



ผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง
ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS AND SELF-REGULATION PROGRAM
ON HEALTH CARE BEHAVIOR AMONG STROKE PATIENTS

ปวีณา กัญญาพิลา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2565

ผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเอง
ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ปริญญาณิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS AND SELF-REGULATION PROGRAM
ON HEALTH CARE BEHAVIOR AMONG STROKE PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF SCIENCE
(Applied Behavioral Science Research)
Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

2022

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญาบัตร

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการฝึกสตีร่วมกับกำกับตนเอง
ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของ
ปวีณา กัญญาพิลา

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญาบัตร

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง) (รองศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ กิตติพิชัย)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ภัทรวิวัฒน์)

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเอง ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้วิจัย	ปวีณา กัญญาพิลา
ปริญญา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2565
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรัณย์ พิมพ็ทอง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกัน 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งดำเนินการวิจัย 2 ระยะโดยการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน และการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลองกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มจำแนกเข้ากลุ่ม (random assignment) กลุ่มทดลองจำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเองมีทั้งหมด 5 กิจกรรมระยะเวลา 5 สัปดาห์ ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .939 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .988 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ t-test สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (mean= 4.16, SD = 0.753) 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางชีวสังคมที่แตกต่างกันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว รายได้ และร่างกายข้างที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่าไม่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 4) ผลของโปรแกรมพบว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 5) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่รับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ : สติ, การทำกับตนเอง, พฤติกรรมดูแลสุขภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง

Title	EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS AND SELF-REGULATION PROGRAM ON HEALTH CARE BEHAVIOR AMONG STROKE PATIENTS
Author	PAWEENA KANYAPILA
Degree	MASTER OF SCIENCE
Academic Year	2022
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Saran Pimthong
Co Advisor	Associate Professor Dr. Ungsinun Intarakamhang

The objectives of this research are as follows: (1) to study the level of health care behavior among stroke patients; (2) to compare the health care behavior of stroke patients with different biosocial characteristics and family social support; (3) to study the effectiveness of a mindfulness and self-regulation program on the health care behavior of stroke patients; and (4) to study the interaction between family social support, mindfulness and a self-regulation program on the health care behaviors of stroke patients. The research had two phases. In phase one, 100 stroke patients participated in correlation research. The second phase was experimental research and the samples were randomly assigned into groups. The experimental group had 28 people and the control group had 30 people. The mindfulness and self-regulation program consisted of five activities over five weeks. The data were collected with a health care behavior questionnaire with a reliability score of .939 and a family social support questionnaire with a reliability score of .988. The data were analyzed by descriptive statistics, a t-test, One-Way and Two-Way ANOVA statistics. The results revealed the following: (1) the health care behavior of stroke patients were at a relatively high level (mean = 4.16, SD = 0.753); (2) stroke patients with different biosocial characteristics including age, gender, marital status, educational level, rights to health care scheme, duration of illness, characteristics of living, underlying diseases, income, and the affected side of the body showed no differences in health care behavior; (3) stroke patients with high levels of family social support had significantly higher health care behaviors than those with low family social support ($p < .05$); (4) after participation, the experimental group had higher health care behavior than the control group and higher than before participating in the intervention ($p < .05$); and (5) this study found that the interaction between family social support and the mindfulness and self-regulation program affected the health care behaviors of stroke patients.

Keyword : Mindfulness, Self-regulation, Health care behavior, Strokes

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

ปริญญาานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยความสำเร็จ ความเมตตา ความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ตลอดจนการให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับแก้ไขจนออกมาเป็นเล่มที่สมบูรณ์จากคณะกรรมการผู้ควบคุมปริญญาานิพนธ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรัณย์ พิมพ์ทอง และรองศาสตราจารย์ ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง ที่รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้และให้การสนับสนุนในทุกด้าน ทั้งด้านวิชาการความรู้ สนับสนุนกำลังใจ ติดตามควบคุมตลอดการดำเนินการวิจัยและข้อชี้แนะต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งตั้งแต่เริ่มพัฒนาโครงร่างการวิจัยจนกระทั่งปริญญาานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณประธานสอบและกรรมการสอบ ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร. วิวิธณี กิตติพิชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ภัทราวิวัฒน์ และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารยา เขียงของ อาจารย์ ดร. พิษชาติ ประสิทธิ์โชค และอาจารย์ชัยยุทธ โคตะรักษ์ ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาปรับปรุงทำให้ปริญญาานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะอาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ที่ได้ให้ความรู้และความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกตลอดการทำปริญญาานิพนธ์เล่มนี้จนสำเร็จด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยทุกระยะเป็นอย่างดี ขอขอบคุณภ.ชื่นชอบ นิสยามณีพงษ์ และภ.ภัทราพร พลจันทร์ที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือตลอดการวิจัย ขอขอบคุณแพทย์วุฒิพงษ์ จิวโรไทย และภ.ชลิวันท์ ใจกลม สำหรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย นอกจากนี้ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ รวมถึงบุคคลอีกหลายท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยมาโดยตลอด สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวและพี่หมีที่คอยเป็นกำลังใจและเป็นแรงผลักดันที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ ไปได้ด้วยดีและสำเร็จการศึกษาที่ตั้งใจไว้

ปวีณา กัญญาพิลา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญรูปภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	8
ขอบเขตด้านเนื้อหา	8
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	9
กลุ่มตัวอย่าง.....	9
ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ตอนที่ 1 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง	12
ประเภทโรคหลอดเลือดสมอง	13
อาการของโรคหลอดเลือดสมอง	13
ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง.....	13

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	15
ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	17
ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ: ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	20
ความหมายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	20
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง.....	21
การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	33
ตอนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	34
ตอนที่ 4 โปรแกรมการบำบัดสติร่วมกับการกำกับตนเอง.....	36
โปรแกรมการฝึกสติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	40
กระบวนการในการฝึกสติ.....	41
รูปแบบการฝึกสติ.....	46
งานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	48
โปรแกรมการฝึกสติ	50
โปรแกรมการกำกับตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	56
กระบวนการในการกำกับตนเอง.....	56
ผลงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	57
โปรแกรมการกำกับตนเอง	58
ตอนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	62
ความหมายการสนับสนุนทางสังคม.....	62
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม	62
การวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว.....	63

ผลงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับ
 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 64

กรอบแนวคิดในการวิจัย 65

นิยามเชิงปฏิบัติการ 66

สมมติฐานในการวิจัย 68

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 70

 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 70

 ขั้นตอนและรูปแบบการทดลอง 73

 การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 74

 การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล 92

 การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย 95

บทที่ 4 ผลการดำเนินงานวิจัย 97

 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 98

 ผลการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อตอบจุดมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 98

 ผลการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อตอบจุดมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 3 และ 4 105

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 114

 สรุปผลการวิจัย 118

 การอภิปรายผล 119

 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 133

 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 134

บรรณานุกรม 135

ภาคผนวก 145

ภาคผนวก ก 146

ภาคผนวก ข	149
ภาคผนวก ค	172
ประวัติผู้เขียน.....	189



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	25
ตาราง 2 ขั้นตอนและกระบวนการฝึกสติ	55
ตาราง 3 ขั้นตอนและกระบวนการฝึกกำกับตนเอง	60
ตาราง 4 แสดงแผนการวิจัย The Pretest-Posttest Control group Design	73
ตาราง 5 โครงสร้างโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง	80
ตาราง 6 แสดงจำนวนและค่าร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแรง และรายได้	99
ตาราง 7 ผลการศึกษาสถานการณ์ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	102
ตาราง 8 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	102
ตาราง 9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	104
ตาราง 10 แสดงกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามตามลักษณะทางชีวสังคม	106
ตาราง 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง	108
ตาราง 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง	110
ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจำแนกตามรูปแบบโปรแกรม (ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรม) และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	110

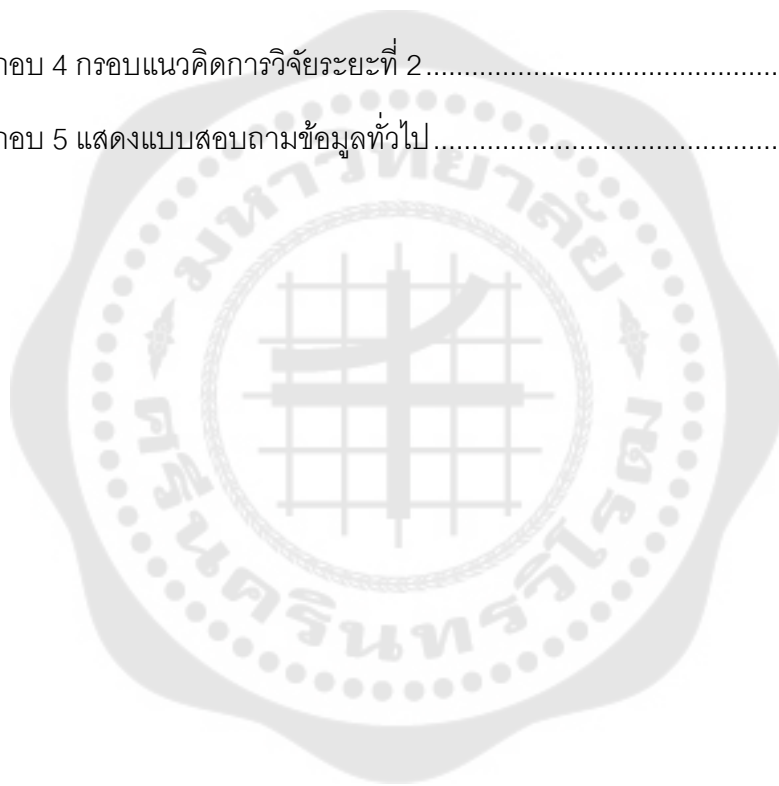
ตาราง 14 ผลการทดสอบการได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมและรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจาก
ครอบครัวที่มีผลกระทบต่อคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .. 111

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจำแนกตามการได้รับและ
ไม่ได้รับโปรแกรมและรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ที่ระดับต่าง ๆ 112



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แสดงกระบวนการของการฝึกสติที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.....	50
ภาพประกอบ 2 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในโปรแกรมการฝึกสติเพื่อการฟื้นฟูจากโรค หลอดเลือดสมอง	54
ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1	65
ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2	66
ภาพประกอบ 5 แสดงแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	75



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพซึ่งนำไปสู่การตายก่อนวัยอันควรลำดับแรกจึงนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2020 (World Stroke Organization, 2020a) พบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นปีละ 14 ล้านคนจากโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการตาย 5.5 ล้านคนต่อปี และมีผู้ที่ยังดำรงชีวิตอยู่หลังจากป่วยด้วยโรคทางหลอดเลือดสมองทั่วโลกถึง 80 ล้านคน ประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจากสถิติล่าสุดในปีพ.ศ. 2563 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) พบว่าเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง ข้อมูลในปีพ.ศ. 2561 จำนวนผู้ป่วย 30,837 คน นับเป็นอัตราการตาย 47.15 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2562 ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 34,728 คน อัตราการตายเท่ากับ 53.0 ต่อประชากรแสนคน สอดคล้องกับสถิติของสถาบันประสาทวิทยาผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติตลอด 3 ปีซ้อนหลังตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 ถึง 2563 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 930, 941 และ 937 คนตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวโรคหลอดเลือดสมองนับเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และประเทศตามมามากมาย จึงเป็นสาเหตุให้ทุกภาคส่วนร่วมกันสร้างแนวทางพัฒนาเพื่อลดปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นทางการและยั่งยืน (สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, และ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเส้นเลือดบริเวณสมองเกิดการอุดตันหรือแตกส่งผลให้เซลล์สมองได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายซึ่งมีผลกระทบที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดขึ้นในสมอง ได้แก่ ผลกระทบต่อร่างกายการเคลื่อนไหว การพูด รวมถึงการรู้คิดของผู้ป่วยล้วนได้รับผลกระทบ (World Stroke Organization, 2020b) อาการที่พบได้บ่อย คือ ภาวะอ่อนแรงบริเวณแขนขาหรือขาบริเวณใบหน้าและแขนขาครึ่งซีก สูญเสียการรับความรู้สึกบริเวณร่างกาย รวมถึงเป็นโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเนื่องมาจากผลกระทบที่เกิดขึ้น (วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุณย์, 2550) อีกทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัญหาด้านจิตใจมักจำกัดการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ดารุจ อนิวรรณพนธ์, 2561) โรค

หลอดเลือดสมองนั้นเมื่อเกิดขึ้นแล้วพบว่ามีโอกาสเป็นซ้ำได้สาเหตุส่วนใหญ่พบว่าเกิดจากการหยุดด้วยตนเอง ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด พักผ่อนและออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความเครียด ต่อมสุราและสูบบุหรี่ ควบคุมโรคเรื้อรังไม่ดี และคือต่อยาแอสไพริน เป็นต้น (ปทิตตา ทรวงโพธิ์, 2561) ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ได้ผลด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการใช้ชีวิตที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญอย่างมาก เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการเกิดโรคและลดการเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ดีที่สุด (Koenig et al., 2007; Parappilly, Field, Mortenson, Sakakibara, & Eng, 2019; YUKI & KUDO, 2011; ภัทรา วัฒนพันธุ์, นลินทิพย์ ตำนานทอง, และ ณัฐเศรษฐ์ มนินนากร, 2546) เนื่องจากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคที่เกิดปัญหาที่หลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากขาดความตระหนักถึงภัยคุกคามสุขภาพ บทบาทการมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว รวมถึงการจัดการโรคได้ด้วยตัวผู้ป่วยเองยังมีศักยภาพไม่เพียงพอ (สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และคนอื่น ๆ, 2553)

จึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อการควบคุมโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเองต้องใส่ใจ การวิจัยของ ปทิตตา ทรวงโพธิ์, ประสบสุข ศรีแสนปาง, และ เจียมจิต แสงสุวรรณ (2556) พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กลับเป็นซ้ำมีพฤติกรรมการในการดูแลสุขภาพระดับปานกลางซึ่งไม่เพียงพอต่อการควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2560) ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองโดยการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการตนเอง ส่งเสริมให้มีการรักษาที่มีมาตรฐาน และสนับสนุนการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับโรค นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีนักวิชาการที่ทำการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ประกอบด้วย ความรู้และเข้าใจโรค การรับรู้ต่ออาการรวมถึงรับรู้การใช้ชีวิตก่อนป่วย ความหวังในการฟื้นตัว ความกลัวต่อการเกิดโรคในอนาคต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรสุขภาพ (Parappilly et al., 2019; YUKI & KUDO, 2011; กฤษฎา จอดนอก และ นิตชาธร ภาโนมัย, 2561) สิ่งเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งองค์รวมหรือทุกมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วย

การปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้มีการดูแลสุขภาพที่ดีด้วยการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสังคมจึงเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน เนื่องจากเมื่อป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน ซึ่งการเปลี่ยนพฤติกรรมทางกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรม

ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ทางจิตใจเพื่อให้มีสติและจัดการกับอารมณ์ได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง รวมถึงปรับตัวเข้ากับสังคมได้ (สุภาภรณ์ นากลาง และ มณฑล ทองนิตย์, 2559) ปัจจุบันการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีการศึกษาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ได้แก่ การบริโภคอาหารและยา สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การพักผ่อน จัดการความเครียด การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาต่อเนื่องและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตรวจความดันโลหิต การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Adiyasa & Cruz, 2020; Parappilly et al., 2019; Wan et al., 2016; YUKI & KUDO, 2011; กฤษญา จอดนอก และ นิติชาธร ภาโนมัย, 2561; บุษราคัม คาบเพชร, 2552; รัฐกานต์ ขำเขียว และ ชนิดา มัททวางกูร, 2018) ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การรับประทานยา และ 4) การจัดการความเครียด เพื่อให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองทั้งทางกายและใจได้ดีแล้วย่อมส่งผลให้มีการปรับตัวเข้าสู่สังคมและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2560-2564, 2560) ที่มีมาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้เหมาะสมกับโรคและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมทางสังคมซึ่งควรมีความรู้กับการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีนั้นจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องกระทำด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอจนเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวัน และการบำรุงรักษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ยั่งยืนนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงลักษณะที่แตกต่างภายในตัวบุคคล การเสริมสร้างแรงจูงใจ การกำกับตนเองทั้งด้านจิตใจและร่างกาย รวมถึงการควบคุมอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งพบว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะรักษาพฤติกรรมนั้นถ้ามีความพร้อมทั้งทางกายและใจ (Kwasnicka, Dombrowski, White, & Sniehotta, 2016) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องมีปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ยั่งยืนเพราะเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่ามาสู่การกลับเป็นซ้ำของโรคได้ รวมถึงเพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้ในการดูแลสุขภาพและสามารถจัดการเบื้องต้นกับโรคได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่นำมาจัดกระทำในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากงานวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหง และ พิชาดา ประสิทธิ์โชค (2563) ได้ศึกษาโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เกี่ยวกับโปรแกรมหรือตัวแปรจัดกระทำที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพพบว่าการวิจัยส่วนใหญ่พบโปรแกรมการบำบัดสติ (Mindfulness) และโปรแกรมการกำกับตนเอง (Self-regulation) มีอิทธิพลสูงต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นกัน ซึ่งมีการศึกษากระบวนการกำกับตนเองพบว่า เป็นการใช้ทรัพยากรทางจิตใจที่มีอยู่อย่างจำกัด และจะลดลงจากการใช้ในการกำกับตนเองร่วม ถึงปัจจัยด้านอารมณ์ล้วนส่งผลต่อกระบวนการกำกับตนเอง ดังนั้นการรับมือกับความเครียด และการจัดการกับอารมณ์จะช่วยส่งเสริมกระบวนการกำกับตนเองให้มีความคงทนยิ่งขึ้น (Baumeister, 2003) นอกจากนี้การกำกับตนเองยังเกี่ยวข้องกับการรับมือกับอุปสรรคที่จะทำให้บุคคลเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายที่ต้องการซึ่งเกิดขึ้นเมื่อพฤติกรรมเดิมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงมี ศักยภาพสูง และแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพใหม่อยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจัย ที่ส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมใหม่ ความเครียด และ ความสามารถของตนเองในการจัดการอารมณ์ (Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt, 2011) จากการทบทวนการศึกษาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสติร่วมกับการกำกับตนเองซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพร้อมทั้งทางกายและจิตใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ยั่งยืน

จากการค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกมาใช้เพื่อ ส่งเสริมและดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งพบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในด้านจิตวิทยา ด้านสุขภาพ และอัตราการตายที่ลดลง รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Huffman et al., 2011; Macaskill, 2016) ปัจจุบันได้นำการฝึกสติซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งของจิตวิทยาเชิงบวกมาใช้กับ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้สติเพื่อลดความเครียดและประโยชน์ทางสุขภาพพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังมีสุขภาพในด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ซึ่งรวมถึงมิติทางจิตของระดับคุณภาพชีวิต ภาวะ ซึมเศร้า ความวิตกกังวล รูปแบบการเผชิญปัญหา และมิติทางอารมณ์ในการปรับการรับรู้ทาง จิตใจผ่านการควบคุมตนเอง ดังนั้นความเครียดและความวิตกกังวลจึงควบคุมได้ดีขึ้น สำหรับมิติ ด้านสุขภาพในด้านคุณภาพชีวิตและการเป็นอยู่ที่ดี เช่น ส่งเสริมการรับรู้ทางกาย การผ่อนคลาย อាកการทางการแพทย์ดีขึ้น ความเจ็บปวดลดลง ความบกพร่องทางร่างกายและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นผลของสติที่มีต่อความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจและร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ เรียนรู้ที่จะจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและจัดการกับความเครียดสังเกตได้จากระดับความดัน โลหิตลดลงหลังการฝึกสติ (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Intarakamhang, Macaskill, & Prasittichok, 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ, ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์, สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, นติมา ติเยาว์, และ จรรยา ภัทรอาชชาชัย (2561) ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกสติและการตระหนักคิดใคร่ครวญต่อผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือด พบว่ากิจกรรมที่ใช้มีเป้าหมายและหลักการสำคัญ คือ 1) สร้างความตระหนักและยอมรับต่อ

ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายจิตใจทั้งภายในและภายนอก ด้วยการรับรู้ผ่านร่างกายและความรู้สึกของตนเอง 2) เพื่อลดความเครียดและจัดการด้านความคิด 3) ส่งเสริมให้ฝึกทักษะต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานของอัตรากาเร้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต สุขภาพจิต รวมถึงสุขภาพทางกายดีขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนที่เกิดจากจิตใจสู่การรับรู้และจากนั้นจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายต่อมาภายหลัง ในปัจจุบันได้มีการประยุกต์ใช้การฝึกสติเข้ามา ร่วมกับเพื่อการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยทางหลอดเลือดสมอง ซึ่งสติสามารถช่วยพัฒนาระดับสติให้สูงขึ้นเบื้องต้น ลดความตึงเครียดทางร่างกาย และจิตใจ เพิ่มความสนใจและความมุ่งมั่น การฝึกสติเป็นวิธีการรักษาด้วยการรับมือทางใจในระยะยาวและช่วยลดอาการเกร็งกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง (Johansson, Bjuhr, & Rönnbäck, 2012; Wang, Liao, & Chen, 2019; Wathugala, Saldana, Juliano, Chan, & Liew, 2019)

นอกจากนั้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการกำกับตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยของ สุริพร แสงสุวรรณ, วรณิภา อัครชัยสุภิกรม, และ พรนภา หอมสินธุ์ (2554) พบการกำกับตนเองด้วยข้อมูลสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้นและปริมาณน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง สอดคล้องกับ สุพิณญา คงเจริญ, ชดช้อย วัฒนนะ, และ ธีรนุช ห้านิวัติชัย (2013) พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองมีการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ รวมทั้งระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงเช่นกัน เนื่องจากเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการควบคุมโรค มีการกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมด้วยตนเองซึ่งนำไปสู่ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย อีกทั้งยังมีวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ งานวิจัยของ บุษราคม คาบเพชร (2552) นำเทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยอัมพาต ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และจากการศึกษาของ Wan et al. (2016) เกี่ยวกับประสิทธิผลของการติดตามผลทางโทรศัพท์เพื่อกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งของการกำกับตนเอง เพื่อป้องกันหลอดเลือดสมองตีบลูกกลม ซึ่งผลพบว่าการติดตามผลทางโทรศัพท์ตามเป้าหมายที่กำหนดมีประสิทธิผลในการเพิ่มความต่อเนื่องและความมีวิจัยในไข้ยา อีกทั้งยังมีการศึกษาโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งกิจกรรมที่นำมาใช้ส่วนใหญ่เน้นองค์ประกอบที่พบบ่อยได้แก่ การให้ข้อมูล การ

