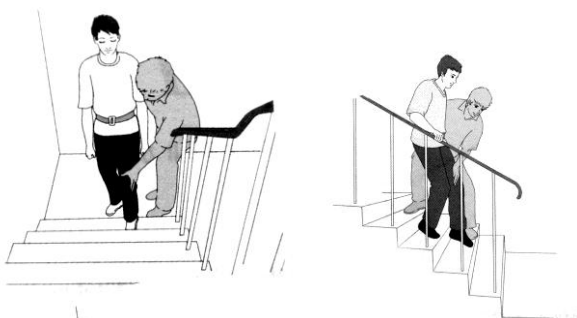
การเคลื่อนย้ายตัว



การเดินทางราบ



การเดินขึ้น - ลง บันได



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- เอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย
- เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารร่างกาย
- แบบบันทึกการเกิดพฤติกรรมการบริหารร่างกาย
- แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการทำกิจวัตรประจำวัน
- แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน
- แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้
ความสามารถของคนที่ต้องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการ ดังต่อไปนี้ โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ
การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่ต้องพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกในขณะที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการนี้

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะขอยุติการวิจัยได้ในระหว่างทำการเก็บข้อมูล และถ้าข้าพเจ้าได้รับการตรวจพบว่ามี
ความผิดปกติของร่างกายหรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นขณะทำการวิจัย

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการ
วิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถจะติดต่อกับ นางสาวพรทิพย์พา ธิมายอม หมายเลขโทรศัพท์

086-379-9074

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะของการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยการงดการเข้า
ร่วมการวิจัยจะไม่กระทบต่อการได้รับการบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับแต่ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่จะได้รับการจากการเข้าร่วมโครงการ
ในครั้งนี้และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว โดยขอให้ผู้วิจัยงดการเปิดเผยชื่อ ประวัติ ตลอดจน
ข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า แก่ผู้อื่นได้รับทราบ

ข้าพเจ้าทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ ผู้ดำเนินการวิจัย/ ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/ วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ วันที่.....
(.....)

เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

หัวหน้าโครงการ นางสาวพรทิพย์พา ธิมายอม

สถานที่วิจัย งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพฯ

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก ในสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ โดยหวังผลที่จะนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการรักษา และพัฒนาปรับปรุงการให้การรักษาทันทีต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เพราะ ท่านได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีการอ่อนแรงร่างกายครึ่งซีก โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 12 เดือน ในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2553 - 2554 เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัย สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย คือ

1. ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ (ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการวินิจฉัยทางการแพทย์ ภาวะการอ่อนแรงระยะเวลาที่มีอาการ) การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน การเกิดพฤติกรรมบริการร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน
2. หากท่านผ่านเกณฑ์การคัดเลือกของโครงการวิจัย ชื่อของท่านจะได้รับการจัดลำดับตามตัวเลขและจับสลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลองซึ่งจะได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยเข้ารับโปรแกรมต่อเนื่องกัน 8 ครั้งๆ ละ 40-60 นาที และโปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข หรือกลุ่มควบคุมซึ่งจะได้รับโปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข
3. ก่อนที่ท่านจะได้ร่วมกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมในครั้งที่ 1 ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ตามข้อ 1. ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที
4. ภายหลังจากการเข้าร่วมกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ท่านจะได้รับการประเมินพฤติกรรมบริการร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน

การวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากการตอบแบบสอบถามที่ไม่ซับซ้อนและไม่ยากเกินไป การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ภายใต้การดูแลของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใดๆ จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นางสาวพรทิพย์พา ธิมายอม งานกิจกรรมบำบัด กลุ่ม

งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี จังหวัดกรุงเทพฯ
โทรศัพท์ 02-3457077 ต่อ 3271 มือถือ 086-379-9074 ได้ตลอดเวลา

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยเร็วไม่
ปิดบัง

เนื่องจากต้องการให้ทราบว่าท่านได้ตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยจึงใส่โค้ด ชื่อ และเบอร์โทรศัพท์ที่
สะดวกไว้ในเอกสารปะหน้าแบบสอบถาม แต่เมื่อได้รับแล้วจะทำการแยกเก็บรักษาเอกสารปะหน้านี้ออกจาก
แบบสอบถามทันที และจะปรากฏเพียงโค้ดบนแบบสอบถามเท่านั้น โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลส่วนตัวของ
ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูล
ส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน
หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น ทั้งนี้หัวหน้าโครงการวิจัยจะเก็บข้อมูล
ในกล่องปิดผนึก เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี และใช้เครื่องทำลายเอกสารข้อมูลวิจัยทั้งหมดเมื่อพ้นระยะเก็บ
ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการ
ไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและรักษาที่สมควรจะได้รับ
แต่ประการใด