ตั้งเป้าหมาย การวางแผน และการแก้ปัญหา ซึ่งรูปแบบกิจกรรมมีการเน้นทั้งจิตสังคมและปัจจัยทางกายภาพผลการศึกษพบว่าคะแนนในด้านต่างๆของผู้ป่วยดีขึ้น ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายและกิจกรรรมชีวิตประจำวัน กิจกรรมทางสังคม คุณภาพชีวิต การรับรู้อารมณ์ รวมถึงการรับรู้ความสามารถ อีกทั้งผลลัพธ์ที่ไม่ดีลดลง ได้แก่ การพึ่งพา และการเสียชีวิตหลังจากได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง (Lennon, McKenna, & Jones, 2013; Parke et al., 2015)

การสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีบทบาทสำคัญและมีผลต่อการฟื้นฟูอาการป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวในด้านต่างๆทำให้มีกำลังใจ เข้าใจปัญหาและต่อสู้กับปัญหานั้นได้ อีกทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี สุภัทธา ผิวขาว, ชนกพร จิตปัญญา, และ สุนิตา ปรีชาวงษ์ (2560) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับของ เสาวนีย์ วรรณระออบ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ (2012) พบว่าการสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่างๆนั้นครอบครัวมีบทบาทสำคัญได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลต่าง ๆ จัดหาอุปกรณ์ รวมทั้งการกระตุ้นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการไ้ช้ยา ไปตรวจตามนัด ด้านจิตใจ รวมถึงการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งผลจากการสนับสนุนในด้านต่างๆที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมอาการป่วยของตนเองได้ดี มีกำลังใจ และช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นหลังเจ็บป่วย

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกมิติเกี่ยวกับสุขภาพ และส่วนใหญ่การฝึกสติมักใช้เพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคจากภาวะหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในประเทศไทยยังไม่พบว่ามี การบูรณาการนำเอาแนวคิดสติและการกำกับตนเองมาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง และยังไม่มีพบการศึกษาผลของการฝึกสติในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีแนวทางปฏิบัติหรือกิจกรรมจากโปรแกรมไปใช้ในการดำเนินชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาการคงที่และพ้นระยะวิกฤติแล้วแต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคมจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งการผสมผสานเกี่ยวกับวิธีรับมือและกระบวนการภายในจิตใจเข้ากับกิจกรรมรูปแบบอื่นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึงเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และมีความจำเป็นต่อการ

ตอบสนองความต้องการการดูแลด้านจิตใจนอกเหนือจากการดูแลด้านร่างกายซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันและการฟื้นฟูในระยะยาวเพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการฝึกสติตามแนวคิดของจอห์น คาบัทซึนน์ (Jon Kabat-Zinn) ซึ่งมีพื้นฐานโปรแกรมมาจากการวิจัยของ Gray (2020) ประกอบด้วย การสำรวจร่างกาย การฝึกสติขณะเคลื่อนไหว การฝึกสติผ่านกิจกรรมโยคะ การทำสมาธิ และการฝึกสติผ่านภาพในใจ ในแต่ละกิจกรรมมีการปรับบริบทให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ร่างกายได้รับผลกระทบจากอาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura) ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง ตัดสินตนเอง และแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยให้ผู้ป่วยฝึกกำกับตนเองด้วยการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและการบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อฝึกทักษะการดูแลสุขภาพด้านต่างๆและฝึกสติ โดยในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยประเมินการกำกับตนเองและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วย รวมถึงสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วย อีกทั้งมีการแบ่งกลุ่มจากระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวว่าส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากน้อยเพียงใดเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองซึ่งมีความซับซ้อนนั้นไม่สามารถใช้เพียงหนึ่งแนวคิดในการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในทุกด้าน โดยมีความเชื่อที่ว่าเมื่อผู้ป่วยมีสติ ตระหนักรู้และยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยการควบคุมกำกับตนเองและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ยั่งยืน ซึ่งการศึกษานี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นภายใต้ศักยภาพความสามารถของผู้ป่วยแต่ละบุคคล อีกทั้งสามารถเป็นแนวทางข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเมื่อมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคเบื้องต้นและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกัน

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้ทราบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปัจจัยชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ต่างกันต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบของโปรแกรมและชุดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ได้โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติหรือนำกิจกรรมในโปรแกรมไปใช้ต่อเนื่องในการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

3. บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่เป็นประโยชน์ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. สถานบริการสุขภาพหรือสถานพยาบาลที่สนใจสามารถนำโปรแกรมไปกำหนดเป็นแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลได้

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางชีวสังคมและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกัน จากนั้นนำผลวิจัยในระยะนี้มาสร้างกิจกรรมภายในโปรแกรมและเพื่อออกแบบการวิจัยเชิงทดลองสำหรับการวิจัยในระยะต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) แบบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control group Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาและต้องนอนพักรักษาตัวที่สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤต แต่ยังคงมีความบกพร่องของร่างกายบางส่วนซึ่งเป็นผลกระทบมาจากโรคที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดของสมองมีปัญหาลึกลงทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะได้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเต็มรูปแบบตามความบกพร่องของร่างกายที่เกิดขึ้นหลังจากป่วย ซึ่งในกระบวนการดูแลรักษานั้นผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยระยะที่ 1

มีเกณฑ์คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 20-80 ปี ไม่มีภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน ไม่เคยได้รับโปรแกรมการฝึกและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้ป่วยใส่สายอาหารทางจมูก (NG tube) ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ มีปัญหาการสื่อสารไม่สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด อ่าน และเขียนหนังสือไม่ได้ (คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2564 เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงนั้นจำนวน 100 คน

การวิจัยระยะที่ 2

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 20-80 ปี
2. ไม่มีภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน
3. ไม่เคยได้รับโปรแกรมการฝึกและการฟื้นฟูร่างกาย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยใส่สายอาหารทางจมูก (NG tube) ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

2. มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด อ่าน และเขียนหนังสือไม่ได้ (คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน)

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย
2. อาการทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่คงที่ เสี่ยงเกิดอันตรายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยหากเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยต่อไป
3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขาดการเข้าร่วมกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของโปรแกรมในการวิจัย

ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 1 ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่
 - 1) ลักษณะชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแรง และรายได้
 - 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยด้านย่อย 4 ด้าน
 - 1) การรับประทานอาหาร
 - 2) การออกกำลังกาย
 - 3) การรับประทานยา
 - 4) การจัดการความเครียด

ตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ คือ
 - 1) ตัวแปรจัดกระทำ - การได้รับ/ ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 - 2) ตัวแปรกำกับ - การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยด้านย่อย 4 ด้าน
 - 1) การรับประทานอาหาร
 - 2) การออกกำลังกาย
 - 3) การรับประทานยา

4) การจัดการความเครียด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดเกิดการตีบ แตก หรือตัน ซึ่งอาจส่งผลให้มีหรือไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขน ขาและใบหน้าครึ่งซีกของร่างกาย

ภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก หมายถึง ภาวะที่ร่างกายข้างใดข้างหนึ่งสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวของแขนและขาซึ่งมีสาเหตุมาจากสมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ได้รับผลกระทบจากหลอดเลือดที่สมองผิดปกติ

อัมพาตครึ่งซีก หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่งของลำตัว ซึ่งมีอาการได้แก่ ปากเบี้ยว มีปัญหาการสื่อสาร มีปัญหาเกี่ยวกับตาและการมองเห็น รวมถึงอ่อนแรงแขนขาและ/หรือมีอาการชาทั้งแขนขาและใบหน้าในร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เป็นต้น จึงไม่สามารถทำการเคลื่อนไหวร่างกายข้างนั้นได้ตามปกติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง หมายถึง ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ คือ กิจกรรมกำกับตนเองมุ่งสู่เป้าหมาย กิจกรรมเสริมสร้างสติเพื่อสุขภาพ กิจกรรมปรับ...เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมรู้ทัน...พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และกิจกรรมกำกับสุขภาพด้วยสติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อเทียบกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและเมื่อเทียบกับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสถานการณ์ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกบตนเองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนและรวบรวมเอกสารแนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 พฤติกรรมดูแลสุขภาพ: ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 4 โปรแกรมการบำบัดสติร่วมกับการกำกบตนเอง

ตอนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ: ความหมาย การวัดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเกิดจากการบาดเจ็บของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองผิดปกติทำให้ระบบประสาทเสียหายเป็นสาเหตุของความพิการและความตายทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกจำกัดความหมายไว้ว่าเป็นความบกพร่องทางระบบประสาทจากการเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและอาจมีอาการยาวนานกว่า 24 ชั่วโมง (หรือนำไปสู่การเสียชีวิต) และมีสาเหตุจากหลอดเลือดภายในสมอง (World Health Organization, 2005) ในแต่ละปีมีแนวโน้มที่คนป่วยจากภาวะเส้นเลือดในสมองผิดปกติเกือบ 14 ล้านคน ผู้คนทั่วโลกกว่า 80 ล้านคนหลังจากป่วยด้วยโรคนี้ได้รับผลกระทบซึ่งผลกระทบต่อบุคคล สังคม และเศรษฐกิจนั้น แต่ส่วนหนึ่งก็สามารถป้องกันได้ด้วยการรับรู้และสร้างแนวทางที่เหมาะสม (World Stroke Organization, 2019) สาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกส่วนหนึ่งมาจากโรคหลอดเลือดสมอง สถิติขององค์การอนามัยโลกโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 4 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ อุบัติเหตุบนท้องถนน โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (0.32 ปี) (World Health Organization, 2019)

โรคหลอดเลือดสมอง (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) หรือที่นิยมเรียกว่าสโตรคหรือที่นิยมเรียกกันว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากระบบหลอดเลือดที่สมองผิดปกติ เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานบกพร่องไปจากเดิม ก่อให้เกิดอาการซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต

นอกจากนี้ยังมีภาวะอาการเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมงซึ่งเรียกว่า transient ischemic attack (TIA)

ประเภทโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อหลอดเลือดที่สมองตีบ แฉก หรือตัน ทำให้สมองส่วนนั้นขาดเลือดเป็นผลให้ทำหน้าที่ผิดปกติและเกิดอาการอัมพาตตามมา เช่น อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ซากครึ่งซีก มีปัญหาสื่อสาร กลืนลำบาก เดินเซ ปวดศีรษะ มีปัญหาสายตา เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามพยาธิสรีรวิทยา คือ

1) หลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (Ischemic Stroke) เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการตีบอุดตันของหลอดเลือด พบได้ร้อยละ 85 ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 40 บางส่วนเกิดจากการอุดตันเส้นเลือดขนาดเล็ก ร้อยละ 20 และอีกร้อยละ 20 เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากเส้นเลือดอื่น (embolism)

2) หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เกิดเลือดออกในสมองหรือโพรงกะโหลกเนื่องจากการแตกของหลอดเลือด ลักษณะอาการเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ เลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) พบร้อยละ 10 ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นต้น และเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น subarachnoid พบร้อยละ 5 เกิดจากการแตกของหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่มีการโป่งพอง มักทำให้ผู้ป่วยปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน และภาวะรู้สติผิดปกติไปจากเดิม

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นโรคที่มักไม่มีสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้า เมื่อมีอาการเบื้องต้นผู้ป่วยควรไปพบแพทย์ในทันทีเพื่อลดความรุนแรงของอาการที่จะตามมาของโรค ซึ่งอาการที่มักพบได้แก่ อาการอ่อนแรงและหรือชาของแขนขาด้านใดด้านหนึ่งร่วมกับขาไบหน้า ความผิดปกติของการสายตาอาจมองไม่ชัดหรือไม่เห็น อาจเกิดภาพซ้อน ตาเหล่ ลื่นแข็งเวลาพูด พูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจ คิดคำนวณไม่ได้ อาการเริ่มต้นอาจนำมาด้วยปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะ การทรงตัวผิดปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการสำคัญ การเคลื่อนไหวบกพร่อง การทรงตัวผิดปกติ ภาวะหลงลืมที่เกิดขึ้นทันที (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

จำแนกได้ 3 ประเภท (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; สถาบันประสาทวิทยา, 2559) ได้แก่

1) ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่

1.1 อายุ พบว่าอุบัติการณ์ของโรคจะเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุที่มากขึ้น

1.2 เพศ เพศชายเสี่ยงเป็นโรคนี้ได้มากกว่าเพศหญิงร้อยละ 44-76 ในทุกช่วงอายุ

1.3 พันธุกรรม บุคคลมีประวัติพ่อแม่ป่วยด้วยโรคนี้มีความเสี่ยงมากที่จะป่วยด้วยโรคนี้

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ คือ ประวัติโรคเลือดของบุคคลในครอบครัว และประวัติเคยป่วยด้วยอาการจากหลอดเลือดสมองมาก่อน

2) ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ ได้แก่

2.1 ภาวะความดันโลหิตสูง การควบคุมให้ความดันคงที่นอกจากช่วยป้องกันการเกิดโรคยังลดความเสี่ยงกลับเป็นโรคซ้ำ และพบว่ายังลดความดันได้มากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาที่แสดงผลที่ชัดเจนว่ายาลดความดันชนิดใดได้ผลดีที่สุด ดังนั้นความสำคัญจึงอยู่ที่การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.2 โรคหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองมากกว่า 2 เท่าของคนปกติกลุ่มอายุเท่ากัน ผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายความเสี่ยงจะสูงขึ้นเช่นกัน

2.3 หัวใจเต้นสั่นพลิ้ว การเต้นผิดปกติของหัวใจ (Atrial Fibrillation) พบได้บ่อยและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ซึ่งการให้ยาป้องกันเลือดแข็งตัว เช่น ยาวอร์ฟารินหรือแอสไพริรินสามารถป้องกันหลอดเลือดสมองผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากภาวะโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะได้

2.4 การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จำเป็นต้องจัดการ สำหรับแนวทางการป้องกันคือการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่ และงดสูบบุหรี่

2.5 โรคเบาหวาน ควรควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติที่สุด ร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

2.6 ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะไขมันชนิดไม่ดี (LDL) สูงกว่าเกณฑ์ปกติเป็นความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยอ้อม เนื่องจากระดับคอเลสเตอรอล ไตรกรีเซอไรด์ และไขมันไม่ดีสูงนั้นเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและภาวะหลอดเลือดแดงเปราะบาง

2.7 มีประวัติการป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแต่ละปีร้อยละ 6-7 ของผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคนี้มาก่อนหรือป่วยด้วยอาการที่เกิดจากหลอดเลือดสมองผิดปกติชั่วคราวซึ่งอาการมักหายไปภายใน 24 ชั่วโมงมาก่อนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นซ้ำ โดยทั่วไปการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

และควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่มีประวัติเคยป่วยสามารถลดอัตราเสี่ยงได้มากกว่าการป้องกันในผู้ที่ไม่เคยเป็น

3) ปัจจัยเสี่ยงที่อาจควบคุมได้

3.1 โรคอ้วน มักมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ จึงค่อนข้างยากที่จะพิสูจน์ว่าโรคอ้วนเพียงอย่างเดียวเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

3.2 ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคนี้ได้ อาจเพราะบริหารร่างกายเป็นประจำช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ลดน้ำหนักตัวรวมทั้งเพิ่มไขมันดี (HDL)

3.3 รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ยังไม่พบข้อมูลว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของการเกิดโรค และยังไม่พบว่าการกินวิตามินต่าง ๆ ช่วยลดความเสี่ยง

3.4 การดื่มสุรา

3.5 การสูบบุหรี่ คนที่สูบบุหรี่จัดจำพวกแอมเฟตามีน โคเคน และเฮโรอีน มีอุบัติการณ์ของหลอดเลือดสมองทั้งแบบตีบ แตก และตัน

3.6 การให้ยาคุมกำเนิด มีการวิจัยพบว่ายาคุมกำเนิดเพิ่มความเสี่ยงเกิดหลอดเลือดสมองผิดปกติ ซึ่งเป็นการศึกษาคุมกำเนิดแบบดั้งเดิมที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูง ควรหลีกเลี่ยงการใช้หากมีปัจจัยอื่นร่วมแม้ว่าผลของยาคุมกำเนิดในระยะหลังที่ได้ลดขนาดของฮอร์โมนเอสโตรเจนลงแล้วพบว่าเพิ่มความเสี่ยงน้อยลง

3.7 ภาวะเครียด เป็นภาวะปกติในปัจจุบันคนมักต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ จนกลายเป็นความกดดัน เพราะความเครียดเป็นปฏิกิริยาต่อร่างกายและจิตใจที่มีต่อสิ่งที่มากระตุ้นก่อให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์และตอบโต้สิ่งเร้า นั้น ๆ

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

การรักษาโดยการแพทย์และการให้ยา

การรักษาในระยะแรกของการป่วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาการให้ยาลดไขมันเลือดกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันที่มารักษาภายในเวลา 4 ชั่วโมงครึ่ง นับจากเริ่มมีอาการของโรคและไม่มีข้อห้ามให้ยา และการให้ยาแอสไพริน (Aspirin) เพื่อต้านเกล็ดเลือด 48 ชั่วโมงแรกกรณีไม่ได้ยาลดไขมันเลือดและไม่มีข้อห้าม นอกจากนี้การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำต้องรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดตลอดไป นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นพลิ้วไม่เป็นจังหวะสม่ำเสมอร่วมด้วยอาจพิจารณาให้ยา วอร์ฟาริน โดยรักษาระดับการแข็งตัวของเลือดให้อยู่ในค่าที่เหมาะสม (INR = 2-3) โดยผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจค่าการแข็งตัวของเลือดเมื่อมาพบแพทย์ สำหรับแนวทางการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ในกรณีที่มีเนื้อสมองตายจะช่วยลดความเสี่ยงเสียชีวิตและพิการในผู้ป่วยโดยประสาทศัลยแพทย์ และการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติคที่ตีบรุนแรง หรือการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด สำหรับแนวทางการควบคุมความดันโลหิตโดยทั่วไปอาจจะเริ่มควบคุมยาลดความดันโลหิตหลังจาก 24 ชั่วโมงแรก กรณีที่มีอาการทางระบบประสาทคงที่และมีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อนซึ่งจะทำการควบคุมให้ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท และแพทย์จะพิจารณายาลดไขมันกลุ่ม statin สำหรับกลุ่มที่มีระดับไขมันชนิดไม่ดี (LDL) \geq 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร นอกจากการรักษาทางการแพทย์แล้วการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามความบกพร่องที่เกิดหลังจากป่วย เช่น บกพร่องทางการเคลื่อนไหว บกพร่องการสื่อสาร เป็นต้น ซึ่งต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเคลื่อนไหว การพูด และคุณภาพชีวิตตามศักยภาพที่มีอยู่ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเป็นโรคซ้ำนั้นไม่ควรหยุดยาเองแม้จะรู้สึกอาการป่วยปกติดีแล้ว การลดยาหรือหยุดยาควรให้แพทย์เป็นผู้พิจารณา เพราะถ้าเกิดเป็นซ้ำมีกรุนแรงมากและก่อให้เกิดความพิการมากกว่าครั้งแรก เนื่องจากความพิการหรือสมรรถภาพทางกายที่ลดลง การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันก็จะลดลงตามไปด้วย (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (สถาบันประสาทวิทยา, 2562; เอ็มพร สกุลแก้ว, 2551) ได้แก่ การเลือกบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล คอลเลสเตอรอล และความดันโลหิต โดยอาหารช่วยลดความดันโลหิต คืออาหารไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำ แหล่งโปรตีนหลัก ได้แก่ ปลา และสัตว์ปีก การลดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ รับประทานบริโภคผักและผลไม้ รวมถึงจำกัดอาหารรสเค็ม นอกจากนี้ควรเลือกอาหารเพื่อคุมคอเลสเตอรอลควรเลือกกินคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนซึ่งมีอยู่มากในอาหารประเภทเส้นใยไฟเบอร์เป็นอาหารไม่มีพลังงานสามารถควบคุมน้ำหนักได้ นอกจากการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องหลักสุขภาพแล้วควรเลิกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เลิกสูบบุหรี่ รวมถึงหลีกเลี่ยงการรับควันของบุหรี่สามารถทำได้โดยหากิจกรรมอื่นทดแทน เช่น เล่นกีฬา ฝึกคลายเครียด นั่งสมาธิ เป็นต้น นอกจากปัจจัยด้านโภชนาการแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรออกกำลังกายรูปแบบเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อและระบบหัวใจ รวมถึงการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อด้วยการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดด้วยความหนักปานกลาง 3 ถึง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ควรทำต่อเนื่อง 20-30 นาที ซึ่งการออกกำลังกายนั้นเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเผาผลาญไขมันที่ไม่ดี ลดน้ำหนักและทำให้ไขมันชนิดที่ดี (HDL) เพิ่มสูงขึ้น ปัจจัยเรื่องจิตใจและอารมณ์ที่เป็นผลกระทบมาจากสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนไปหลังป่วย การจัดการอารมณ์เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องได้รับการจัดการและให้คำแนะนำแนวทางที่เหมาะสมในการรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการป่วย

ผู้ป่วยมักจะมีภาวะทางด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล หดหู่ หรือท้อแท้ได้ ควรให้การดูแลด้วยการให้กำลังใจและบำบัดเมื่อแสดงอาการ อีกทั้งยังควรพักผ่อนให้เพียงพอ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน นอกจากนี้แนวทางในการจัดการความเครียดผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับคนที่ไว้ใจ เรียนรู้ที่จะผ่อนคลายด้วยการหายใจด้วยรูปแบบที่ถูกต้องซึ่งนับว่าเป็นหัวใจสำคัญในการลดความเครียด รวมถึงเรียนรู้วิธีการรับมือกับความรู้สึกร่วมกับความเป็นจริงเพื่อระบายความรู้สึก (Stroke Foundation, 2009)

ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลที่เกิดขึ้นหลังจากป่วยด้วยโรคนี้สืบเนื่องมาจากการบาดเจ็บภายในสมองซึ่งอาจมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอย่าง โรคหลอดเลือดสมองกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและอาจส่งผลถึงคนรอบข้างที่ดูแลผู้ป่วยเช่นกัน ดังนี้

ด้านร่างกาย (American Stroke Association, 2019; สถาบันประสาทวิทยา, 2559) อาการอ่อนแรงหรืออัมพาตร่างกายด้านใดด้านหนึ่ง เช่น หากเส้นเลือดในสมองมีปัญหาเกิดขึ้นที่ด้านขวาของสมองจะส่งผลให้ร่างกายและใบหน้าซีกซ้ายนำมาซึ่งการบกพร่องทางการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ในบางช่วงผู้ป่วยอาจจะรู้สึกเหนื่อยซึ่งเรียกอาการที่เกิดขึ้นนี้ว่าความเมื่อยล้า ความเมื่อยล้ามักจะเริ่มน้อยลงในไม่กี่เดือนหลังจากเกิดโรค แต่บางรายความเมื่อยล้าอาจดำเนินต่อไปเป็นเวลานานนับปี นอกจากนี้อาการเกร็งเมื่อพยายามขยับแขนขาแล้วเนื้อจะมีการหดตัวทำให้เกิดความตึง อาการเกร็งทำให้เส้นเอ็นและเนื้อเยื่ออ่อนรอบ ๆ กล้ามเนื้อตึงหรือแข็งทำให้ยึดกล้ามเนื้อยากลำบาก หากไม่ได้รับการรักษากล้ามเนื้อจะแข็งตัวในตำแหน่งที่ผิดปกติและมักมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยซึ่งจะส่งผลให้ข้อตึงติดในอนาคตเนื่องจากไม่สามารถยืดเหยียดกล้ามเนื้อได้ตามช่วงการเคลื่อนไหวปกติ ภายหลังการป่วยอาการชักเกิดขึ้นได้ซึ่งเป็นความผิดปกติของสมองเปลี่ยนการรับรู้ อาการชักอาจเกิดขึ้นเพียงไม่กี่วินาทีหรือไม่กี่นาที ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยไม่สามารถควบคุมได้ มีความรู้สึกแปลก ๆ หรือหน้ามืด อาการชักไม่เจ็บปวด แต่อาจทำให้อารมณ์เสียและสับสน สามารถรักษาอาการชักได้ด้วยยา ปัญหาด้านการพูดสื่อสารและความเข้าใจส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นความผิดปกติจากสมองส่วนควบคุมการใช้ภาษา ได้แก่ การพูด ฟัง และความเข้าใจเป็นกระบวนการหรือรูปแบบที่ซับซ้อน ตำแหน่งของสมองจากผลกระทบจะควบคุมรูปแบบของปัญหาการสื่อสาร ได้แก่ 1) Aphasia เป็นปัญหาการสื่อสารที่พบบ่อยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาการที่พบแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ 1.1 พูดไม่ได้แต่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นสื่อสาร 1.2 พูดได้แต่ไม่เข้าใจที่คนอื่นพูด และ 1.3 พูดไม่ได้และไม่เข้าใจที่คนอื่นพูด 2) Dysarthria มีผลต่อการควบคุมกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ลิ้นและปาก

ซึ่งผู้ป่วยรู้ว่าตนเองต้องการพูดอะไร แต่จะพูดซ้ำ คำพูดอาจฟังไม่ชัด คู้้อ เสียงแหบหรือเสียงขึ้นจมูก 3) Apraxia เป็นปัญหาการเชื่อมต่อข้อความที่จะพูดจากสมองไปที่ปากกระทบการพูดและกระทบต่อเรื่องการอ่านเขียน สำหรับปัญหาเรื่องการเคี้ยวและการกลืนเป็นผลจากเส้นประสาทสมองซึ่งควบคุมการเคี้ยวเกิดความผิดปกติ (CN V) เส้นประสาทสมองส่วนที่ควบคุมกล้ามเนื้อไบหน้าขณะเคี้ยว (CN VII) และเส้นประสาทสมองที่ควบคุมการกลืนและเคลื่อนไหวของลิ้น (CN IX, CN XII) ส่งผลให้เม้มปากได้ไม่สนิท การเคี้ยวอาหารมีปัญหา กล้ามเนื้อช่องปากรวมถึงคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักดันให้อาหารเคลื่อนเข้าสู่หลอดอาหารได้ การรับความรู้สึกที่น้อยกว่าปกติในร่างกายข้างอ่อนแรง ได้แก่ ไม่สามารถรับความรู้สึกสัมผัส เจ็บปวด แรกกด อุณหภูมิ และการรับรู้ตำแหน่งของจุดสัมผัสได้ ซึ่งผู้ป่วยอาจสูญเสียความรู้สึกแบบใดแบบหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกันได้ ซึ่งปัญหาข้างต้นส่งผลให้ผู้ป่วยละเลยหรือเพิกเฉยต่อการเคลื่อนไหวร่างกายด้านอ่อนแรง ในบางคนอาจมีปัญหาความผิดปกติทางสายตา ที่พบได้บ่อยคือตาบอดครึ่งซีกข้างเดียวกันของตาทั้งสองข้าง ผู้ป่วยมักเพิกเฉยไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมในด้านที่เป็นอัมพาตจึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และยังมีความผิดปกติอื่น ๆ เช่น เซวณปัญญาและการรู้คิดที่พบบ่อยคือ หลงลืมเรื่องที่ผ่านมาไม่นานหรือลืมเรื่องเกี่ยวกับตนเอง ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบขับถ่าย เช่น คุมปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ และความผิดปกติด้านเพศสัมพันธ์พบว่ามีความต้องการทางเพศลดลง เป็นต้น ทั้งนี้ความบกพร่องที่เกิดขึ้นกับร่างกายขึ้นกับตำแหน่งของรอยโรคที่เกิดขึ้นในสมองและระดับความรุนแรง

ด้านจิตใจ เป็นผลที่มักเกิดร่วมกับปัญหาความบกพร่องทางกาย ได้แก่ ภาวะวิตกกังวลซึ่งพบได้ในระยะแรกหลังจากการเกิดโรค เนื่องจากความไม่เข้าใจในอาการของโรคและผลที่เกิดจากตัวโรคโดยผู้ป่วยอาจแสดงอาการวิตกกังวล คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ เป็นต้น นอกจากนี้ที่พบได้บ่อยคืออารมณ์เศร้าเนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานของความผิดปกติความบกพร่องที่เกิดจากโรค สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความผิดหวัง สิ้นหวัง และขาดแรงจูงใจ ผู้ป่วยมักคิดว่าการป่วยของตนเป็นภาระของคนรอบข้าง อาจรวมถึงความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และความเครียดหลังการเจ็บป่วยอาจมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเนื่องจากต้องรับมือกับสิ่งที่กระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้ความเครียดเป็นปัญหาร้ายแรงสำหรับผู้ป่วยเอง รวมถึงคนในครอบครัว นอกจากนี้แล้วอาจเป็นผลให้แรงจูงใจของผู้ป่วยลดลงและบกพร่องทักษะการเริ่มต้นกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงภายในสมอง ด้วยปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เลือกทำเฉพาะกิจกรรมที่คุ้นเคย (Stroke Foundation, 2009; Stroke recovery association, 2011)

ด้านสังคม ผู้ป่วยมักมีปัญหาลักษณะสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและญาติ กล่าวคือ หลังการป่วยผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาครอบครัวจากขัดแย้งกันของพ่อแม่และส่งผลต่อมาถึงเด็กหรือปัญหาความขัดแย้งของคนภายในครอบครัว ในบางครั้งอาจนำไปสู่การหย่าร้าง นอกจากนี้ในส่วนของกิจกรรมทางสังคมและการพักผ่อนพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มทำกิจกรรมเหล่านี้ลดลง รวมทั้งการมีกิจกรรมสันทนาการลดลงตั้งแต่ 15% ถึง 79% ซึ่งเป็นผลจากการเคลื่อนไหวได้ยากลำบากกว่าปกติ การยอมรับตนเองในสภาพหลังเจ็บป่วยที่มีข้อจำกัดการกิจกรรมรวมถึงกิจวัตรประจำวัน และต้องการความช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกจากครอบครัว ซึ่งจะทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลงและในบางรายกลายเป็นภาวะที่ต้องดูแลของครอบครัวและญาติ (Daniel, Wolfe, Busch, & McKevitt, 2009)

ด้านเศรษฐกิจ มีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้นไม่ว่าจะป่วยในระยะเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจตามนัดแพทย์และรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานพบว่าต้องใช้งบประมาณจำนวนมากสำหรับรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีการบกพร่องทางร่างกายในหลายๆด้านย่อมมีภาระที่ต้องใช้จ่ายเพื่อการรักษา รวมทั้งเพื่อการบำบัดฟื้นฟูตนเองสูงขึ้นตามมาเช่นกัน ดังนั้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยในระยะแรกมีความสำคัญอย่างมากเพราะหากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมสามารถลดความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียของผู้ป่วยและครอบครัวได้ (Majersik & Woo, 2020)

ดังนั้นโดยสรุปแล้วเมื่อมีอาการเบื้องต้นเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองควรไปพบแพทย์ในทันทีเพื่อลดความรุนแรงของความบกพร่องที่จะเกิดขึ้น ซึ่งนอกจากมีผลต่อร่างกายและจิตใจแล้ว ยังกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย ผู้ป่วยบางคนหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ภาวะซึมเศร้าอาจตามมาภายหลังซึ่งเป็นอาการทางจิตใจที่พบได้บ่อย อีกทั้งพบว่าการร่วมกิจกรรมในชุมชนและสังคมของผู้ป่วยน้อยลง ลดการมีสัมพันธ์ภาพร่วมกับผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยห่างออกจากสังคมมากขึ้น นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียเงินเพื่อการดูแลรักษาตนเองต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญที่กระทบต่อการพัฒนาของประเทศ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นเพื่อป้องกันโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ: ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันเพราะสุขภาพเป็นการกระทำส่วนบุคคล การมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ พันธุกรรม สภาพแวดล้อม การบริการทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการแสดงออกของบุคคลในการกระทำกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ทั้งในด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) คือ รูปแบบของความรู้ความเข้าใจ ด้านเจตพิสัย (Affective Domain) คือ เจตคติ ท่าที ความคิดเห็นมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ และด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคล (กองสุขศึกษา, 2556)

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำที่เกิดผลต่อสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการกระทำที่ทำให้เกิดผลเสียหรือเกิดผลดีต่อสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

Kasl and Cobb (1966) แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ประเภท (as cite in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008, 12) ได้แก่

1. พฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การกระทำโดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือตรวจพบโรคในขณะที่ไม่แสดงอาการ
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการโดยบุคคลที่คิดว่าตนเองป่วยเพื่อค้นหาวิธีการที่เหมาะสม
3. พฤติกรรมเมื่อรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย (Sick - Role Behavior) หมายถึง การกระทำที่ดำเนินการโดยบุคคลเมื่อทราบผลการวินิจฉัยว่าตัวเองป่วย เพื่อจุดประสงค์ในการหายป่วย รวมถึงการรับการรักษา

ดังนั้นเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นเกิดขึ้นได้เนื่องจากการเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวบุคคลที่เรียนรู้กับสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งพฤติกรรมทางด้านลบเป็นการกระทำที่เป็นเหตุให้เกิดปัญหาทางสุขภาพต้องรีบดำเนินการแก้ไข ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพบุคคลมักจะมองหาการช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือค้นหาวิธีการดูแลรักษาเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี และเกิดเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

ความหมายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

เป็นการกระทำกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองโดยรวมถึงการตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาโรค ตลอดจนการปฏิบัติตนหลังรับบริการทางสุขภาพ เป็นคำจำกัดความการดูแลสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกกล่าวไว้ (ประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์, 2559)

Pender, Murdaugh, & Parsons (2002, 84-99) การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นโดยทั่วไปของการดำเนินชีวิตและเสริมสร้างสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลเริ่มคิดและลงมือปฏิบัติตามแนวทางของตนเองเพื่อการดำรงชีวิต โดยเป็นการกระทำที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองต้องมีเป้าหมาย แผนดำเนินการ ตลอดจนกระทำต่อเนื่อง

Orem (1995) ให้ความหมายการดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ และสามารถดูแลตนเองได้ในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมนั้นๆ กระทำการดูแลตนเองได้ตามศักยภาพโดยพิจารณาอย่างรอบคอบ และกระทำอย่างจริงจังเพื่อควบคุมปัจจัยที่ส่งผลกับสุขภาพ ซึ่งทำอย่างมีเป้าหมาย แบบแผน เป็นการลงมือทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

บุษราคัม คาบเพชร (2552) การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลเริ่มคิดวางแผนและปฏิบัติด้วยความเต็มใจ เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพ เป็นการกระทำต่อเนื่องมุ่งสู่เป้าหมายเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ

Riegel et al. (2017) กล่าวว่ากระบวนการของบุคคลและครอบครัวของบุคคลนั้นรักษาสุขภาพด้วยวิธีปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและจัดการเจ็บป่วย จะต้องกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นในการรักษาความมั่นคงทางร่างกายและอารมณ์ ติดตามดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับสังเกตตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการ บุคคลจะจัดการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่ออาการแสดงที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองริเริ่มดูแลสุขภาพตนเองซึ่งกระทำต่อเนื่อง เป็นการกระทำที่จริงจัง มีเป้าหมายโดยใช้ความสามารถหรือศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ เพื่อรักษาไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่ดีและการอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่พัฒนาตั้งแต่ในวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้แบบหนึ่ง และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือมีข้อจำกัดจากทักษะความสามารถ รวมถึงความรู้ ขาดแรงจูงใจการดูแลตนเองจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้น (Orem, 1995, p.103-104)

ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง (Self – care Theory)

Orem (2001, p. 47-49 (อ้างถึงใน ประสิทธิ์ พิริยะไพญญ์, 2559)) กล่าวถึงการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องการพึ่งพาไว้ว่าการกระทำของบุคคลที่มีวุฒิภาวะเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อร่างกายในทุกช่วงวัยเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี รวมถึงการกระทำเพื่อบุคคลอื่นที่ต้องการพึ่งพา

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมายชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน (Orem, 1985, p.89 (อ้างถึงใน เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551)) ได้แก่

ระยะแรก: ประเมินและตัดสินใจ (Intentional phase) การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นเริ่มต้นจากการค้นหาข้อมูลความรู้ จากนั้นทำความเข้าใจ แล้วพิจารณาต่อไปว่าสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ ซึ่งต้องพิจารณาทางเลือกที่เป็นไปได้ และนึกถึงผลที่จะเกิดขึ้น จากนั้นจึงเป็นการตัดสินใจลงมือ (Transitional operation) ซึ่งเป็นการดำเนินการที่ผ่านการไตร่ตรองตจนดีแล้วจึงตัดสินใจกระทำเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายและสิ้นสุดที่มีการวางแผน ระยะนี้ต้องมีความรู้ ทักษะการสังเกต และการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อใช้ตัดสินใจ

ระยะสอง: กระทำและประเมินผล (Productive phase) เป็นการลงมือทำหลังจากที่ตัดสินใจและวางแผนไว้ ต้องมีความต่อเนื่องของการปฏิบัติ มีแบบแผนและเป้าหมาย รวมไปถึงประเมินผลของการกระทำเทียบกับเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายใช้เพื่อติดตามผลของการปฏิบัติ ระยะนี้จึงจำเป็นต้องใช้ทักษะการวางแผน การจัดการหลายๆกิจกรรมเข้าด้วยกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

นอกจากนี้ Orem (1995, p.108-109) จำแนกความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งแบ่ง 3 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลที่จำเป็นทั่วไป (Universal self-care requisites) เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล จำเป็นสำหรับทุกช่วงวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับวัย และจุดประสงค์ของกิจกรรม ได้แก่ 1) คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ 2) การขับถ่ายและการระบายตามปกติ 3) มีกิจกรรมและการพักผ่อนที่เหมาะสมสมดุลกัน 4) มีเวลาส่วนตัวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่สมดุล 5) ป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ และ 6) ส่งเสริมและพัฒนาการทำหน้าที่ให้มากที่สุดภายใต้ระบบสังคมและตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามช่วงพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) คือการดูแลตนเองตามพัฒนาการในช่วงต่าง ๆ ของชีวิต เช่น ระยะตั้งครรภ์ จนถึงเข้าสู่ช่วงวัยต่าง ๆ และเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อพัฒนาการ ซึ่งด้านนี้แบ่งได้เป็น 2 อย่าง คือ 2.1) การพัฒนาและคงความเป็นอยู่ที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดำรงชีวิตและพัฒนาการแต่ละช่วงวัย ซึ่งจะช่วยให้เจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่าง ๆ คือตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงวัยชรา 2.2) การดูแลเพื่อป้องกันผลเสียที่เกิดต่อพัฒนาการ ซึ่งเป็นการจัดการความเครียด หรือจัดการกับอันตรายที่

เกิดขึ้นจากการขาดการค้นคว้า การปรับตัวทางสังคม จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยและความพิการบกพร่องร่างกาย จนถึงเสียชีวิต

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากการพิจารณาตั้งแต่กำเนิดเนื่องจากโครงสร้างร่างกายทำหน้าที่ผิดปกติไปจากเดิม การดูแลตนเองในภาวะนี้มีทั้งหมด 6 ด้าน ดังนี้ 3.1) การแสวงหาการช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ 3.2) การรับรู้และดูแลพยาธิสภาพที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ 3.3) การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรวมถึงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ร่างกายทำหน้าที่เป็นปกติ 3.4) การรับรู้ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการเจ็บป่วย 3.5) การปรับตัวเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และมีความพร้อมในการพึ่งพาตนเองได้ และ 3.6) เรียนรู้วิธีการผลจากการเจ็บป่วย ด้วยรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ และเรียนรู้กำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องสภาพความเป็นจริง

สรุปได้ว่าการดูแลตนเองจากทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็มครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งในระยะป้องกันซึ่งเป็นการกระทำพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค และการดูแลตนเองในระยะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการกระทำที่บุคคลตัดสินใจ แสวงหาการรักษาหรือคำแนะนำจากผู้อื่นมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนองต่อการป่วย รวมถึงการกระทำหลังจากรู้ผลการวินิจฉัยโรค ซึ่งสอดคล้องกับ International Self-Care Foundation (Webber, Guo, & Mann, 2013) ให้ความสำคัญ 2 ส่วน คือ 1) การดูแลตนเองในสภาวะทั่วไป เป็นการดูแลสุขภาพของบุคคลที่มีสุขภาพดีเพื่อป้องกันโรคซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดในปัจจุบัน 2) การดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว การดูแลตนเองนับเป็นสิ่งจำเป็นต่อบุคคลที่มีโรคประจำตัว และบางครั้งการจัดการตนเองมีความจำเป็นกับอาการเบื้องต้น การดูแลตนเองมักเป็นการตอบสนองการรักษาขั้นแรกต่อสุขภาพในชีวิตประจำวันและโรคทั่วไป โดยรวมแล้วประมาณ 70% ถึง 95% ของการป่วยมักได้รับการจัดการโดยไม่ต้องมีการแทรกแซงทางการแพทย์ การรู้ว่าเมื่อใดควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเป็นทักษะการดูแลตนเองภายใต้เสาหลักที่ 1 (ความฉลาดทางสุขภาพ) และเสาหลักที่ 2 (การตระหนักรู้ในตนเอง)

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์รูปแบบการดูแลสุขภาพโดยมุ่งเน้นศึกษาการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยตามทฤษฎีของโอเร็มขั้นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพเป็นแนวทางการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มีผู้ศึกษาองค์ประกอบไว้หลากหลายมีทั้งที่

สอดคล้องคล้ายคลึงกัน และส่วนที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทการศึกษาค้นคว้าของแต่ละงานวิจัย จากการทบทวนงานที่ศึกษาการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การออกกำลังกายและฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริโภคอาหารและควบคุมน้ำหนัก การป้องกันเจ็บป่วยและแสวงหาสุขภาพ การใช้ยา การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ การลดปริมาณแอลกอฮอล์ การพักผ่อน การมาพบแพทย์ตามนัด การพัฒนาจิตวิญญาณ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Parappilly et al., 2019; Wan et al., 2016; YUKI & KUDO, 2011; กฤษฎา จอดนอก และ ณิชชาธร ภาโนมัย, 2561; บุษราคม คามเพ็ชร, 2552; พรทิพย์พา ธิมายอม, 2554) ซึ่งเมื่อศึกษาในแต่ละองค์ประกอบพบว่าแบบสอบถามเลือกใช้ข้อความที่ใกล้เคียงกันในบางองค์ประกอบ ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์งานวิจัยเพิ่มเติมโดยขยาย การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคหนึ่ง เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดและยังเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (มัณฑุมาส มัญจาวงษ์, 2562) ได้องค์ประกอบพฤติกรรมดูแลสุขภาพดัง ตารางการสังเคราะห์ตารางที่ 1

ดังนั้นพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยให้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาโรค ซึ่งจากผลการสังเคราะห์พฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผู้วิจัยเลือกพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีศึกษาเหมือนกันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาตามองค์ประกอบที่สังเคราะห์ข้อมูลได้ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