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วย
ความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม
(.....)
วันที่

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ข้อมูลส่วนนี้เป็นแบบสัมภาษณ์และสังเกต โดยผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามให้ผู้รับบริการฟัง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ข้อ	คำถาม	คำตอบ
1	เพศ	☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2	อายุ	ปี
3	สถานภาพ	☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หย่า/ แยกกัน ☐ 4. หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
4	ระดับการศึกษา	☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ☐ 4. ปวส./ อนุปริญญา ☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5	ปัจจุบันพักอาศัยอยู่	☐ 1. คนเดียว ☐ 2. กับญาติ ☐ 3. กับสามี/ภรรยา ☐ 4. กับลูกหลาน ☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....
6	การประกอบอาชีพก่อนการเจ็บป่วย	☐ 1. ไม่ได้ทำงาน/ งานบ้าน ☐ 2. เกษตรกรรม ☐ 3. รับจ้าง/ บริษัทเอกชน ☐ 4. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว ☐ 5. รับราชการ/ พนักงานของรัฐ ☐ 6. พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....
7	สิทธิในการรักษา	☐ 1. จ่ายเอง ☐ 2. สิทธิข้าราชการ ☐ 3. สิทธิประกันสุขภาพ ☐ 4. สิทธิประกันสังคม ☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....
8	ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	☐ 1. ไม่มี ☐ 2. ความดันโลหิตสูง ☐ 3. เบาหวาน ☐ 4. ไขมันในเลือดสูง ☐ 5. โรคหัวใจ ☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....
9	ภาวะการอ่อนแรง	☐ 1. ข้างซ้าย ☐ 2. ข้างขวา
10	ระยะเวลาที่มีอาการ	วัน.....เดือน

แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

[illegible]

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมครอบครัวผู้รับบริการ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้รับบริการ โดยมีข้อคำถาม

ทั้งหมด 15 ข้อ ในแต่ละข้อให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความเป็นจริง

	การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	ไม่จริงเลย
1	สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยในเวลาที่ท่านทำการบริหารร่างกายส่วนที่อ่อนแรง					
2	สมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจท่านในการบริหารร่างกาย					
3	สมาชิกในครอบครัวมักปล่อยให้ท่านปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองตามลำพัง					
4	ท่านได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดอย่างสม่ำเสมอ					
5	ขณะที่ท่านมีอาการเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวเฉยเมย ไม่สนใจช่วยเหลือท่าน					
6	สมาชิกในครอบครัวท่าน ได้จัดหาข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ท่านเป็นมาให้					
7	ท่านได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของท่านจากสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ					
8	สมาชิกในครอบครัวท่านช่วยจำและบอกให้ท่านทราบเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย					
9	ท่านต้องค้นหาวิธีการดูแลปฏิบัติตน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยตัวเอง					
10	ท่านได้รับคำแนะนำถึงประโยชน์ของการบริหารร่างกายจากสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ					

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมครอบครัวผู้รับบริการ (ต่อ)

	การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	ไม่จริงเลย
11	สมาชิกในครอบครัวท่าน ช่วยจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริหารร่างกายให้กับท่าน					
12	ขณะที่ท่านเจ็บป่วยมีสมาชิกในครอบครัวรับอาสาทำงานต่างๆ แทนท่าน					
13	สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลามากพอช่วยเหลือดูแลท่าน					
14	ท่านสามารถให้ผู้อื่นให้สมาชิกในครอบครัวท่าน ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ใส่เสื้อผ้า พาเข้าห้องน้ำให้กับท่านได้					
15	สมาชิกในครอบครัวช่วยท่านทำการบริหารร่างกายตามที่นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดแนะนำ					

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารร่างกาย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้วัดระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารร่างกายตามท่าทางต่างๆ ท่านคิดว่าท่านมีความสามารถในการทำมากน้อยเพียงใด โดยจะแบ่งระดับเป็น 0 = ไม่มีความมั่นใจเลย จนถึง 10 = มีความมั่นใจมากที่สุด ให้ท่านตอบตามความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นของท่านเอง

ข้อ	กิจกรรม	ระดับความเชื่อมั่น										
		น้อยที่สุด					มากที่สุด					
1	การยกแขนขึ้นลง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	การกางแขนหุบแขน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	การเคลื่อนไหวข้อศอกงอเหยียด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	การกระดกข้อมือเหยียดนิ้วมือ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	การงอเหยียดสะโพก	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	การกางขาหุบขาเข้า	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	การยกกันขึ้นลง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