องค์ประกอบที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

องค์ประกอบที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยา

องค์ประกอบที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียด

ตาราง 1 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	บุษราคัม คาบเพชร (2552)	พรทิพย์ ธิมาภยม (2554)	YUKI and KUDO (2011)	สุจิตรา รัตติเยียง และคณะ (2558)	Wan et al. (2016)	Lee and Park (2017)	วิจิราลิม หวังสม (2561)	กฤษฎา จอดนอก และกนิษฐาภร ภาโนรัมย์ (2561)	รัฐกานต์ คำเดียว และชนินดา มัททวงกูร (2018)	Parappilly et al. (2019)	Adiyasa and Cruz (2020)	รวม (ร้อยละ)
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ										/		1 (9.09)
สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล										/		1 (9.09)

ดังนั้นสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายโดยใช้ความสามารถหรือศักยภาพที่ตนเองมีอยู่เพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตการเป็นอยู่ที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การบริโภคอาหารที่เหมาะสมสามารถจำกัดควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการกลับมาเป็นซ้ำได้ ได้แก่ 1) การรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ควรจำกัดการบริโภคอาหารโดยหลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล รสหวานจัด ไขมันสูง ประเภทแกงกะทิ และของทอด เป็นต้น 2) ความดันโลหิตสูง ควรควบคุมอาหารที่ทำให้ระดับความดันสูงขึ้นด้วยการลดความเค็มในอาหาร จำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน เลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูงและควรเลือกบริโภคผักผลไม้ทุกวัน 3) ไขมันสูง ควรจำกัดอาหารประเภทไขมัน เลี่ยงอาหารไขมันอิ่มตัวสูง นอกจากนี้ต้องจำกัดปริมาณคอเลสเตอรอล หลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์และอาหารทะเล เลือกรับประทานโปรตีนจากปลา เนื้อไก่ไม่มีหนัง และเต้าหู้ เลือกอาหารที่มีกากใยเพราะใยอาหารสามารถช่วยลดการดูดซึมไขมัน นอกจากนี้ควรเลือกอาหารที่ไขมันในปริมาณที่พอเหมาะควรลดและเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพราะสามารถสะสมเป็นไขมันได้ 4) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือเบาหวาน

เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าปกติ ดังนั้นควรรับประทานอาหารเป็นเวลา หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานหรือมีปริมาณน้ำตาลสูง รับประทานอาหารประเภทแป้งที่มีใยอาหาร (ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลศิริราช, 2560)

ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น จรรยาพร วงศ์ขจิต และ รุ่งระวี นาวิเจริญ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผลการวิจัยอาการซึมเศร้าและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กันในแง่ลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วย ($r = 0.483$ และ 0.203) สัมพันธภาพในครอบครัวและการพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์ในแง่บวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = 0.415$ และ 0.275) นอกจากนี้การศึกษาของ สุจิตรา คุ่มสะอาด, วิณา เทียงธรรม, และ เพลินพิศ สุวรรณอำไพ (2560) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่าพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การบริโภคที่เหมาะสมกับสภาวะป่วย ออกกำลังกาย และการมาพบแพทย์ตามนัด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารระดับต่ำมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมาก 4.79 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีพฤติกรรมระดับกลางถึงสูง ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างที่กลับเป็นซ้ำพบว่ารับประทานเนื้อสัตว์ติดมันซึ่งมีไขมันสูงค่อนข้างบ่อย ($\bar{X} = 3.12$, $SD = 0.87$) และใช้น้ำมันถั่วเหลือง/รำข้าวในการปรุงอาหารน้อย ($\bar{X} = -1.75$, $SD = 0.93$) รวมถึงมีการบริโภคข้าวกล้องและข้าวขัดสีน้อย ($\bar{X} = 2.00$, $SD = 1.06$) และพบว่าในกลุ่มที่ไม่มีประวัติของการกลับเป็นซ้ำมีการรับประทานประเภทผักค่อนข้างบ่อยซึ่งมีกากใยสูง ($\bar{X} = 3.00$, $SD = 0.98$) และอาหารรสจัดในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.28$, $SD = 0.98$) ซึ่งตัวแปรการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับสภาวะโรคสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำมากที่สุด สอดคล้องกับวิจัยของ จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ (2557) พบว่าผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 69.18 มีระดับไขมันสูงเกินกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 10.7 มีความดันโลหิตสูงกว่าค่ามาตรฐาน และยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ร้อยละ 5.7 แม้ว่าจะมีระดับของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำระดับมาก ($X = 57.09$, $S.D. = 11.57$)

การประมวลเอกสารงานวิจัยสรุปได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรคหลอดเลือดสมองค้ำึงถึงระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

องค์การอนามัยโลก (Gordon et al., 2004) จำแนกความสามารถการเคลื่อนไหว ความทุพพลภาพ และปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเนื่องจากส่งผลกับโครงสร้างและระบบการทำงานร่างกายจนเกิดความบกพร่อง เช่น ร่างกายอัมพาตครึ่งซีก กล้ามเนื้อเกร็ง ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันทีลดลง ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อระดับการจำกัดกิจกรรม ได้แก่ อารมณ์และแรงจูงใจ ทักษะการจัดการปัญหาและปรับตัว ความรุนแรงและชนิดของโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม และความคงที่ทางการแพทย์ ระดับความทนทานของร่างกาย และรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับเกิดโรคโดยเฉพาะโรคหัวใจมักเกิดขึ้นร้อยละ 75% ซึ่งการบริหารร่างกายทำให้เกิดความต้องการพลังงานจากระบบหัวใจของผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ร่างกายแข็งแรง ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจอยู่ก่อน อาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากการออกกำลังกาย และมักมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นในระยะหลังเกิดโรคเป็นช่วงเวลาที่สำคัญอย่างยิ่งในการหาแนวทางป้องกันโรคกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่ง American Heart Association ได้สร้างแนวทางเพื่อผู้ป่วยอัมพาตจากเส้นเลือดสมองมีปัญหา โดยพิจารณาถึงปริมาณที่เหมาะสมตามความต้องการและข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ดังนี้ 1) การออกกำลังกายรูปแบบแอโรบิคค่าที่แนะนำคือ 40% ถึง 70% ของการใช้ออกซิเจน, 11-14 RPE (Borg Rating of Perceived Exertion เป็นการประเมินโดยใช้ความรู้สึก) ควรทำ 3 - 7 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 20 ถึง 60 นาทีต่อวันพิจารณาตามศักยภาพของผู้ป่วย 2) การออกกำลังกายแบบเพื่อเพิ่มความแข็งแรง แนะนำ 10 ถึง 15 ครั้ง ควรออกกำลังกายรูปแบบนี้ 2 ถึง 3 วันในแต่ละสัปดาห์ 3) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น แนะนำทำก่อนและหลังการออกกำลังกายแบบมีน้ำหนักต้านและแอโรบิค โดยการยืดกล้ามเนื้อค้างไว้ประมาณ 10-30 วินาทีต่อท่า ทำ 2-3 วันต่อสัปดาห์ และ 4) การฝึกการทำงานประสานสัมพันธ์และการทรงตัว ควรทำ 2-3 วันต่อสัปดาห์ซึ่งอาจทำร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง และการประสานสัมพันธ์และการทรงตัวนั้นช่วยเพิ่มระยะการเคลื่อนไหวของด้านอัมพาต ป้องกันการหดรัดเกร็ง และเพิ่มกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

การศึกษาอย่างเป็นระบบของ Saunders et al. (2020) เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการออกกำลังกายที่ต่างกัน ได้แก่ ออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงระบบหัวใจและหลอดเลือด การบริหารโดยมีน้ำหนักต้าน (resistance training) หรือทั้งสองอย่าง (mix training) กับการดูแลตามปกติหรือใช้วิธีอื่นที่ไม่มีการฝึกออกกำลังกาย ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง มีงานวิจัยตามเกณฑ์ทั้งหมด 75 เรื่อง ผู้เข้าร่วมทั้งหมด 3,017 คน ในกลุ่มบริหารร่างกาย

เพื่อความแข็งแรงของระบบหัวใจ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมาตรฐาน (SMD) 0.52, 95% CI 0.19 ถึง 0.84; 8 งานวิจัย; ผู้เข้าร่วม 462 คน; $P = 0.002$) และการฝึกแบบผสม (SMD 0.23, 95% CI 0.03 ถึง 0.42; 9 งานวิจัย ผู้เข้าร่วม 604 คน; $P = 0.02$) พบความบกพร่องในการเคลื่อนไหวดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการทดลอง ซึ่งการออกกำลังกายทั้ง 2 รูปแบบส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและการทรงตัวที่ดีขึ้น นอกจากนี้หลังการออกกำลังกายรูปแบบที่เพิ่มความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางเดินหายใจ (VO_2 peak) เพิ่มขึ้น (ความแตกต่างเฉลี่ย (MD) 3.40 mL / kg / min, 95% CI 2.98 ถึง 3.83; 9 งานวิจัย ; ผู้เข้าร่วม 438 คน) ซึ่งหากมีการฝึกพร้อมกับการเดินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเกิดโรคจะส่งผลที่ดีด้านทรงตัวและเดิน และลดความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ สอดคล้องกับ สุจิตรา คุ่มสะอาด และคนอื่น ๆ (2560) พบว่าช่วยลดปริมาณไขมัน และเพิ่มไขมันชนิดที่ดี (HDL-Cholesterol) จึงลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมของการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำมีโอกาสเกิดกลับเป็นซ้ำเป็น 4.81 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในด้านนี้อยู่ระดับกลางถึงสูง (Adj. OR = 4.81, 95% CI = 1.00-23.57) ในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำมีการเดินวันละ 30 นาทีในปริมาณที่ค่อนข้างน้อย ($\bar{X} = 2.41$, SD = 0.84) เนื่องจากคิดว่าการทำกิจกรรมในแต่ละวันคือการออกกำลังกาย

ในการประมวลเอกสารงานวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายหมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการออกกำลังกายตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ด้วยรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และเพื่อความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 20 ถึง 30 นาที

พฤติกรรมมารับประทานยา

การตรวจตามนัดและรับประทานยาสม่ำเสมอเป็นอีกแนวทางเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำของโรค (สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ จริญญา วิรุฬราช, 2550) หลักการให้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ควรตรวจสอบกับเภสัชกรหรือแพทย์ทุกครั้งก่อนการให้ยาที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์ เช่น วิตามินแร่ธาตุและอาหารเสริมสมุนไพรเพราะอาจส่งผลต่อยาที่รับประทานอยู่เดิม ไม่ควรหยุดยาเพราะคิดว่าความเสี่ยงของโรคได้หายไปแล้ว ผู้ป่วยต้องให้ยาต่อไปจนกว่าแพทย์จะสั่งให้หยุด การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์จะก่อให้เกิดผลดีต่อการให้ยาและติดตามอาการผู้ป่วย (Stroke Foundation, 2016) แนวทางการให้ยาเพื่อลดความเสี่ยงของโอกาสการกลับเป็นซ้ำ (Stroke Association, 2012; Stroke Foundation, 2016) ได้แก่ 1) ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยควรวัดความดันโลหิตของตนเองเป็นประจำ บริหารร่างกาย

ด้วยการออกกำลังเป็นประจำ และเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อควบคุมความดัน 2) ยาลดความสามารถในการแข็งตัวของเลือด ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามียา 2 ชนิดคือ ยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งทำงานในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการแข็งตัวของเลือด โดยยาต้านเกล็ดเลือดจะป้องกันไม่ให้เกล็ดเลือดในเลือดเกาะกัน (aspirin, dipyridamole และ clopidogrel) และป้องกันการผลิตโปรตีนที่เรียกว่าไฟบริน ทำให้ลิ่มเลือดที่มีอยู่มีเสถียรภาพมากขึ้นและมีโอกาสหลุดออกไปอยู่ในกระแสเลือดน้อย (warfarin, dabigatran etexilate และ rivaroxaban) 3) ยาลดคอเลสเตอรอล คือ ยา Statins ซึ่งลดโอกาสการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและลดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคอื่นในผู้ป่วย 4) อาการซึมเศร้าหลังป่วย ประมาณ 50% เกิดหลังจากป่วย มักได้รับการรักษาโดยการบำบัดร่วมกับใช้ยารักษา และ 5) โรคลมชัก มักเกิดกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจจัดการได้ด้วยยาป้องกันโรคลมชัก

การศึกษาเรื่องการให้ยาในผู้ป่วย เช่น Wei et al. (2010) ติดตามการให้ความร่วมมือโดยการกินยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล หลังการจำหน่ายออก 3 เดือน และ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทานยาของลดลงเรื่อย ๆ โดยให้เหตุผลเนื่องจากไม่มีข้อบ่งชี้หรืออาการที่จำเป็นต้องใช้ยา และการศึกษาของ จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ (2557) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันเป็นซ้ำของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก (ระดับปานกลาง) กับความร่วมมือในการป้องกันโดยการทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.351$) ผลสอดคล้องกับ จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, วินัส ลิฬหกุล, และ ทิพา ต่อสกุลแก้ว (2018) เมื่อรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซ้ำและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำส่งผลให้มีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่ม รวมถึงการทานยาที่มีผลดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, วันเพ็ญ ภิญญญาสกุล, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และ ยงชัย นิละนนท์ (2557) พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับยาและการรับรู้ความเจ็บป่วยทำนายความต่อเนื่องการกินยาได้ร้อยละ 22.6 ($R^2 = 0.226$, $p < 0.05$) โดยความเชื่อเกี่ยวกับยาสามารถทำนายได้มากที่สุด ($\bar{X} = 0.415$, $p < 0.05$) รองมา คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย ($\bar{X} = -0.293$, $p < 0.05$)

สรุปได้ว่าการรับประทานยาในผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยควรพิจารณาใช้ยาให้ถูกต้อง ตามขนาด และเวลาอย่างเคร่งครัดภายใต้คำสั่งแพทย์ ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทุกครั้งก่อนรับประทานยาที่แพทย์ไม่ได้จ่ายให้แก่ผู้ป่วย เช่น สมุนไพร วิตามิน และอาหารเสริม เป็นต้น ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

ในการประมวลเอกสารงานวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานยา หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการต่าง ๆ ตามคำสั่งของแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ตรงตามเวลา และรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่หยุดหรือเพิ่มปริมาณยาด้วยตนเอง มีการปรึกษาการใช้ยากับเภสัชกรหรือแพทย์ก่อนใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่งและเมื่อเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา

พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด

ภาวะร่างกายและจิตใจที่เกิดการตื่นตัวเพื่อเตรียมรับสถานการณ์เกินความสามารถในการแก้ไข เรียกว่า ความเครียด มีผลต่อความรู้สึกและทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรม ในขณะที่เดียวกันระดับความเครียดที่พอดีช่วยกระตุ้นการแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น แต่การไม่จัดการเมื่อเกิดขึ้นจะก่อให้เกิดความเครียดสะสม เมื่อมีความเครียดควรวางวิธีการเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจ ความเครียดเกิดจาก 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) จากร่างกาย เกิดจากสภาวะร่างกายซึ่งก่อให้เกิดความเครียด 2) จากจิตใจ เกิดจากสภาวะทางจิตใจของบุคคล 3) จากสังคม เกิดจากสิ่งที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลเปลี่ยนแปลง (กรมสุขภาพจิต, 2555) ในส่วนของวิธีการจัดการความเครียด กรมสุขภาพจิต (2558) ได้มีแนวทางการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่ใช้เวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย โดยมีแนวทางดังนี้ 1) สำรวจความเครียดด้วยตนเอง เนื่องจากการประเมินตนเองได้ว่ามีความเครียดจะทำให้แก้ไขสาเหตุได้ทัน 2) เมื่อรู้สาเหตุของความเครียด ให้พยายามแก้ปัญหานั้นโดยเร็วด้วยการคิดหาสาเหตุด้วยใจเป็นกลางไม่โทษผู้อื่น ไม่หนีปัญหา ลงมือแก้ปัญหาลงมือก่อนจะฟังผู้อื่น ไม่โทษตนเองแต่ให้โอกาสแก้ไขวิธีอื่น ๆ 3) เรียนรู้วิธีปรับการคิดลบเป็นคิดบวก โดยการคิดในแง่ที่ยืดหยุ่นมากขึ้น 4) การจัดการความเครียดด้วยวิธีที่คุ้นเคย คือการทำกิจกรรมที่ชอบ งานอดิเรกที่คุ้นเคยสามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดลงได้ และ 5) ใช้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด สามารถเลือกทำวิธีที่สะดวกและทำแล้วคลายเครียดได้ดี เมื่อฝึกคลายเครียดไปสักช่วงเวลานึงจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Love, Sharrief, Chaoul, Savitz, & Beauchamp (2019) เกี่ยวกับการใช้เทคนิคเสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจให้เกิดผลในเชิงบวกต่อการทำงานของร่างกาย (Mind-Body Interventions) ที่มีผลต่อความเครียดทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าวิธีการเสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจ การผ่อนคลายด้วยโยคะ ไทเก๊ก และการออกกำลังกาย เป็นเวลา 6-12 สัปดาห์ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่งผลอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้มีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากงานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าหลังฝึกโยคะ

ผู้ป่วยรู้สึกแข็งแรงขึ้น มีความยืดหยุ่นมากขึ้น การทรงตัวและการเดินดีขึ้น มั่นใจและพลังงานที่เพิ่มขึ้นต่อจิตใจ ความเครียดลดลง เกิดความเชื่อมโยงระหว่างร่างกายและจิตใจที่มากขึ้น นอกเหนือจากผลลัพธ์ข้างต้นแล้วยังพบว่าคุณภาพของชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มความมั่นใจ การพึ่งพาตนเอง ซึ่งความเครียดมักกระตุ้นให้หยุดเลือดทำงานผิดปกตินำมาซึ่งความดันโลหิตสูง วิไลพร พุทธวงศ์, วิริณธิ กิตติพิชัย, ทศนัย ศิลาวรรณ, และ โชคชัย หมั่นแสงวทรัพย์ (2557)) พบว่าความเครียดสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากไปกระตุ้นให้หยุดเลือดหดตัวเป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรรู้การผ่อนคลายและจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมผลที่จะเกิดกับหลอดเลือด

ในการประมวลเอกสารงานวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า พฤติกรรมการจัดการความเครียด หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการมีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายจากความเครียด เช่น การทำงานอดิเรก ทำกิจกรรมที่ชอบตามศักยภาพของตนเอง การดูโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ การฟังเพลง การทำสมาธิ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกหายใจ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Wan et al. (2016) ศึกษาแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใน 2 องค์ประกอบ คือ กิจกรรมทางกายและโภชนาการ จากแบบวัด The Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) ที่พัฒนาโดย Walker et al. (1987) แบบวัดของการศึกษาครั้งนี้เพิ่ม 4 องค์ประกอบสำหรับวัดสิ่งที่เกี่ยวข้องกับบริบทในการศึกษาผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองคือ อาหารที่มีเกลือต่ำ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการตรวจความดันโลหิต และการใช้ยาต่อเนื่อง ดังนั้นแบบวัดที่ประยุกต์มาจึงทั้งหมด 6 องค์ประกอบ (จำนวน 25 รายการ) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญชาวจีน 5 คน ด้านการพยาบาลและการแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 ทดสอบแบบวัดกับผู้เข้าร่วม 235 คน มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach alpha) เท่ากับ .878 การศึกษา นุชราคม คานเพชร (2552, น.60) ดัดแปลงแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพจากแบบประเมินของ Walker et al. (1987) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพ การพักผ่อน การป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และสุขภาพจิตกับการจัดการความเครียด จำนวน 30 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.898

ตัวแปรนี้วัดโดยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการ และประยุกต์ทฤษฎีของโอเรม โดยแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การ

รับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การรับประทานยา และ 4) การจัดการความเครียด เพื่อให้เข้ากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นมาตราส่วนประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย สำหรับการแปลผลผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปทิตตา ทรวงโพธิ์ และคนอื่น ๆ (2556) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ผลการวิจัยพบผู้สูงอายุที่กลับเป็นซ้ำมีพฤติกรรมระดับปานกลางและดี (ร้อยละ 48.8 และ 47.6 ตามลำดับ) มีร้อยละ 3.7 ที่อยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งพบว่าพฤติกรรมระดับดีมากที่สุด ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตราย ตามลำดับ (ร้อยละ 80.5, 79.3 และ 70.7) สำหรับปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน ($p=0.006$) รายได้เฉลี่ย ($p=0.038$) ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ($p=0.005$) และการได้รับบริการจากระบบบริการ ($p=0.034$) กฤษฎา จอดนอก และ นิติชาธร ภาโนมัย (2561) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับน้อย และทัศนคติของอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยนำด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ $p=0.012$ ตามลำดับ) และ YUKI & KUDO (2011) ศึกษามุมมองจากผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพหลังเกิดโรค โดยสำรวจวิธีการที่ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 40 คน ผลลัพธ์ของการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นกลยุทธ์ในการรับมือเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้เข้าร่วมกล่าวถึง ได้แก่ การออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การลดปริมาณแอลกอฮอล์ เลือกรับประทานอาหาร การแสวงหาสุขภาพ และมีเวลาเพื่อการพักผ่อน นอกจากนี้สิ่งสำคัญคือต้องพยายามปรับความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยให้มีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการใช้ชีวิตก่อนป่วยเป็นสาเหตุของการเกิดโรคและเป็นเหตุที่ควรเปลี่ยนพฤติกรรมหลังป่วย ปัจจัยด้านการคาดหวังต่อการฟื้นตัวจากโรคและความกลัวต่อการกลับเป็นซ้ำล้วนเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นการค้นพบของการศึกษานี้คือเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีรูปแบบการใช้ชีวิตเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงเห็นคุณค่าของการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับ Parappilly et al. (2019) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยงเกิดโรคหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำการศึกษาในผู้ป่วย 100 คน ผลการวิจัยนี้แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้

เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพ การค้นพบสนับสนุนเรื่องการให้ข้อมูลคำแนะนำในแนวทางดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนให้จัดการออกกำลังกายไว้ในโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการมีความรู้เกี่ยวกับโรคส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และบุคคลที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอก่อนป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจน้อยกว่า

ตอนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

การศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทำหน้าที่มีผลซึ่งกันและกัน โดยที่ปัจจัยทั้งหมดนี้อาจจะมีอิทธิพลไม่เท่ากันและอาจจะไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน แต่ต้องอาศัยเวลาในการส่งผลต่อกันของแต่ปัจจัย (Bandura, 1989 (อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)) ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้กำหนดตัวแปรสิ่งแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ตัวแปรชีวสังคมเป็นคุณลักษณะหนึ่งแสดงถึงตัวบุคคลมาเป็นตัวแปรสาเหตุในการวิจัยในระยะแรก

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางชีวสังคมและได้รับสนับสนุนทางสังคมครอบครัวต่างกัน จากนั้นนำผลการศึกษามาออกแบบโปรแกรมเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการวิจัยเชิงทดลองในระยะที่ 2 โดยผู้วิจัยได้ค้นคว้าและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางชีวสังคมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อสนับสนุนผลการวิเคราะห์

จากงานวิจัยของ กฤษฏา จอดนอก และ นิติชาธร ภาโนมัย (2561) ซึ่งศึกษาจากผู้ป่วย 200 คนที่ช่วงอายุ 61-80 ปี เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยชีวสังคมส่วนใหญ่รวมถึงอาการอ่อนแรงที่ส่งผลให้เดินได้หรือเดินไม่ได้นั้นไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ ดวงพร กัตัญญุตานนท์ และคนอื่น ๆ (2560) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยจำแนกตามความแตกต่างของลักษณะทางชีวสังคม ผลการวิจัยพบว่าอาชีพ สถานภาพสมรส และรายได้ที่ต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วจึงทำให้มีเวลาดูแลตนเอง และในกลุ่มรายได้น้อยแม้ว่าจะสามารถใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้แต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการเดินทางไป

โรงพยาบาลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มรายได้สูง แต่ความแตกต่างของปัจจัยชีวิตสังคมอื่น ๆ พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งผล การศึกษาลำดับเคียงกับงานวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานของ กิตติคุณ แสงสุข, พจนีย์ เสี่ยงมจิตรต์, และ เสนอ ภิรมจิตรผ่อง (2557) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพในกลุ่มอายุ 35-50 ปี อาชีพ เกษตรกรรม พบว่าเพศ อายุ อาชีพ จำนวนคนในครอบครัวหรือผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วย และ รายได้ที่แตกต่างกันพบว่าไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

นอกจากนี้มีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จากผลการวิจัย ของ วาสนา สิทธิกัน (2560) พบว่าปัจจัยชีวิตสังคมที่แตกต่างไม่ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพที่แตกต่างกันผู้สูงอายุ ปัจจัยอาชีพพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพดีกว่าอาชีพค้าขาย นอกจากนี้งานวิจัยของ เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ที่ทำศึกษาใน ผู้สูงอายุพบว่าลักษณะชีวิตสังคมส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่ ต่างกัน แต่พบความแตกต่างในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สูงกว่าระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา มัธยมศึกษา และปริญญาตรีอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่องของรายได้พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ 30,001 บาทขึ้นไปมี พฤติกรรมดูแลสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ 10,001-20,000 บาท

งานวิจัยของ อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และ กิตติยา ศิวาวงศ์ สุวรรณภูฏ (2559) ศึกษา การรับรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และแหล่งที่มาของรายได้ที่ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลบางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา คำลอยฟ้า (2554) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาชีพและระยะเวลาป่วยด้วย โรคเบาหวานที่ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติ .001 แต่กลุ่มที่มีชีวิตสังคมอื่น ๆ ต่างกันพบว่าไม่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาข้อมูลของงานวิจัยข้างต้นซึ่งทำการวิจัยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และในกลุ่มผู้สูงอายุ แสดง ให้เห็นว่าลักษณะทางชีวิตสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย รวมถึงอาการอ่อนแรงของร่างกายที่แตกต่างกันนั้นส่งผลให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 โปรแกรมการบำบัดสติร่วมกับการกำกับตนเอง

โปรแกรมด้านสุขภาพเป็นแผนหรือกิจกรรมเพื่อป้องกัน ควบคุมโรค การบาดเจ็บ ความพิการ และการเสียชีวิต ปัจจุบันปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มซับซ้อนมากขึ้น โปรแกรมต่าง ๆ จึงมีความซับซ้อนมากขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนและองค์กร ปัญหาสุขภาพอาจได้รับการแก้ไขด้วยวิธีการทางการแพทย์หรือการเปลี่ยนแปลงสุขภาพซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความยากในการเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมความเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันของผู้บริโภคและผู้ให้บริการ (Centers for Disease Control and Prevention, 2011) ทั้งนี้โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพคือ โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพของการดูแลสุขภาพโดยการให้หลักฐานที่ดีที่สุดเกี่ยวกับผลลัพธ์ ประโยชน์ และอันตราย ความเหมาะสมของยา อุปกรณ์ บริการด้านสุขภาพ รวมถึงมีส่วนช่วยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้กำหนดนโยบาย และระบบการดูแลสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสามารถบรรลุเป้าหมายข้างต้นโดยการร่วมมือกับศูนย์วิจัย สถาบันการศึกษา สมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรผู้บริโภค และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อทำการศึกษาวิจัยการสังเคราะห์หลักฐาน การเผยแพร่ และการนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ (Rockville, 2020) นอกจากนี้โปรแกรมด้านสุขภาพจะบรรลุเป้าหมายได้ถ้ามีองค์ประกอบทั้ง 6 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้ 1) การปรับเปลี่ยนเพื่อพัฒนาข้อมูลหลักฐานสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ 2) ขั้นตอนกิจกรรมในโปรแกรมที่มีลำดับตามหลักฐานซึ่งรวมกันแล้วจะส่งผลกระทบต่อก่อให้เกิดประโยชน์ 3) การจัดการที่มีประสิทธิภาพผ่านการติดตาม ประเมินผล และการปรับปรุงโปรแกรมอย่างเข้มงวด 4) ความร่วมมือกับองค์กรในภาครัฐและภาคเอกชน 5) การสื่อสารด้วยข้อมูลที่ถูกต้องและทันที่ต่อชุมชนในการดูแลสุขภาพ ผู้มีอำนาจตัดสินใจ และสาธารณชนเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมและมีส่วนร่วมกับสังคม และ 6) มุ่งมั่นที่จะหาแหล่งข้อมูลและการสนับสนุนสำหรับการดำเนินการที่มีประสิทธิผล (Frieden, 2014)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนใหญ่ก่อให้เกิดผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชั่วคราว แต่การบำรุงรักษาแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมักไม่ค่อยประสบความสำเร็จ ซึ่งจากการศึกษาของ Kwasnicka et al. (2016) ศึกษาทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอย่างเป็นระบบสำหรับการรักษาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงให้คงทน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อระบุและสังเคราะห์คำอธิบายทางทฤษฎีในปัจจุบันที่รักษาพฤติกรรมให้มีความคงทนเพื่อเป็นข้อมูลการวิจัยและการปฏิบัติในอนาคตพบว่ามี 53 ทฤษฎีจากทั้งหมด 73 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทฤษฎีเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนใหญ่สร้างขึ้นจากทฤษฎีอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิม และนำไปใช้กับบริบทพฤติกรรมเฉพาะ มีการอธิบายที่แตกต่างกันสำหรับการเริ่มต้นและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน ซึ่งจากผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับวิธีการที่บุคคลรักษาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปให้มีความคงทนและในบริบทที่แตกต่างกันโดยที่มุ่งเน้นไปที่แรงจูงใจที่เปลี่ยนไป การกำกับตนเอง ลักษณะนิสัย ทรัพยากร และปัจจัยตามบริบท ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเริ่มต้นจนถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จ มีการอธิบายในแต่ละประเด็นเกี่ยวกับการรักษาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นให้คงทน ดังนี้

ประเด็น 1 แรงจูงใจในการบำรุงรักษา เป็นตัวขับเคลื่อนพฤติกรรมที่มุ่งมั่น ช่วยจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเริ่มแรกมักได้รับแรงจูงใจจากความคาดหวังของผลลัพธ์ในระยะยาวที่ไม่แน่นอน (เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ) แรงจูงใจจะส่งเสริมการบำรุงรักษาพฤติกรรมหากช่วยให้เกิดความพึงพอใจอย่างสม่ำเสมอจากการแสดงพฤติกรรมใหม่แทนที่จะมาจากการประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง เช่น ความเพลิดเพลินในพฤติกรรม ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทางพฤติกรรม การตัดสินใจด้วยตนเองหรือหากมีความสอดคล้องกันของพฤติกรรมใหม่กับอัตลักษณ์ ความเชื่อและค่านิยมของตน

ประเด็น 2 การกำกับตนเอง คือความพยายามใดในการควบคุมพฤติกรรมอย่างแข็งขันโดยการยับยั้ง พฤติกรรมที่มีอิทธิพลสูงและกระทำอัตโนมัติ กระตุ้น อารมณ์ หรือความปรารถนา และแทนที่ด้วยการตอบสนองที่มุ่งเป้าหมาย สำหรับการทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงทนด้วยแนวคิดการกำกับตนเองมุ่งเน้นไปที่ความจำเป็นในการควบคุมพฤติกรรมอย่างแข็งขัน ทักษะการกำกับตนเอง กระบวนการควบคุมตนเอง และรับมือกับอุปสรรค ซึ่งขึ้นอยู่กับทรัพยากรในตัวบุคคล (ความพร้อมทั้งกายและใจ) ความเข้มแข็งของลักษณะนิสัย และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม การกำกับตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นเมื่อพฤติกรรมใหม่ไม่ได้เป็นไปโดยอัตโนมัติและศักยภาพทางพฤติกรรมของพฤติกรรมก่อนหน้านี้อย่างคงสูงอยู่ การเปลี่ยนแปลงระดับของแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเกี่ยวข้องโดยตรงกับความต้องการในการกำกับตนเอง เมื่อแรงจูงใจลดลงความจำเป็นในการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น มีการตั้งสมมติฐานว่าความจำเป็นในการควบคุมตนเองลดลงเมื่อแต่ละคนมีพฤติกรรมใหม่ซ้ำ ๆ ทำให้บุคคลเลิกเรียนรู้นิสัยเดิมและพัฒนาพฤติกรรมใหม่และสร้างความสามารถในตนเองเพื่อรักษาพฤติกรรม ในมุมมองที่แตกต่างกันการกำกับตนเองอาจเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปเนื่องจากความพยายามซ้ำ ๆ และการจำกัด ตนเอง และแรงจูงใจลดลงเมื่อเวลาผ่านไป

ประเด็น 3 ลักษณะนิสัย คือการกระทำที่ถูกกระตุ้นด้วยสถานการณ์โดยอัตโนมัติ การพัฒนานิสัยเป็นไปตามช่วงเวลาของการกำกับตนเองของพฤติกรรมใหม่ที่ประสบความสำเร็จ พฤติกรรมที่ควบคุมอย่างมีสติจะเป็นไปโดยอัตโนมัติเมื่อเวลาผ่านไปโดยมีการทำซ้ำ ๆ และจะดำเนินการด้วยการรับรู้อย่างมีสติ การตอบสนองที่เป็นนิสัยสามารถช่วยรักษาพฤติกรรมใหม่ ๆ ได้ การหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์หรือปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ออกจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการคงไว้ของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยวิธีการควบคุมสิ่งกระตุ้น

ประเด็น 4 ทรัพยากร เป็นทุนทางจิตใจและทางกายภาพที่สามารถดึงมาใช้ในระหว่างกระบวนการควบคุมพฤติกรรม เนื่องจากการรักษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมักทำได้ยากและต้องใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่อง ทรัพยากรที่มีอยู่สำหรับแต่ละบุคคลจึงถูกตั้งสมมติฐานว่ามีบทบาทสำคัญเมื่อทรัพยากรมีจำกัดหรือหมดลงเนื่องจากความเครียด ความเหนื่อย ความอ่อนเพลียและความเมื่อยล้า ความสามารถของการกำกับควบคุมตนเองของแต่ละคนแต่ละบุคคลมีอย่างจำกัด บุคคลมีแนวโน้มที่จะเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในบางครั้งที่ทรัพยากรทางจิตใจและทางกายมีมากกว่าปกติและเมื่อมีต้นทุนหรือโอกาส (ความพยายามที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม) อยู่ในระดับต่ำ

การกำกับตนเองใช้ทรัพยากรทางจิตใจที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งจะหมดไปจากการใช้กระบวนการกำกับตนเองและต้องใช้ใช้เวลา พัก และกลับคืนสู่ปกติ การรับมือกับความเครียดและความควบคุมอารมณ์ต้องใช้ความพยายามในการกำกับดูแลตนเองเพิ่มเติมและการพยายามควบคุมตนเองเพิ่มมากขึ้นในแต่ละครั้งมีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุผลตามที่ตั้งไว้เมื่อทรัพยากรด้านการรู้คิดมีจำกัด ตัวอย่างเช่น ผู้อดอาหารมีความเสี่ยงที่จะรับประทานอาหารโดยขาดการควบคุม เมื่อกระบวนการรู้คิดน้อยลง การกำกับตนเองเป็นการทรัพยากรทางจิต บุคคลที่ควบคุมตนเองอย่างกระตือรือร้นจะมีประสิทธิผลน้อยกว่าในงานต่อ ๆ มาที่ต้องควบคุมตนเอง การพักใช้กระบวนการกำกับตนเอง และผลลัพธ์เชิงบวกช่วยฟื้นฟูทรัพยากรเหล่านี้

ประเด็นที่ 5 สิ่งแวดล้อมและอิทธิพลทางสังคม หลายทฤษฎีเน้นบทบาทของสภาพแวดล้อมภายนอกที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุน อิทธิพลทางสังคมเชิงบวก และการเปลี่ยนแปลงของสังคมในทางที่สร้างสรรค์จะเอื้อต่อการคงทนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากช่วยลดต้นทุนโอกาสของพฤติกรรมใหม่ นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมยังเป็นตัวกำหนดปริมาณของการควบคุมตนเองและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับแต่ละบุคคล และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีโอกาสน้อยที่จะคงทนอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมใหม่สำหรับการนำมาใช้

สรุปได้ว่าหลังจากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว การที่บุคคลจะรักษาพฤติกรรมใหม่ให้มีความคงทน ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ แรงจูงใจที่เปลี่ยนไป การกำกับตนเอง ลักษณะนิสัย ทรัพยากร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรวมถึงอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเริ่มต้นจนถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ

นอกจากนี้การทบทวนศึกษางานวิจัยพบว่ามีโปรแกรมที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การวิจัยของ บุษราคม คามเพ็ชร (2552) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการนำแนวคิดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับเทคนิคกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการทำกิจกรรม ทั้งหมด 11 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์และเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลของการศึกษาพบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพก่อนเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 และหลังเข้าร่วมวิจัยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ การศึกษาของ พรทิพย์พา ธิมายอม (2554) เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถ โดยมีจุดประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังจากได้รับโปรแกรมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยอัมพาต กิจกรรมมีระยะดำเนินการทั้งสิ้น 8 วัน วันละ 1 ครั้ง และครั้งละ 40-60 นาที ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยหลังจากเข้าร่วมวิจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกลุ่มทดลอง $r = 0.290$ กลุ่มควบคุม $r = 0.197$) และการศึกษาของ Wan et al. (2016) ในประสิทธิผลของการติดตามผลทางโทรศัพท์เพื่อกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ สำหรับกิจกรรมภายในโปรแกรมการติดตามผลทางโทรศัพท์ดำเนินการโดยพยาบาลเฉพาะทาง ประกอบด้วยคำแนะนำในการตั้งเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยทำการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมของตนเองที่สามารถวัดได้ และแผนปฏิบัติการ ในระหว่างการโทรครั้งแรกพยาบาลจะมีการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยซึ่งระบุว่าควรปรับปรุงด้านใดบ้างเพื่อลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ และแนะนำแนวทางการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดี ในระหว่างการโทรแต่ละครั้งพยาบาลได้กล่าวชื่นชมพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยซึ่งจะมีเน้นถึงประโยชน์ของพฤติกรรมนั้น ระบุปัญหา สร้างความมั่นใจ และสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมเชิงบวก กิจกรรมในโปรแกรมได้รับการออกแบบโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรม ผลพบว่าการตั้งเป้าหมายด้วยการติดตามผลทางโทรศัพท์มีประสิทธิภาพสำหรับการเพิ่มความสม่ำเสมอใน

พฤติกรรมรับประทานยา นอกจากนี้มีการศึกษาด้วยวิธีการวิเคราะห์หิมาณศึกษาโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อของ อังคินันท์ อินทรกำแหง และ พิชาดา ประสิทธิ์โชค (2563) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเพื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษาในงานวิจัยนี้พบว่าโปรแกรมจิตวิทยาที่มีอิทธิพลขนาดใหญ่ที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด ได้แก่ โปรแกรมจิตวิทยาที่ใช้แนวคิดสติ (Mindfulness) การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) และการกำกับตนเอง (self-regulation)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาโปรแกรมการบำบัดสติร่วมกับการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดสติ (Mindfulness) และการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากกระบวนการในการกำกับตนเองนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความพร้อมทั้งกายและใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การฝึกสติจะเป็นทุนทางจิตใจที่ช่วยในการรับมือกับความเครียดและจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมที่กระทำอย่างมีสตินั้นเป็นไปโดยอัตโนมัติเมื่อเวลาผ่านไป โดยมีการกำกับตนเองให้กระทำซ้ำ ๆ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดีอย่างยั่งยืน

โปรแกรมการฝึกสติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความหมายของสติ (mindfulness)

คำว่า “สติ” เป็นคำแปลเป็นภาษาอังกฤษจากคำภาษาบาลี sati มีความหมายที่ได้รับแปลอย่างหลากหลายรวมถึงความสนใจ การรับรู้ การเก็บรักษา และการสังเกตเห็น (Bodhi, 2011)

สติ หมายถึง ความตระหนักรู้ภายในใจที่เกิดขึ้นผ่านการให้ความสนใจกับวัตถุประสงค์ในขณะปัจจุบันนั้น รับรู้ตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน เป็นประสบการณ์ในใจช่วงเวลานั้น สติถูกเรียกว่า "หัวใจ" ของการทำสมาธิแบบพุทธ ตามแนวคิดของ Kabat-Zinn เพื่อพัฒนาให้เกิดเจตคติ 7 ประการ ได้แก่ 1) การไม่ตัดสิน (non-judging) เรียนรู้ที่จะสังเกต ไม่ตัดสินสิ่งที่ปรากฏภายในภายนอกและสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ 2) ใจเย็น (patience) รอคอยกับผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ 3) จิตใจของผู้เริ่มต้น (beginner's mind) มีความพร้อมที่จะมองทุกอย่างเหมือนกับว่าเพิ่งเห็นครั้งแรก 4) ไว้วางใจตัวเอง (trust) ยอมรับในสิ่งที่ตัวเองเป็น ยอมรับความผิดพลาดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ 5) ไม่ดิ้นรน (non-striving) ไม่มุ่งมั่น ไม่คาดหวังถึงข้างหน้า

ควบคุมได้ไม่ดีขึ้น 6) ยอมรับ (acceptance) ยอมรับในสิ่งที่ เป็น 7) ไม่ยึดติด (non-attachment) ปล่อยวางไม่ให้เกิดการหมกมุ่นกับความคิด (Kabat-Zinn, 1990)

สติ หมายถึง ความคิดสะท้อน สะท้อนให้เห็นเฉพาะสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในลักษณะที่เกิดขึ้นเท่านั้น ไม่มีอคติใด ๆ สติคือการสังเกตโดยไม่ตัดสิน เป็นความสามารถของใจที่จะสังเกตโดยไม่วิจารณ์ให้ความสนใจอย่างสมดุลในสิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็นอยู่ (Gunaratana, 2011)

สติ หมายถึง การระลึกความรู้สึกทางใจและอาการทางกายของตนเองเป็นขณะ ปัจจุบันที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รับรู้ความจริงอย่างยอมรับ โดยไม่ตัดสินหรือเพิ่มความคิดใด ๆ ทั้งบวกหรือลบต่ออาการนั้น ซึ่งทำให้มีสมาธิจิตใจตั้งมั่น เป็นกลางจดจ่ออยู่กับสิ่งที่สังเกต (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และคนอื่น ๆ, 2561)

สติในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในขณะ ปัจจุบัน รับรู้อาการทางใจและอาการทางกายของตนเองตามสภาพความจริงที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสิน

กระบวนการในการฝึกสติ

สติไม่สามารถสั่งให้เกิดขึ้นได้เพราะทิศทางของความสนใจมักมุ่งเข้าไปที่ ความถูกต้องและปกป้องตนเอง ความสนใจที่เกิดขึ้นโดยไม่ปฏิบัติเป็นอัตโนมัตินี้จะต้องได้รับการ ฝึกฝนซึ่งการปฏิบัติของชาวพุทธเมื่อกำหนดลมหายใจที่เข้าออกเป็นสื่อกลางในการนำเข้าสู่การ พัฒนาสติ ความสนใจมักจะล่องลอยไปอย่างไม่สงบและอยู่เพียงชั่วคราว อาจเลือกความรู้สึกทาง กายจากการรับรู้ หรือถูกดึงไปสู่เสียงฉับพลันที่กระตุ้นให้เกิดการระคายเคืองต่อผู้เริ่ม ฯลฯ ในการ ฝึกสติแบบเซนความสนใจมุ่งเน้นไปที่ลมหายใจหรือโดยเฉพาะอย่างยิ่ง:สังเกตการหายใจเข้าและ ออก ขึ้นแรกในการทำสมาธิ การสังเกตลมหายใจจะสอนให้มีสมาธิจดจ่อ หากมีปัญหาในการจด จ่อการนับขณะหายใจเข้าและหายใจออกจะช่วยให้เกิดความจดจ่อมากขึ้น การฝึกแบบนี้ช่วยแยก จากความคิดที่หลงทาง การเกิดปรากฏภาพหรืออารมณ์หรือสิ่งเร้าภายนอกให้กลับสู่ลมหายใจ ตนเอง หากผู้ปฏิบัติสังเกตเห็นความหมกมุ่นหรือแม้กระทั่งความรู้สึกว่าวุ่น ให้หันความสนใจไปที่ ลมหายใจและพยายามอยู่ที่ลมหายใจของตนเองจนกว่าจะจำเป็นต้องกลับมาอีกครั้ง เป็นต้น ะไรก็ตามที่เกิดขึ้นภายในจุดสนใจของการรับรู้ ให้รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นและปล่อยวางไป เช่น ความคิด เกิดขึ้น: รับรู้ความคิดเกิดขึ้นขณะนั้นและกลับสู่ลมหายใจ ความรู้สึกทางกายเกิดขึ้น: รับรู้และ กลับมา ได้ยินเสียง: ได้ยินและกลับมา หากไม่มีแผนอื่นใด ก็สามารถฝึกฝนได้ทุกเมื่อและทุก สถานการณ์เพื่อเป้าหมาย และควรจัดตารางเวลาการปฏิบัติประจำวัน โดยอาจเริ่มที่ 5 นาทีต่อวัน ก็เพียงพอฝึกสติด้วยการรับรู้ลมหายใจ จากนั้นค่อย ๆ เพิ่มระยะเวลาให้นานขึ้น วิธีการฝึกสติ แนะนำให้นั่งพื้นมีหมอนรอง หรืออาจนั่งบนเก้าอี้ที่เหมาะสม โดยให้ขาอเป็นมุม 90 องศา และขา