แบบบันทึกการเกิดพฤติกรรมการบริหารร่างกาย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อประเมินการเกิดพฤติกรรมในการบริหารร่างกายตามท่าทางต่าง ๆ โดยจะแบ่งการเกิดพฤติกรรมเป็น 0 = ทำเองไม่ได้ 1 = ต้องมีผู้ช่วย และ 2 = ทำเองได้โดยไม่มีผู้ช่วย ให้ท่านตอบตามการเกิดพฤติกรรมของท่านที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ	กิจกรรม	การเกิดพฤติกรรม		
		ทำเองไม่ได้ (0)	ต้องมีผู้ช่วย (1)	ทำเองได้โดยไม่มีผู้ช่วย (2)
1	การยกแขนขึ้นลง			
2	การกางแขนหุบแขน			
3	การเคลื่อนไหวข้อศอกงอเหยียด			
4	การกระดกข้อมือเหยียดนิ้วมือ			
5	การงอเหยียดสะโพก			
6	การกางขาหุบขาเข้า			
7	การยกกันขึ้นลง			

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการทำกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง ท่านคิดว่าท่านมีความสามารถในการทำกิจกรรมเหล่านี้มากน้อยเพียงใด โดยจะแบ่งระดับเป็น 0 = ไม่มีความมั่นใจเลย จนถึง 10 = มีความมั่นใจมากที่สุด ให้ท่านตอบตามความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นของท่านเอง

ข้อ	กิจกรรม	ระดับความเชื่อมั่น										
		น้อยที่สุด					มากที่สุด					
1	ดื่มน้ำ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	รับประทานอาหาร	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	แปรงฟัน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	ล้างหน้า	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	ล้างมือ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	หวีผม	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	ถอดเสื้อ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	ถอดกางเกง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	ใส่เสื้อ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	ใส่กางเกง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	พลิกตัวบนเตียง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	ลุกขึ้นนั่ง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	ทรงตัวในท่านั่ง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	ลุกขึ้นยืน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	ทรงตัวในท่านยืน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	เคลื่อนย้ายตัว	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	เดินบนทางราบ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	ขึ้น ลงบันได อย่างน้อย 1 ชั้น	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน โดยจะแบ่งการเกิดพฤติกรรม เป็น 5 ระดับ ให้ท่านตอบตามการเกิดพฤติกรรมของท่านที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ	กิจกรรม	การเกิดพฤติกรรม				
		Complete Independent (5)	Independent with assist (4)	Independent with minimal assist (3)	Independent with moderate assist (2)	Dependent (1)
1	ดื่มน้ำ					
2	รับประทานอาหาร					
3	แปรงฟัน					
4	ล้างหน้า					
5	ล้างมือ					
6	หวีผม					
7	ถอดเสื้อ					
8	ถอดกางเกง					
9	ใส่เสื้อ					
10	ใส่กางเกง					
11	พลิกตัวบนเตียง					
12	ลุกขึ้นนั่ง					
13	ทรงตัวในท่านั่ง					
14	ลุกขึ้นยืน					
15	ทรงตัวในท่ายืน					
16	เคลื่อนย้ายตัว					
17	เดินบนทางราบ					
18	ขึ้น ลงบันได อย่างน้อย 1 ชั้น					

รายละเอียดเกี่ยวกับการให้คะแนนแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน

คะแนน		คำอธิบาย
5	Complete Independent	ทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ทุกขั้นตอนภายในเวลาพอสมควร ไม่ต้อง ดัดแปลงวิธีการไม่ต้องใช้เครื่องช่วย และมีความปลอดภัยใน การกระทำ
4	Independent with Assist	มีการช่วยเหลือโดยอุปกรณ์ช่วยหรือมีผู้คอยระวัง ซึ่งแนะ กล่าวคือ สามารถทำกิจกรรมนั้นได้เองแต่อาจใช้เวลามากกว่า ปกติ หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายอยู่บ้าง อาจต้อง ดัดแปลงวิธีการ อาจต้องใช้เครื่องช่วย หรืออาจต้องมีผู้คอย ระวัง ชี้นำ ขยับเคຍอ แต่ผู้ช่วยเหลือไม่ได้ออกแรงช่วยทำ กิจกรรมนั้น
3	Independent with Minimal assist	ผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองได้มากกว่า 50% ออกแรงทำเอง และต้องการผู้ช่วยเหลือ 1 คน
2	Independent with Moderate assist	ผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50% และ ต้องการผู้ช่วยเหลือ 2 คน
1	Dependent	ผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวพรทิพย์พา ธิมายอม
วันเดือนปีเกิด	6 มีนาคม 2520
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	121/1 ซอยเปรมสมบัติ 3 แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10320
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ หัวหน้างานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2536	มัธยมศึกษาปีที่ 3 จาก โรงเรียนสวนบุญโญปถัมภ์ลำพูน จ.ลำพูน
พ.ศ.2539	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จาก โรงเรียนสวนบุญโญปถัมภ์ลำพูน จ.ลำพูน
พ.ศ.2543	วิทยาศาสตร์บัณฑิต(กิจกรรมบำบัด) จาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ.2554	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