ส่วนล่างและลำตัวตั้งฉากกับพื้น ไม่ควรนั่งแบบพิงพนักเก้าอี้ จากนั้นจึงทำการสแกนร่างกายได้ กล่าวคือ สแกนทั่วร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า และสำรวจว่ามีความตึงเครียดที่จุดใดก็ตาม เช่น ที่ไหล่หรือกราม ต่อจากนั้นก็เริ่มฝึกปฏิบัติโดยไม่บังคับให้เร่งความก้าวหน้า การฝึกฝนเพียงเล็กน้อยเป็นประจำจะได้ผลมากกว่าการฝึกฝนหลาย ๆ ครั้งในช่วงเวลาที่ไม่พร้อมสำหรับการฝึก การหายใจโดยใช้กะบังลมเป็นสิ่งจำเป็นในการฝึกสติขั้นต้น โดยวางมือบนท้องในช่วงเริ่มต้นของการฝึกแต่ละครั้ง เพื่อให้การหายใจเข้าและหายใจออกมีความสัมพันธ์กับความตึงเครียดและการเกร็งของกล้ามเนื้อกะบังลม ซึ่งการหายใจออกเป็นเวลานานจะมีประโยชน์และเป็นรูปแบบการหายใจที่ถูกต้อง เทคนิคและวิธีการเหล่านี้เหมาะสำหรับการฝึกที่มุ่งสนใจและมีสติโดยคำนึงถึงกลยุทธการแก้ปัญหาทางเลือก บริบททางคลินิกต้องเน้นถึงการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์และเกี่ยวข้องกับสุขภาพ การตัดสินใจเข้าสู่เส้นทางการทำสมาธิเพื่อฝึกสติจะต้องเป็นการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมเอง (Hauke, 2005)

กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการหายใจมีความสำคัญเป็นพิเศษในกระบวนการฝึกสติและการควบคุมตนเอง ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (ดัดแปลงจาก GROSSMANN, 2004 (as cite in Hauke, 2005))

- การหายใจเป็นหน้าที่ที่จำเป็นที่สามารถเข้าถึงได้ทุกเวลาและในทุกสถานการณ์
- ระบบทางเดินหายใจเป็นเครื่องกำเนิดสัญญาณทางสรีรวิทยาที่ทรงพลัง และสามารถส่งผลกระทบต่อจังหวะอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น จังหวะอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต กิจกรรมการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง

- รูปแบบการหายใจจะแปรผันตามสถานการณ์ภายนอกและภายใน และช่วงความถี่ของการหายใจนั้นสามารถเข้าถึงได้ง่ายต่อการรับรู้

- การหายใจ เป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้จากการมีสติและการควบคุมโดยไม่รู้ตัว สติมุ่งความสนใจไปที่จุดตัดของกระบวนการที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีสติและหมดสติ และแนวโน้มที่จะพยายามโน้มน้าวกระบวนการทางสรีรวิทยา

- รูปแบบการหายใจมีความอ่อนไหวต่อสภาวะทางอารมณ์และกระบวนการทางจิต เช่น การแก้ปัญหาการสังเกตลมหายใจช่วยให้รับรู้สถานะภายในที่แตกต่างกันและความสัมพันธ์ได้แม่นยำยิ่งขึ้น

- สมาธิจดจ่อกับการหายใจที่ช้าลงและลึกมากขึ้น ส่งเสริมความรู้สึกสงบและมีสติมากขึ้นในช่วงเวลาปัจจุบัน

แนวทางปฏิบัตินี้เป็นการฝึกมุ่งความสนใจ โดยปกติแล้วผู้เข้าร่วมจะถูกให้ฝึกสติในบริบทที่ไม่เฉพาะเจาะจงของชีวิตประจำวัน กล่าวคือ ให้มีสติจดจ่ออยู่กับสิ่งที่กำลังปฏิบัติอยู่ทุกขณะ เช่น เคี้ยวอย่างมีสติ กินอย่างมีสติ ตีหมอย่างมีสติ เดินอย่างมีสติ ฯลฯ

Lindsay & Creswell (2017) ศึกษากลไกของการฝึกสติ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การเฝ้าสังเกต (attention monitoring) และการยอมรับ (acceptance) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

การเฝ้าสังเกต (attention monitoring) หมายถึง การรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอย่างต่อเนื่องทางประสาทสัมผัสและการรับรู้ (เช่น เสียงในสภาพแวดล้อม ความรู้สึกของร่างกายที่เฉพาะเจาะจง บทสนทนาทางจิต และภาพ) ความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์ชั่วขณะนั้นขึ้นอยู่กับทักษะความใส่ใจในการเลือกและการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการเฝ้าติดตามต่อประสบการณ์ที่ขัดแย้งมีความสำคัญต่อการรับรู้เมื่อจิตใจหลุดจากสิ่งโฟกัสที่ตั้งใจไว้ (เช่น ลมหายใจ) และทักษะการปรับทิศทางหรือการดึงความสนใจกลับมาเน้นจำเป็นในการเปลี่ยนทิศทางความสนใจกลับไปจุดโฟกัสเดิม

การยอมรับ (acceptance) หมายถึง ทศนคติทางจิตของการไม่ตัดสิน การเปิดกว้าง และความใจเย็นต่อประสบการณ์ภายในและภายนอก การยอมรับต่อประสบการณ์นั้นตรงกันข้ามกับการหลีกเลี่ยงจากประสบการณ์ซึ่งเป็นการพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงหรือหลีกเลี่ยงความคิดและความรู้สึกที่ไม่ต้องการ ปฏิกริยาทั่วไปต่อความคิดและความรู้สึกเชิงลบ คือ การหลีกเลี่ยงหรือพยายามเปลี่ยนแปลง แต่การยอมรับต่อประสบการณ์ความคิดและความรู้สึกด้านลบเป็นสิ่งที่พึงกระทำ ซึ่งการรับรู้และยอมรับต่อประสบการณ์นั้นและนำความคิดที่ยอมรับไปสู่ประสบการณ์เชิงบวก

จากการศึกษากลไกของโปรแกรมในการฝึกสติ ทักษะการยอมรับไม่ได้ฝึกโดยอิสระจากทักษะการเฝ้าสังเกต แต่พบว่าโปรแกรมการฝึกสติจะสอนทักษะการเฝ้าสังเกตให้ใส่ใจกับปัจจุบันเพื่อสังเกตประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างรอบคอบ และทักษะการยอมรับจะถูกนำไปใช้กับประสบการณ์ที่ได้รับการสังเกตนั้นเพื่อควบคุมปฏิกริยาการโต้ตอบกลับอัตโนมัติ ในบริบททางคลินิกและการวิจัยในปัจจุบันสติมักถูกอธิบายว่าเป็นการใส่ใจอย่างไม่ตัดสินต่อประสบการณ์ในปัจจุบันขณะ คำจำกัดความนี้ครอบคลุมแนวคิดทางพุทธศาสนา และอธิบายการฝึกสติว่าเป็นทั้งการควบคุมความสนใจ (เพื่อรักษาการมุ่งใส่ใจที่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นขณะปัจจุบัน เช่น ความคิด อารมณ์ ท่าทางของกาย และความรู้สึก) และความสามารถต่อการเข้าถึงประสบการณ์ของตนเองด้วยความเปิดกว้าง และการยอมรับ (Tang, Holzel, & Posner, 2015)

สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ และคนอื่นๆ (2561) พบว่าหลักการสำคัญในการฝึกสติ คือ การสร้างความตระหนักและการยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจในปัจจุบันขณะผ่านการรับรู้ของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกในตนเอง ซึ่งในโปรแกรมการฝึกสติที่ทำการศึกษามีกระบวนการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักและยอมรับต่อทุกสิ่งทั้งที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจผ่านการรับรู้ของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกในตนเอง และร่วมกับกระบวนการสะท้อนความคิดผ่านกระบวนการกลุ่ม 2) ลดความเครียดและจัดการด้านความคิด และ 3) ฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องที่บ้าน อธิบายไว้ ดังนี้

1. การตระหนักและการยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ผ่านการรับรู้ทางกายและความรู้สึกซึ่งตามแนวคิดของคาบัต ชินน์การฝึกสติ (Mindfulness) คือ การตระหนักรู้ (Awareness) สติประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การใส่ใจกับปัจจุบัน (Attention to the present) และทัศนคติของการยอมรับ (Acceptance) สามารถอธิบายวิธีการฝึกสติทั้ง 2 ส่วน ดังนี้ (Bishop et al., 2004)

1.1 การใส่ใจกับปัจจุบัน (Attention to the present) เกี่ยวกับการตระหนักรู้กับสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เช่น ลมหายใจ เสียง กลิ่น และความคิด เป็นต้น กิจกรรมการฝึกสติองค์ประกอบนี้ คือ การตระหนักรู้ลมหายใจเข้าออก เพื่อสะท้อนถึงการรับรู้ทางกายและเป็นวิธีการดึงความสนใจกลับมาเมื่อนึกถึงเรื่องอื่น ๆ ซึ่งเป็นการฝึกควบคุมความใส่ใจอยู่กับปัจจุบัน โดยฝึกผ่านกิจกรรมการสำรวจความรู้สึกทางกาย (Body scan) ซึ่งทำให้ผู้ฝึกได้มุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งของร่างกายทีละส่วน และสังเกตความรู้สึกที่รับรู้ได้และอยู่กับความรู้สึกนั้น (Kabat-Zinn, 2013) กระบวนการนี้จะทำซ้ำทั่วร่างกายเพื่อให้ผู้ฝึกเกิดการตระหนักรู้ถึงร่างกายของตนเต็มที่

1.2 การยอมรับสิ่งที่เป็นปัจจุบัน (Acceptance) เป็นการพัฒนามุมมองและความรู้สึกขณะปัจจุบันโดยไม่ตัดสิน (Kabat-Zinn, 2013) เป็นการฝึกสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะปัจจุบันโดยไม่ตัดสินและประเมินค่าใดๆ วิธีการฝึกโดยให้สังเกตอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะนั่งสมาธิและอยู่กับความรู้สึกนั้นให้นานกว่าเดิม จากเดิมที่ตอบสนองต่ออาการและความรู้สึกนั้นทันทีด้วยความเคยชิน การอยู่กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสินและไม่ตอบสนองทันทีเป็นการส่งเสริมให้เกิดการตระหนักรู้ในตน

2. การจัดการความคิดและลดความเครียด สติและสมาธิมีความสัมพันธ์ต่อกัน ในการฝึกจิตให้มีความสงบให้จิตสงบและผ่อนคลายทั้งกายใจ และการฝึกจิตจนมีสมาธินั้นเมื่อผู้ฝึกออกจากสมาธิแล้วจะเกิดสติได้ง่ายขึ้น การฝึกสติเป็นประจำจะทำให้ฝึกสมาธิได้ไม่ยาก จึงกล่าวได้ว่าจิตในขณะทำงานหมายถึง “สติ” และจิตในขณะพักหมายถึง “สมาธิ” การฝึกจิตให้มีสติจะ

จัดการความคิดที่เกิดขึ้นได้ การฝึกจิตโดยรับรู้ถึงลมหายใจที่เข้าออกจะส่งผลให้หยุดความคิดหยุดได้ เมื่อหยุดความคิดแล้วจิตก็จะสงบ และเมื่อมีความสงบต่อเนื่องจึงส่งผลให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย การคลายเครียดจึงเกิดเนื่องจากจิตสงบและกายผ่อนคลาย ฝึกได้ด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) ฝึกหยุดความคิดโดยการรู้ลมหายใจ 2) ฝึกจัดการความคิดเพื่อให้จิตสงบ เมื่อมีความคิดเกิดขึ้น ฝึกการไม่คิดตามและดึงกลับมารู้ลมหายใจอีกครั้ง และ 3) ฝึกจัดการกับความรู้อีกด้วย โดยการรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออกและจัดการกับความวุ่นวายด้วยยึดตัวตรง แล้วกลับมารู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่องอีกครั้ง (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2560)

3. การฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เป็นการฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านเป็นกิจกรรมที่ได้รับการอธิบายและแนะนำการปฏิบัติ รวมถึงเป็นกิจกรรมที่ประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้มีการศึกษาโปรแกรมการฝึกสติเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมองของ Gray (2020) พบว่าหลักการวิธีการสำคัญในโปรแกรมการฝึกสติ คือ การจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในการฝึกสติเพื่อสร้างความตระหนักและการยอมรับต่อทุกสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ และเพื่อเสริมสร้างเจตคติของการฝึกสติ การจัดการกับความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงของการฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมอง รวมไปถึงการได้แสดงออกถึงข้อมูลเกี่ยวกับเส้นทางการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง องค์ประกอบหลัก 4 ประการ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วม: มีส่วนร่วมในโปรแกรมการฝึกสติ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการมีส่วนร่วม (Participation) ในโปรแกรมการฝึกเพื่อการฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมองพื้นฐานที่สำคัญที่สุด ได้แก่ 1) เวลาที่กำหนดไว้สำหรับการหยุดหรือช่วงพัก 2) แนวทางฝึกสติที่สั้นกว่า 3) การปรับเปลี่ยนแนวทางการเคลื่อนไหวในการฝึก เพื่อให้เหมาะสมกับระดับความสามารถที่แตกต่างกันของผู้ป่วย 4) การปรับรูปแบบก่อนหน้าสำหรับการเดินอย่างมีสติ (Mindful walking) เพื่อรองรับการเดิน 5) นำเสนอแนวทางฝึกที่สั้นกว่าและเข้าถึงได้ง่ายสำหรับการฝึกที่บ้าน และ 6) นำเสนอเอกสารประกอบคำบรรยายสรุปเพื่อทบทวนการฝึกสำหรับแต่ละครั้งหรือวิดีโอเพื่อดูหรือฟังสำหรับการเข้าร่วมแต่ละครั้ง

2. การรวมตัว: ความตั้งใจที่จะฝึกฝนและเสริมสร้างเจตคติของการฝึกสติ เจตคติในแต่ละเจตคติจะเสริมสร้างเจตคติอื่น ๆ ซึ่งเป็นศูนย์รวมที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างมากใน "วิถี" ของทักษะการฝึกสติ เจตคติและหลักการที่เกี่ยวข้องที่นำเสนอในโครงสร้างโปรแกรมการฝึกสติเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงการสูญเสียและบทบาทของความเศร้า 2) ประสบการณ์ของการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่แน่นอน 3) ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลง รวมถึงความก้าวหน้าในด้านความแข็งแรง ความยืดหยุ่น การ

เคลื่อนไหว และการพูด 4) การฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตลอดชีวิตการยอมรับว่าการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมองไม่สิ้นสุด และความท้าทายในการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์

3. การนัดหมาย/ข้อตกลง: ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติการฝึกสติทุกวันในช่วงของการฝึกสำหรับการฝึกสติทุกวันที่บ้าน (ข้อตกลง: Engagement) เพื่อสร้างกิจวัตรการปฏิบัติที่บ้านเป็นประจำสำหรับผู้เข้าร่วม การปรับเปลี่ยนสำหรับการฝึกแต่ละครั้งได้รับการออกแบบมาเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น และให้กำลังใจแก่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เวลาเพียงไม่กี่นาทีต่อวันในการฝึกสติ ในแต่ละสัปดาห์ของการเข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมจะได้รับการแนะนำให้รู้จักกับรูปแบบการฝึกสติใหม่ ๆ เพื่อฝึกต่อเนื่องที่บ้าน ในแต่ละครั้งของกิจกรรมมีโอกาสสำหรับผู้เข้าร่วมในการแบ่งปันความสำเร็จ ตลอดจนการแนะนำให้ผู้เข้าร่วมฝึกสติอย่างต่อเนื่อง

4. การแสดงออก: สะท้อนและแสดงข้อมูลเชิงลึกส่วนบุคคลเกี่ยวกับเส้นทางการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ประเด็นสำคัญ 4 ประการเกิดขึ้นจากการศึกษาข้อมูลประสบการณ์ตรงโดยตรงกับรูปแบบโปรแกรมการฝึกสติเพื่อการฟื้นฟูจากโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเกี่ยวข้องกับการแสดงออก (Expression) ได้แก่ 1) การยอมรับ คือ ความพร้อมในการยอมรับเหตุการณ์โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบอย่างกะทันหันของการประสบกับโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บที่สมอง 2) การนำทางที่ไม่แน่นอน คือ การแสดงและสำรวจความไม่แน่นอนของการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง (ทั้งโดยส่วนตัวและในความสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ) ด้วยความตระหนักรู้ที่มีสติและความรับผิดชอบต่อผลการฟื้นตัวของตนเอง 3) ความรอบรู้ทางร่างกาย คือ การเชื่อมั่นในธรรมชาติของร่างกายและจิตใจเพื่อเป็น "ตัวชี้นำ" ในการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองและเป็นครูที่จะติดตามผู้ที่ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองในการเดินทาง และ 4) ความซับซ้อนของความรู้สึกที่เกิดขึ้น คือ ความสามารถที่เพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปในการผสมผสานของอารมณ์ ความรู้สึกหลังการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน เช่น ความกลัว ความเศร้า ความเปราะบาง และความขุ่นมัวด้วยความเห็นอกเห็นใจตนเอง ให้เกียรติ และความรู้สึกถึงความสมบูรณ์ในฐานะมนุษย์ ประสบการณ์ของการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเดินทางตลอดชีวิตซึ่งดำเนินไปด้วยจิตใจของภารกิจที่กำหนดหรือการผจญภัย การยอมรับต่อการเดินทางนั้นจำเป็นต้องยอมรับความเป็นจริงของความสงสัย ความกลัว และความขุ่นมัวที่เกิดขึ้น ในขณะที่เลือกที่จะตอบสนองประสบการณ์ด้วยความภาคภูมิใจและความกล้าหาญ

รูปแบบการฝึกสติ

จากการศึกษาของงานวิจัยของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ และคนอื่น ๆ (2561) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการฝึกสติต่อโรคระบบหลอดเลือด พบว่ารูปแบบของการ

วิจัยเป็นแบบเชิงทดลองและกึ่งทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบการฝึกสติกับการฝึกแบบอื่น ๆ ซึ่งพบรูปแบบกิจกรรมการฝึกสติในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือด ได้แก่

1. การฝึกสติพื้นฐานการลดความเครียด (mindfulness base stress reduction; MBSR) ถูกพัฒนาโดย จอน คาบัต -ซินน์ (Jon Kabat-Zinn) ในปี ค.ศ.1979 เป็นนักวิทยาศาสตร์ตะวันตกที่ตระหนักถึงการเจริญสติของพุทธศาสนามีประสิทธิผลต่อการบำบัดรักษาผู้ใหญ่ที่ป่วยโรคปวดเรื้อรัง จึงพัฒนาโปรแกรมการฝึกสติแนวตะวันตกที่เน้นการฝึกสติเพื่อประโยชน์ทางกายในปัจจุบัน เป็นการบูรณาการเจริญสติในพุทธศาสนาเข้ากับการฝึกผ่อนคลาย การฝึกโยคะ วิธีการคือการใช้ทั้งวิธีการสอน การทำความเข้าใจเพื่อหาข้อสรุป และการมีประสบการณ์ตรง เพื่อพัฒนาให้มีทักษะการเจริญสติและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยทำในรูปแบบกลุ่มการรักษาเริ่มจากกลุ่มผู้ป่วยปวดเรื้อรัง หลังจากนั้นนำไปใช้ลดอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เอดส์ และการรักษาความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร์ ห่วงบุตรศรี, และ ผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ, 2552) องค์ประกอบหลักที่ใช้ในโปรแกรมนี้ได้รวมวิธีที่แตกต่างกัน 4 แบบ ได้แก่ การนั่งสมาธิ การสำรวจความรู้สึกทางกาย การเดินจงกรม และหัตถะโยคะ นอกจากนี้รวมถึงการหายใจโดยใช้กระบังลม เทคนิคการเผชิญปัญหา ให้มีความรู้เข้าใจเรื่องความเครียด

2. การฝึกสติพื้นฐานการรักษาทางความคิด (mindfulness base cognitive therapy; MBCT) เป็นการรวมการทำสมาธิเจริญสติกับการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive therapy) มาใช้ในการบำบัดปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ พัฒนาขึ้นโดย ซินเดล ซีกัล มาร์ค วิลเลียม และจอห์น ทีสเดล (Zindel Segal, Mark Williams and John Teasdale) ในช่วงทศวรรษที่ 1990 เพื่อใช้เป็นวิธีการป้องกันผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ หลักการทำสมาธิเจริญสตินั้นมีพื้นฐานจากการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติ (Mindfulness-based stress reduction: MBSR) การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (Mindfulness-based cognitive therapy: MBCT) ช่วยให้ผู้ป่วยปรับการตอบสนองของตนต่อความคิดและความรู้สึกที่มีผลต่อการกำเริบของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้พบว่า การบำบัดความคิดในรูปแบบนี้ ยังเหมาะกับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดที่มีปัญหาการควบคุมอารมณ์ เนื่องจากสารเสพติดที่ใช้เป็นเวลานานมีผลไปเปลี่ยนชีวเคมีในสมองที่ควบคุมเรื่องอารมณ์ (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคนอื่นๆ, 2552) องค์ประกอบหลักเหมือนกับการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (MBSR) แต่การบำบัดความคิด (MBCT) รวมการนั่งสมาธิและการสำรวจความรู้สึกของร่างกาย การฝึกเช่นนี้จะช่วยให้ผู้ป่วย

สามารถแยกตัวตนออกจากความรู้สึกนึกคิด ทักษะในโปรแกรมการฝึก คือ การฝึกให้รู้ทันรูปแบบของความคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับตนเองในแง่ลบโดยอาศัยกระบวนการฝึกสติ

3. การฝึกสติพื้นฐานสมาธิร่วมกับการใช้เครื่องไปโอพีดีแบค โดยใช้เทคนิคการเดินจงกรม การกำหนดลมหายใจอย่างผ่อนคลาย และการทำสมาธิ ใ้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ รวมถึงความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

4. การฝึกสติแบบผสมผสานใช้เทคนิคร่วมกันหลายรูปแบบ เช่น การกำหนดลมหายใจ การฝึกสติขณะเคลื่อนไหว การทำสมาธิ โยคะ การฝึกบริหารลมหายใจ

5. การฝึกสติในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม เช่น กลุ่มสนับสนุนทาง สังคม กลุ่มฝึกสติ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น

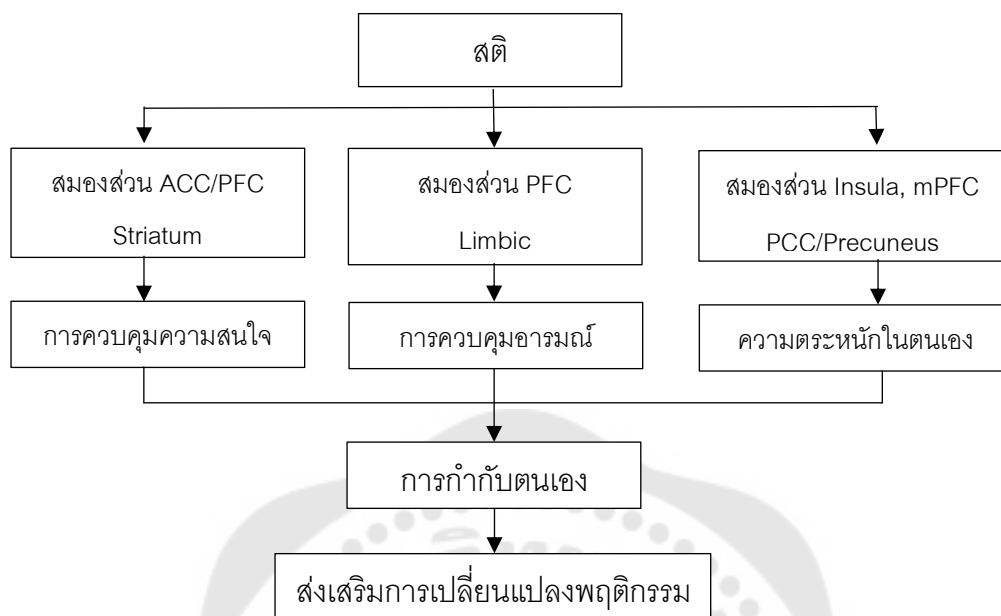
งานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การศึกษาของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ และคนอื่น ๆ (2561) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการฝึกสติ สมาธิ และการตระหนักคิดใคร่ครวญ ในผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือด พบว่ากิจกรรมแทรกแซงที่ให้กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้การฝึกสติ สมาธิเป็นหลัก ผลลัพธ์การวิจัยพบผลการลดลงของการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต ส่วนใหญ่ผลด้านจิตใจจะเริ่มตั้งแต่ 6, 8, 12 และ 24 สัปดาห์ พบว่าสุขภาพจิตดีขึ้นซึ่งการเปลี่ยนแปลงของจิตใจจะเกิดขึ้นก่อน ผู้การรับรู้และนำไปสู่การปฏิบัติต่อเนื่องจึงจะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกสติพบว่าช่วยลดความเครียด วิตกกังวล และเพิ่มการกระตุนสมองในบริเวณที่ควบคุมความสนใจ อารมณ์เชิงบวก รวมถึงการเอาใจใส่ (Davison et al., 2003; Grossman et al., 2004; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010)

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นการฝึกสติช่วยพัฒนาความตระหนักในตนเองและช่วยให้ผู้ปฏิบัติตระหนักถึงกระบวนการคิดของตนเอง ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกและยอมรับความคิดด้วยความใจเย็น ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานของสติกับการขาดความตระหนักในตนเองในการกระทำพฤติกรรมและเปลี่ยนพฤติกรรม (Tang, Holzel, et al., 2015; Tang, Posner, Rothbart, & Volkow, 2015) การฝึกสติประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย 3 อย่างที่มีปฏิสัมพันธ์กันซึ่งส่งผลให้กำกับตนเองดีขึ้น ได้แก่ ควบคุมความสนใจเพิ่มขึ้น ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น และการเปลี่ยนแปลงความตระหนักในตนเองโดยยึดติดลดลงและมีการรับรู้ร่างกายมากขึ้น นอกจากนี้การฝึกสติเกี่ยวข้องกับการลดผลกระทบด้านลบ และเป็นการพัฒนาสภาวะอารมณ์เชิงบวกให้ดียิ่งขึ้น (Holzel et al., 2011; Tang, Holzel, et al., 2015) ในการเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ทั้งแบบอัตโนมัติและควบคุม ซึ่งการฝึกสติส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไป

เปลี่ยนการทำงานและโครงสร้างของสมองส่วน caudate และ putamen รวมถึงส่วน striatum ซึ่งการฝึกสติระยะสั้นรูปแบบ Integrated Body Mind Training: IBMT เพิ่มการทำงานของสมองส่วน anterior cingulate (ACC) และ prefrontal cortex (PFC) ในขณะที่การฝึกสติในระยะยาวเปลี่ยนแปลงสมองส่วน anterior cingulate (ACC) และ prefrontal cortex รวมถึงเปลี่ยนโครงสร้างในส่วน striatum ส่งผลให้เปลี่ยนจากการควบคุมอย่างมีสติไปสู่การกระทำที่เป็นอัตโนมัติโดยไม่รู้ตัว นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกสติส่งผลต่อสมองในหลายส่วน ได้แก่ 1) สมองส่วนที่ควบคุมความสนใจ (สมองส่วน anterior cingulate และ striatum) 2) สมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ (สมองส่วน prefrontal, limbic และ striatum) และ 3) สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตระหนักในตนเอง (สมองส่วน insula, medial prefrontal cortex, posterior cingulate cortex และ precuneus) จะเห็นได้ว่าการฝึกสติทำงานผ่านการควบคุมความสนใจ อารมณ์ และความตระหนักในตนเอง องค์ประกอบเหล่านี้ทำให้การกำกับตนเองดีขึ้นจากนั้นจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตามมา (Tang, 2017; Tang, Holzel, et al., 2015) ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงได้ดังนี้

1. การควบคุมความสนใจ (attention control) จะสนับสนุนการมุ่งเน้นอย่างต่อเนื่องที่เป้าหมายซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. การควบคุมอารมณ์ช่วยเพิ่มอารมณ์เชิงบวก การเสริมแรง และความรู้สึกสุข จึงเกิดเป็นการรวมลักษณะนิสัยเข้าด้วยกัน
3. ความตระหนักในตนเองเกี่ยวข้องกับการสังเกตโดยละเอียดและการเฝ้าติดตามด้วยความใส่ใจเย็น ส่งผลให้ตระหนักถึงพฤติกรรมชั่วขณะหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีสติและ/หรือโดยไม่รู้ตัว



ภาพประกอบ 1 แสดงกระบวนการของการฝึกสติที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

(ที่ ม ๑ : Tang, Y. Y. (2017). Mindfulness Meditation and Behavior Change. In The Neuroscience of Mindfulness Meditation (pp. 35-44).)

โปรแกรมการฝึกสติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีกรนำโปรแกรมการฝึกสติมาศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ Wang et al. (2019) ศึกษาผลของการฝึกสติระยะสั้นต่อระดับของความสุขสบายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูในโรงพยาบาล กลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาตามปกติ เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การแพทย์แผนจีน และการบำบัดด้วยยา ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการรักษาตามปกติและการฝึกสติ โปรแกรมการฝึกสติออกแบบโดยอิงจาก Eifert and Forsyth (2005) เน้นการฝึกสติที่ช่วยในการพัฒนาทักษะความมีสติเบื้องต้น ลดความตึงเครียด เพิ่มความสนใจและความมุ่งมั่น ทำการฝึกสติ 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยการฝึกกลุ่ม 1.5 ชั่วโมงทุกสัปดาห์ การฝึกกลุ่มตั้งแต่ 5-7 คนในห้องบำบัด และฝึกแบบรายบุคคล ผู้ดูแลของผู้เข้าร่วมได้เข้าร่วมระหว่างการฝึกเพื่อส่งเสริมความเข้าใจในโปรแกรมและให้การสนับสนุนผู้เข้าร่วม หลังจากระยะเวลา 2 สัปดาห์ผู้เข้าร่วมกลุ่มควบคุมได้รับการฝึกแบบกลุ่ม 1.5 ชั่วโมงเกี่ยวกับการฝึกสติและได้รับแผนพับแบบเดียวกันกับกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมที่สนใจการฝึกสติจะได้รับสื่อการฝึกและแนวทางหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งโปรแกรม

การฝึกสติระยะสั้นประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 ได้แก่ การฝึกกลุ่ม 1.5 ชั่วโมง ประกอบด้วย การแจกแผ่นพับให้ศึกษา การนำเสนอเกี่ยวกับสติและการฝึกสติ การฝึกเป็นกลุ่มภายใต้การแนะนำของผู้วิจัย แบ่งปันประสบการณ์ฝึกซ้อม และช่วงคำถาม / คำตอบ โดยในแต่ละวันจะมีการฝึกเป็นรายบุคคล 20 นาทีต่อวัน และการฝึกปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมาย สัปดาห์ที่ 2 มีการฝึกกลุ่ม 1.5 ชั่วโมง ประกอบด้วย ทบทวนการฝึกของสัปดาห์แรก นำเสนอการฝึกสติในชีวิตประจำวันและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฝึกกลุ่มภายใต้คำแนะนำของผู้วิจัย แบ่งปันเกี่ยวกับประสบการณ์การฝึก และช่วงคำถาม / คำตอบ ซึ่งมีการฝึกในแต่ละวันเป็นรายบุคคล 20 นาทีต่อวันภายใต้การแนะนำของผู้วิจัย การประยุกต์การฝึกสติในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และการฝึกปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมาย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสติสูงกว่ากลุ่มควบคุมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกสติที่ใช้เวลา 2 สัปดาห์สามารถพัฒนาสติมากขึ้นได้ มีการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติเกี่ยวกับผลทางทางจิตใจ ได้แก่ สมจิตร เสริมทองทิพย์ (2559) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาการทดลองทั้งหมด 3 สัปดาห์ แบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ดำเนินการ และสรุปผลการเรียนรู้ ซึ่งจะติดตามผลหลังการฝึกโปรแกรมเสร็จสิ้น 1 เดือน ผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงทันทีหลังการทดลองและในช่วงติดตามผล สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญาภา สุนันทชัยกุล (2561) ทำการวิจัยศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติ 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เฉลี่ยครั้งละ 1 ชั่วโมง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ ออกแบบและประยุกต์กิจกรรมจากโปรแกรมการฝึกสติ Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ตามแนวคิดของ Kabat-Zin (1990) ประกอบด้วยปฐมนิเทศ สำรวจความรู้สึก สำรวจร่างกาย อยู่กับปัจจุบัน ภาวะวิตกกังวลภาวะซึมเศร้าคืออะไร รับมือกับความรู้สึก ดูแลตัวเอง(1) และดูแลตัวเอง(2) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกสติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกสติมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ นอกจากการศึกษาในผลทางด้านจิตใจแล้ว สติยังถูกนำมาใช้เป็นโปรแกรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของ ชูชีพ โพชะจา (2560) เกี่ยวกับการเจริญสติเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแผนการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวตามแนวหลวงพ่อกุศลจิตตสุภา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งโปรแกรมที่ใช้คือการเจริญสติครั้งละ 1

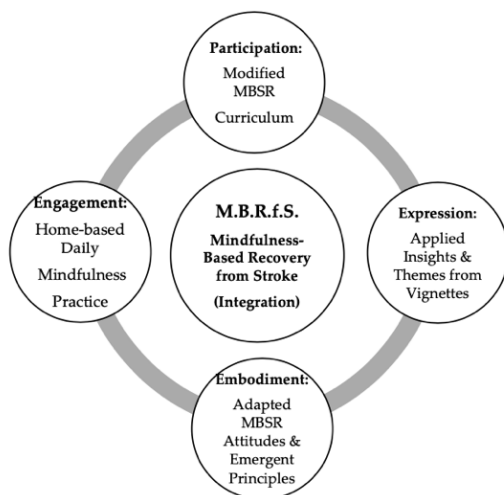
ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองไปฝึกเจริญสติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับการเจริญสติผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการเจริญสติในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผลสอดคล้องกับ Nejadi, Zahiroddin, Afrookhteh, Rahmani, & Hoveida (2015) ศึกษาผลของโปรแกรมลดความเครียดโดยใช้สติเป็นฐาน และการฝึกโยคะอย่างมีสติต่อรูปแบบการใช้ชีวิต กลยุทธ์การเผชิญปัญหา และความดันเลือดซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการประเมิน 3 ระยะ คือ ก่อนเริ่มกิจกรรมในโปรแกรม หลังเสร็จสิ้น และติดตามผลหลังจบโปรแกรม 2 เดือน โดยกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที โดยผู้จบปริญญาโทด้านจิตวิทยาที่คุ้นเคยกับโปรแกรมการฝึก ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 ได้แก่ เรียนรู้วิธีการรับรู้ในขณะปัจจุบันเกี่ยวกับความรู้สึกทางร่างกาย ความคิดและอารมณ์ในการลดความเครียด ฝึกวิธีกินลูกเกตอย่างมีสติ ให้ข้อเสนอแนะและอภิปรายเกี่ยวกับการปฏิบัติ ฝึกหายใจ 3 นาที มอบหมายงานในสัปดาห์ถัดไปและแผนพับในครั้งแรกและซีดีเกี่ยวกับการทำสมาธิ สัปดาห์ที่ 2 ได้แก่ ประเมินการทำงานของร่างกายอีกครั้ง ให้ข้อเสนอแนะและพูดคุยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ฝึกสมาธิโดยกำหนดลมหายใจ การยืดกล้ามเนื้อแบบโยคะ รับแผนพับในช่วงที่สองและซีดีเกี่ยวกับการทำสมาธิ สัปดาห์ที่ 3 ได้แก่ การฝึกนั่งอย่างมีสติโดยเน้นที่การรับรู้ลมหายใจ (นั่งสมาธิ) ฝึกโยคะ ฝึกการหายใจ 3 นาที รับแผนพับในช่วงที่ 3 และซีดีเกี่ยวกับการฝึกโยคะ สัปดาห์ที่ 4 ได้แก่ ประเมินการทำงานของร่างกายอีกครั้ง ออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับโยคะอย่างมีสติ ฝึก “การมองเห็นหรือการได้ยิน” 5 นาที เรียนรู้เกี่ยวกับร่างกาย ความคิด และการหายใจ รับแผนพับช่วงที่ 4 และซีดีเกี่ยวกับสมาธิ สัปดาห์ที่ 5 ได้แก่ ฝึกการหายใจ ทบทวนการฝึกรับรู้ร่างกายความคิดและการหายใจอีกครั้ง เรียนรู้การทำงานของความคิดและปฏิกิริยาต่อความเครียด ประเมินผลของการรับรู้เหตุการณ์ที่น่ายินดีและไม่พึงประสงค์ต่อความรู้สึกความคิดและความรู้สึกทางร่างกาย ฝึกโยคะแบบมีสติ ฝึกหายใจ 3 นาที รับแผนพับ สัปดาห์ที่ 6 ได้แก่ ฝึกโยคะอย่างมีสติ ฝึกนั่งสมาธิ (การมีสติกับเสียงและความคิด) รับแผนพับในช่วงที่ 6 และซีดีเกี่ยวกับสมาธิ สัปดาห์ที่ 7 เรียนรู้รูปแบบการทำภูเขาแห่งสมาธิ สุขอนามัยการนอนหลับ การออกกำลังกายซ้ำเหมือนสัปดาห์ก่อนหน้า ทำกิจกรรมที่สนุกสนาน รับแผนพับของสัปดาห์ที่ 7 และ 8 ได้แก่ ประเมินการทำงานของร่างกายอีกครั้ง ทบทวนโปรแกรม ประเมินและอภิปรายเกี่ยวกับโปรแกรม เรียนรู้สมาธิ หิน ลูกปัดและหินอ่อน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ข้อมูลแสดงถึงคะแนนการดำเนินชีวิตและการเผชิญปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยสูง และความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงในกลุ่มทดลองในการประเมินหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และการติดตามผล ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีค่าแตกต่าง

อย่างไร้มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการประเมินก่อนเริ่มโปรแกรม และพบว่าการฝึกปฏิบัติกรรมกรดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพผ่านโปรแกรมการฝึกสติและการทำโยคะอย่างมีสติช่วยลดความดันโลหิต

นอกจากนี้การฝึกสติในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการศึกษาอย่างแพร่หลาย แต่ยังมีส่วนน้อยในกลุ่มที่ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองจากการค้นคว้าพบการศึกษาโครงสร้างโปรแกรมการฝึกสติและมีการปรับโปรแกรมให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ การศึกษาของ Gray (2020) เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกสติเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีงานวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่าการฝึกสติเพื่อลดความเครียด (Mindfulness - Based Stress Reduction (MBSR)) ช่วยเพิ่มศักยภาพรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และช่วยลดระดับความเครียด ในงานครั้งนี้เป็นการศึกษาโครงสร้างโปรแกรมการฝึกสติเพื่อการฟื้นฟูจากโรคหลอดเลือดสมอง (Mindfulness-Based Recovery from Stroke (MBRfS)) เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวจากอาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการศึกษาประสบการณ์ตรงจากผู้วิจัย (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเป็นผู้ฝึกสติเพื่อลดความเครียดที่ได้รับการรับรอง) เนื่องจากมีการวิจัยทางวิชาการแสดงให้เห็นว่าทักษะการฝึกสติเป็นผลการแทรกแซงระหว่างร่างกายและจิตใจที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเครียดรวมทั้งการรับมือกับสภาวะสุขภาพต่าง ๆ จากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกของคาบัท ซิน (Kabat - Zinn, MBSR) และประสบการณ์โดยตรงของผู้วิจัยเกี่ยวกับการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์ คือ 1) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อวางกรอบและยืนยันผลของการฝึกสติในบริบทของการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากยังไม่มีกรอบอย่างกว้างขวาง 2) ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารส่วนบุคคลที่มีอยู่เนื่องจากการปรับตัวที่แตกต่าง เพื่อพิจารณาเมื่อนำเสนอ โปรแกรมการฝึกสติสำหรับผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มนี้ 3) นำเสนอกรอบแนวทางเข้ากับกรอบ MBSR ของ Kabat - Zinn เพื่อสร้างโปรแกรมที่เน้นการฝึกสติที่เหมาะสมกับการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง 4) สร้างแบบจำลองแนวความคิดเบื้องต้นสำหรับการฝึกสติเพื่อการฟื้นฟูจากโรคหลอดเลือดสมอง (MBRfS) ตามหัวข้อที่เกิดขึ้นในโปรแกรม MBSR และ 5) แสดงให้เห็นถึงกระบวนการ แนวคิด และการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นผ่านประสบการณ์ตรงของผู้เขียน โดยการออกแบบการวิจัยของการศึกษานี้ได้รวมกระบวนการทบทวนเนื้อหาหลักสูตร MBSR แบบวนซ้ำและไม่เป็นเชิงเส้น รวมถึงวิธีการซักถามที่วิเคราะห์เรื่องเล่าอัตชีวประวัติของผู้วิจัยเป็นข้อมูลหลัก(autoethnography) และการวิเคราะห์เฉพาะเรื่อง ผลการศึกษาพบว่าโครงสร้างของกิจกรรมการฝึกสติเพื่อการฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมอง (MBRfS) เป็นจุดเริ่มต้นเพื่อการศึกษาวิจัยใน

อนาคต เพื่อพัฒนาแนวทางที่ใช้สติสำหรับสนับสนุนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาพประกอบ 2 แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบหลักและความสัมพันธ์ระหว่างมิติทั้งสี่ซึ่งรวมเข้าด้วยกันเป็นโปรแกรม MBRfS

1. การมีส่วนร่วม: มีส่วนร่วมในโปรแกรมการฝึกสติที่ปรับแล้ว
2. การรวมตัว: ความตั้งใจที่จะฝึกฝนและเสริมสร้างเจตคติของการฝึกสติ
3. การนัดหมาย/ข้อตกลง: ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามการฝึกสติทุกวันในช่วงของการฝึก
4. การแสดงออก: สะท้อนและแสดงข้อมูลเชิงลึกส่วนบุคคลเกี่ยวกับเส้นทางการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง



ภาพประกอบ 2 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในโปรแกรมการฝึกสติเพื่อการฟื้นฟูจากโรคหลอดเลือดสมอง

(ที่มา: Gray, L. A. (2020). Living the Full Catastrophe: A Mindfulness-Based Program to Support Recovery from Stroke. *Healthcare*, 8(4). doi:10.3390/healthcare8040498)

จากการค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมพบว่า กิจกรรมที่ใช้สำหรับการฝึกสติส่วนใหญ่มีรูปแบบกิจกรรมฝึกการรับรู้อยู่กับปัจจุบันเกี่ยวกับความรู้สึกทางร่างกาย ความคิด และอารมณ์ การจัดการกับความคิด มุ่งเน้นการลดความเครียด เพิ่มความสนใจและความมุ่งมั่น ผ่านกระบวนการรับรู้ลมหายใจที่เข้าออก โปรแกรมส่วนใหญ่มีการกำหนดให้มีการฝึกสติด้วยตนเอง ต่อเนื่องที่บ้านนอกจากการฝึกเป็นกลุ่ม รวมถึงการแนะนำให้ผู้เข้าร่วมประยุกต์การฝึกสติเข้ากับ

กิจกรรมของผู้เข้าร่วมในชีวิตประจำวัน มีการมอบคู่มือแผ่นพับหรือวิดีโอแก่ผู้เข้าร่วมเพื่อนำกลับไปฝึกต่อเองด้วยตนเอง และเปิดโอกาสผู้เข้าร่วมได้สะท้อนแสดงความรู้สึก แบ่งปันประสบการณ์ในการเข้าร่วมการฝึกสติ โดยมีการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที ระยะเวลาเข้าร่วมการฝึกสติตั้งแต่ช่วง 2 สัปดาห์ ถึง 8 สัปดาห์ และมีการปรับบริบทกิจกรรมการฝึกสติให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เข้าร่วมการฝึกสติที่ทำการศึกษา

ดังนั้นการวิจัยนี้ได้นำหลักการและวิธีการสำคัญในการฝึกสติมาใช้เป็นหลักในออกแบบและการจัดกิจกรรม ซึ่งเป็นการฝึกสติผ่านการรับรู้ลมหายใจตนเอง รู้ลมหายใจที่เข้าออกและรู้ในกิจที่ทำ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและการยอมรับต่อทุกสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ ผ่านการรับรู้ของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกในตนเอง ร่วมกับกระบวนการสะท้อนความคิดผ่านกระบวนการกลุ่ม 2) ลดความเครียดและจัดการด้านความคิด และ 3) ฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งขั้นตอนของรูปแบบการฝึกสติแต่ละกระบวนการเพื่อเสริมสร้างสติ อธิบายได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 2 ขั้นตอนและกระบวนการฝึกสติ

กระบวนการฝึกสติ	รายละเอียดของกระบวนการ
1. สร้างความตระหนักและการยอมรับต่อทุกสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ	1) การใส่ใจอยู่กับปัจจุบัน (Attention to the present) ผ่านกิจกรรมการสำรวจความรู้สึกทางกาย (Body scan) 2) การยอมรับสิ่งที่เป็นไปในปัจจุบัน (Acceptance) ผ่านกิจกรรมการสังเกตโดยไม่ต้องประเมินค่าหรือตัดสินความรู้สึกที่เกิดขึ้น
2. ลดความเครียดและจัดการด้านความคิด	1) ฝึกหยุดความคิดด้วยการรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออก 2) ฝึกจัดการความคิดที่เข้ามาสอดแทรกเพื่อให้จิตสงบ 3) ฝึกจัดการกับความมัวงมงายจิตสงบและผ่อนคลาย
3. สะท้อนความคิด ความรู้สึก	ผ่านกระบวนการกิจกรรมกลุ่ม
4. ฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องที่บ้าน	ประกอบด้วย 1) สำรวจความรู้สึกทางกาย 2) การฝึกสติในขณะเคลื่อนไหว 3) การฝึกสติผ่านกิจกรรมโยคะ 4) การทำสมาธิ และ 5) การฝึกสติผ่านภาพในใจ มีพื้นฐานโปรแกรมมาจากงานวิจัยของ Gray (2020)

โปรแกรมการกำกับตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความหมายของการกำกับตนเอง

การกำกับดูแลตนเองเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการเชิงสาเหตุ ไม่เพียงแต่เป็นสื่อกลางของอิทธิพลภายนอกส่วนใหญ่เท่านั้น แต่ยังเป็นพื้นฐานของการกระทำที่มีจุดมุ่งหมาย ซึ่งพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่มีเจตนาถูกควบคุมโดยความคิดล่วงหน้า มนุษย์สร้างความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถทำได้โดยคาดการณ์ถึงผลที่ตามมาของการกระทำที่คาดหวัง มนุษย์ตั้งเป้าหมายสำหรับตัวเองและวางแผนแนวทางการปฏิบัติที่มีแนวโน้มว่าจะให้ผลลัพธ์ที่ต้องการด้วยการใช้ความคิดล่วงหน้า การกระตุ้นตนเอง และประเมินการกระทำของตนเอง (Bandura, 1991)

Mann, Ridder, & Fujita (2013) กล่าวว่า การควบคุมตนเองเป็นคำที่ใช้อธิบายกระบวนการต่าง ๆ ที่ผู้คนปฏิบัติและบรรลุต่อเป้าหมาย การดำเนินการเหล่านี้รวมถึงทั้งที่เริ่มต้นอย่างมีสติและตั้งใจเช่นเดียวกับที่ดำเนินการโดยอัตโนมัติและดำเนินการโดยไม่มีเจตนาหรือการเฝ้าติดตามอย่างมีสติ การควบคุมตนเองแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ ซึ่งในด้านความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ และพฤติกรรมมากมายที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยการแสวงหาเป้าหมาย: การตั้งเป้าหมาย และการมุ่งมั่นเป้าหมาย ทั้งการตั้งเป้าหมายและการมุ่งมั่นเป้าหมายเป็นสิ่งจำเป็นต่อการควบคุมตนเองให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ การควบคุมตนเองที่สามารถทำได้สำเร็จเกิดจากการเลือกเป้าหมายที่ต้องการด้วยเกณฑ์ที่เหมาะสม (เช่น การกำหนดเป้าหมาย) และการมีส่วนร่วมในกลยุทธ์และพฤติกรรมที่จำเป็นในการไปสู่ผลลัพธ์นั้น (เช่น การมุ่งมั่นตามเป้าหมาย)

ชุงค์ และซิมเมอร์แมน (Schunk & Zimmerman, 1997) กล่าวว่า การกำกับตนเองเป็นความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่เกิดขึ้นโดยมุ่งหมายอย่างเป็นแบบแผนเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย

ซิมเมอร์แมน (Zimmerman, 1989) กล่าวว่า iva การกำกับตนเองเป็นการดำเนินการที่บุคคลตั้งเป้าหมาย บันทึกพฤติกรรม และมีการวางแผนมีวิธีให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง

งานวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าการกำกับตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในการดำเนินกิจกรรมอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง

กระบวนการในการกำกับตนเอง

กระบวนการกำกับตนเองประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ (Bandura, 1991)

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation) หมายถึง การสนใจโดยเจตนาต่อลักษณะเฉพาะของพฤติกรรม เมื่อมีการสังเกตตนเองแล้วย่อมส่งผลให้เกิดการรับรู้ต่อ

ความก้าวหน้าของเป้าหมาย ซึ่งจะสามารถกระตุ้นให้บุคคลปรับปรุงได้ การสังเกตตนเองทำได้จากการใช้การบันทึกตัวเองซึ่งจะมีการบันทึกพฤติกรรมพร้อมกับเวลา สถานที่ และความถี่ของการเกิดขึ้น กระบวนการสังเกตตนเองประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 ตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและมีเกณฑ์ประเมินอย่างชัดเจน โดยรูปแบบของเป้าหมายที่กำหนดเป็นไปตามระดับความยากของเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายในกิจกรรมต่าง ๆ ควรจะมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจึงจะบรรลุเป้าหมายนั้น

1.2 ติดตามตนเอง (Self - Monitoring) เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับกับตนเองที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่กระทำลงไปแล้วและแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดพฤติกรรม 2) แยกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ 3) กำหนดวิธีและเครื่องมือบันทึก 4) บันทึกพฤติกรรมที่กำหนด 5) แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน และ 6) การวิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

2. การตัดสินตนเอง (Self-judgments) การตัดสินตนเองเป็นผลจากการให้ความสำคัญและให้ข้อมูลของมาตรฐาน บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินความก้าวหน้าของงานที่ให้ ความสำคัญ บุคคลจะไม่ประเมินผลการปฏิบัติสำหรับงานที่สนใจเพียงเล็กน้อย การสังเกตตนเองมีความเชื่อมโยงกับการตัดสินตนเองซึ่งหมายถึงการเปรียบเทียบประสิทธิภาพกับมาตรฐาน การให้ความสำคัญกับกระบวนการตัดสินและระบุปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสิน ดังนั้นการตัดสินตนเองจึงถูกตั้งสมมติฐานว่าเป็นผลจากประเภทและความสำคัญของมาตรฐานที่ใช้

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) เกี่ยวข้องกับการตอบสนองเชิงประเมินต่อการตัดสินประสิทธิภาพของตนเอง ปฏิกิริยาการประเมินเหล่านี้ถือเป็นลักษณะสำคัญของการควบคุมตนเองและแสดงถึงการมีส่วนร่วมเฉพาะของทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม ปฏิกิริยาการประเมินเกี่ยวข้องกับความสำเร็จเกี่ยวกับความก้าวหน้า ความเชื่อที่ว่ากำลังก้าวไปสู่เป้าหมายที่ยอมรับได้พร้อมกับความพึงพอใจที่คาดหวังจากการบรรลุเป้าหมายช่วยเพิ่มความสามรถในตนเองและรักษาแรงจูงใจ

ผลงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเองกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

จากการศึกษาของ Mann et al. (2013) พบว่าการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองส่งผลให้เกิดการทำงานของกลไกทางจิตวิทยาหลายประการ เป้าหมายในด้านสุขภาพจำเป็นต้องระบุและวางกรอบเป้าหมายอย่างเหมาะสมชัดเจน ต้องวางแผนและดำเนินพฤติกรรมที่

มุ่งเน้นเป้าหมายในบริบทที่เหมาะสมและต้องระมัดระวังการล่อลวง สิ่งรบกวนและการขัดขวาง เป้าหมายด้านสุขภาพ กระบวนการใดกระบวนการหนึ่งเหล่านี้อาจผิดพลาดและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นอันตราย สิ่งสำคัญของการควบคุมตนเองให้สำเร็จบรรลุผลได้นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับอำนาจจิตใจเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการเลือกกลยุทธ์อย่างรอบคอบเพื่อส่งเสริมการตั้งเป้าหมายและการมุ่งมั่นตามเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควรยึดมั่นในเป้าหมายด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายส่วนบุคคลอื่น ๆ และควรพิจารณาอย่างรอบคอบถึงความปรารถนาและความเป็นไปได้ของเป้าหมายเหล่านี้ ตามหลักการแล้วเป้าหมายเหล่านี้จะเป็นเป้าหมายที่ต้องเรียนรู้มีการวางแผนทางและได้รับแรงจูงใจจากภายใน เมื่อมุ่งมั่นที่จะบรรลุผลลัพธ์เป้าหมายในด้านสุขภาพแล้ว ต้องคิดว่าจะดำเนินการตามเป้าหมายเหล่านี้ได้อย่างไรในอนาคตอันใกล้และอนาคตอันไกล ควรให้ความสนใจกับการระบุโอกาสที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมาย และการวางแผนพฤติกรรมมุ่งเป้าหมายที่เหมาะสมซึ่งใช้ประโยชน์จากโอกาสเหล่านี้ บุคคลควรคิดถึงอุปสรรค สิ่งรบกวนและสิ่งล่อใจที่อาจบ่อนทำลายพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมายและดำเนินการในอนาคตเพื่อป้องกันการแทรกแซงของสิ่งเหล่านี้

โปรแกรมการกำกับตนเอง

มีการนำโปรแกรมการกำกับตนเองมาศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ Tougas, Hayden, McGrath, Huguet, & Rozario (2015) ทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อสำรวจการนำทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมโดยใช้แนวคิดการควบคุมตนเองเป็นกรอบสำหรับโปรแกรมที่ใช้สำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมที่ศึกษาทั้งหมดกล่าวถึงองค์ประกอบของทฤษฎีหลักอย่างน้อย 2 องค์ประกอบและ 21 งานวิจัยเชิงทดลองที่รวมเอาลักษณะที่กล่าวถึงกลไกที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลักทั้ง 3 ของแนวคิดการกำกับตนเอง ได้แก่ การสังเกตตนเอง การตัดสินตนเอง และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งพบว่าการสังเกตตนเองโดยกลไก "คำติชม" และ "ความสม่ำเสมอ" เป็นองค์ประกอบที่มีการเลือกใช้ในโปรแกรมมากที่สุด แม้ว่าการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองมักรวมอยู่ในโปรแกรม แต่พบว่าการตัดสินตนเองด้วยกลไก "การเปรียบเทียบทางสังคม" และ "การเปรียบเทียบทางสถิติ" และขั้นการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองด้วยกลไก "สิ่งจูงใจในตนเอง" และ "รางวัลภายนอก" ไม่ค่อยมีการนำไปใช้ การทบทวนอย่างเป็นระบบเป็นวิธีการที่เป็นไปได้ในการระบุการใช้ทฤษฎีเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการสร้างโปรแกรม ซึ่งการศึกษานี้พบว่าทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมโดยใช้การควบคุมตนเองเป็นกรอบแนวคิดสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการโปรแกรมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีเจ็บป่วยเรื้อรัง การศึกษาของ กัลยารัตน์ รอดแก้ว (2561) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือ

ดูแลกันที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน น้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการของโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยมีคู่มือช่วยดูแลกัน กิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง โดยครั้ง 1-4 จัดกิจกรรมใน 2 สัปดาห์แรก และครั้ง 5 จัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 7 โดยสัปดาห์ที่ 3-6 และสัปดาห์ที่ 8-11 ให้กลุ่มทดลองทำกิจกรรมกำกับตนเองและมีคู่มือดูแลกันคอยทำการกระตุ้นเตือน จะมีการนัดติดตามน้ำหนักทุกสัปดาห์ด้วยตนเองพร้อมกับคู่มือ จากนั้นจะทำการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 12 สำหรับในกลุ่มควบคุมมีรายละเอียดดังนี้ เริ่มต้นสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งแรกเป็นสร้างสัมพันธภาพ สัปดาห์ที่ 2-11 กลุ่มเปรียบเทียบให้การรักษาตามแผนปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($p_{\text{one-tailed}} < .01$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p_{\text{one-tailed}} < .01$) และมีระดับน้ำตาลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p_{\text{one-tailed}} = .054$) การศึกษาของ สุริพร แสงสุวรรณ และคนอื่น ๆ (2554) ผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยใช้ข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยสร้างโปรแกรมจากแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1986) สัปดาห์ที่ 1 เป็นการตอบแบบสัมภาษณ์ทั่วไป และวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ให้ความรู้โรคเบาหวาน การตั้งเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผล และการบันทึกข้อมูลทางคลินิก การฝึกจัดอาหารตามสัดส่วน บันทึกรายการการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ สัปดาห์ที่ 2-6 ผู้ป่วยกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกที่บ้าน และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งร่วมกับมีการประเมินการกำกับตนเองของแต่ละคนพร้อมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับและสร้างแรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 7-11 ติดตามเยี่ยมบ้านคนละ 1 ครั้งเพื่อติดตามอุปสรรค กระตุ้นและส่งเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 12 เป็นการประเมินผล ผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างสองกลุ่มที่ทำการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) และระดับน้ำตาลสะสมลดมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิณญา คงเจริญ และคนอื่น ๆ (2013) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิต และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมความดันโลหิตสูง กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาโดยใช้แนวคิดการกำกับตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) ประเมินผล (self-evaluation) และเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) นำมาเป็นแนวทางกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรค ผลวิจัยพบโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดัน

โลหิตมีผลต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองในการควบคุมความดันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าระยะเวลาที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการกำกับตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และภาวะเสี่ยงเกิดโรคต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.001$ และ $p = 0.001$ ตามลำดับ)

จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมที่ใช้แนวคิดกำกับตนเองเป็นกรอบสร้างกิจกรรมเพื่อการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลักทั้ง 3 ของ ได้แก่ การสังเกตตนเอง ตัดสินตนเอง และแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งการกำกับตนเองเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล เป็นการให้ทรัพยากรส่วนบุคคลที่ช่วยให้ปฏิบัติตามพฤติกรรมที่กำหนดซึ่งมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ การกำกับตนเองเป็นพฤติกรรมหรือทักษะที่สามารถสอนและฝึกฝนเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลที่เผชิญกับความเจ็บป่วย (Weidner, Sieverding, & Chesney, 2015)

ดังนั้นผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการกำกับตนเองในการออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยใช้องค์ประกอบหลักทั้ง 3 ของแนวคิด ได้แก่ การสังเกตตนเอง ตัดสินตนเอง และแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งขั้นตอนแต่ละขั้นสามารถอธิบายได้ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 ขั้นตอนและกระบวนการฝึกกำกับตนเอง

กระบวนการกำกับตนเอง	รายละเอียดของกระบวนการ
การสังเกตตนเอง	
การตั้งเป้าหมาย	สำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง และเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงพร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการพัฒนานั้น ๆ
การติดตามตนเอง	ดำเนินการควบคุมตนเองและบันทึกพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้น
การตัดสินใจตนเอง	การวางแผนเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้

ตาราง 3 (ต่อ)

กระบวนการกำกับตนเอง	รายละเอียดของกระบวนการ
การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง	เป็นการแสดงปฏิกิริยาต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการให้รางวัลต่อความสำเร็จ เช่น ความรู้สึกภูมิใจในตนเอง ต่อสิ่งที่ประสบความสำเร็จ การกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ทำสำเร็จมากขึ้น เป็นต้น และหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขสำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง สติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สรุปได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความตระหนักและยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจตามความเป็นจริงในขณะปัจจุบัน ร่วมกับการกำกับตนเองในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมตามที่กำหนดเป้าหมายเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพรวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย โดยแต่ละแนวคิดที่นำมาใช้จะช่วยให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการดำเนินชีวิตและนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดี ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามหลักการกำกับตนเองและแนวทางการฝึกสติ มีกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง

โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะปัจจุบัน รับรู้อาการทางใจและอาการทางกายของตนเองตามสภาพความจริงที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสิน ร่วมกับการกำกับตนเองในการดำเนินกิจกรรมอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้การฝึกสติตามแนวคิดของจอน คาบัทซึนน์ (Jon Kabat-Zinn) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีการปรับบริบทให้เหมาะสมกับผู้ป่วย มีพื้นฐานกิจกรรมมาจากงานวิจัยของ Gray (2020) และแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยให้ผู้ป่วยฝึกกำกับตนเองด้วยการตั้งเป้าหมายและการบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยเทคนิคการจัดกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ตอนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ในการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคมของแบนดูราเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียวแต่มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) ดังนั้นตัวแปรจัดกระทำของการวิจัย คือ สติกับการกำกับตนเอง ตัวแปรสิ่งแวดล้อมคือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวคือ การกระทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับความสุขสบายโดยการดูแลร่างกายของบุคคลอันเป็นที่รักระหว่างอยู่โรงพยาบาล ครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลได้หลายวิธี เช่น ช่วยเหลือดูแลขณะทานอาหารและแปรงฟัน กิจกรรมอื่นๆ เพื่อความสุขสบาย และช่วยเหลือในการจัดทำผู้ป่วยหรือเคลื่อนไหวนอนหรือบริหารร่างกาย (Kaakinen, Coehlo, Steele, Tabacco, & Hanson, 2018)

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว: ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

Pender (1996, p.257) ให้ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลรู้สึกถึงการได้รับความรัก ได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยเป็นได้รับจากกลุ่มบุคคลในระดับสังคมซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อุปถัมภ์ ข้าราชการ คำแนะนำ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่มาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยาพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลขึ้นอยู่กับอิทธิพลจากบุคคลอื่น ซึ่งเป็นผู้มีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าบุคคลนั้นตลอดเวลา แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นบทบาทที่สำคัญเนื่องจากสามารถลดการเจ็บป่วยและการตาย ลดการเผชิญกับความเครียดทางจิตสังคม และภาวะที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพต่าง ๆ รวมไปถึงสามารถป้องกันผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพของบุคคล (House, Landis, & Umberson, 1988)

แหล่งของแรงการสนับสนุนทางสังคม

House (1981 (as cite in Glanz et al., 2008)) ได้จำแนกแหล่งของการสนับสนุนเป็น 2 กลุ่มตามรูปแบบของความสัมพันธ์ คือ

1. บุคคลที่มีความสัมพันธ์ไม่เป็นทางการ การให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันโดยธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน

2. บุคคลที่มีความสัมพันธ์โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน มีลักษณะการช่วยเหลือที่จำเพาะในด้านใดด้านหนึ่ง เช่น แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981 (as cite in Glanz et al., 2008)) จำแนกการสนับสนุนเป็น 4 ด้าน

1. สนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การแสดงออกถึงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย การรับฟัง เป็นต้น

2. สนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือการเปรียบเทียบกับสังคม รวมถึงส่งเสริมการประเมินความสามารถตนเองเพื่อนำไปใช้อยู่ร่วมในสังคม

3. สนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) การช่วยเหลือในรูปแบบของการอำนวยความสะดวกด้วยสิ่งต่าง ๆ เช่น ทุนทรัพย์ แรงงาน เวลา เป็นต้น

4. สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) การให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่าได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ ได้กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนด้านข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา สนับสนุนสิ่งของและบริการ เช่น จัดหาสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับการรักษา มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา การจ้างผู้ดูแล การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยรวมถึงการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

การวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

พรทิพย์พา ธิมายอม (2554) สร้างแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่มียาเสพติด การดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก แบบสอบถามประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ข่าวสาร และสิ่งของ/บริการ จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.863 นอกจากนี้การศึกษาของ สุภัทรา ผิวขาว และคณะอื่น ๆ (2560) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับแบบประเมินการ

สนับสนุนทางสังคมใช้แบบประเมิน The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) ที่แปลเป็นไทย ประกอบด้วย 7 ข้อ ข้อคำถาม 1-6 ค่าคะแนนเป็นมาตราวัดแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ส่วนข้อที่ 7 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ และไม่นำมาคิดคะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.833

ในการวิจัยครั้งนี้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการ แบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

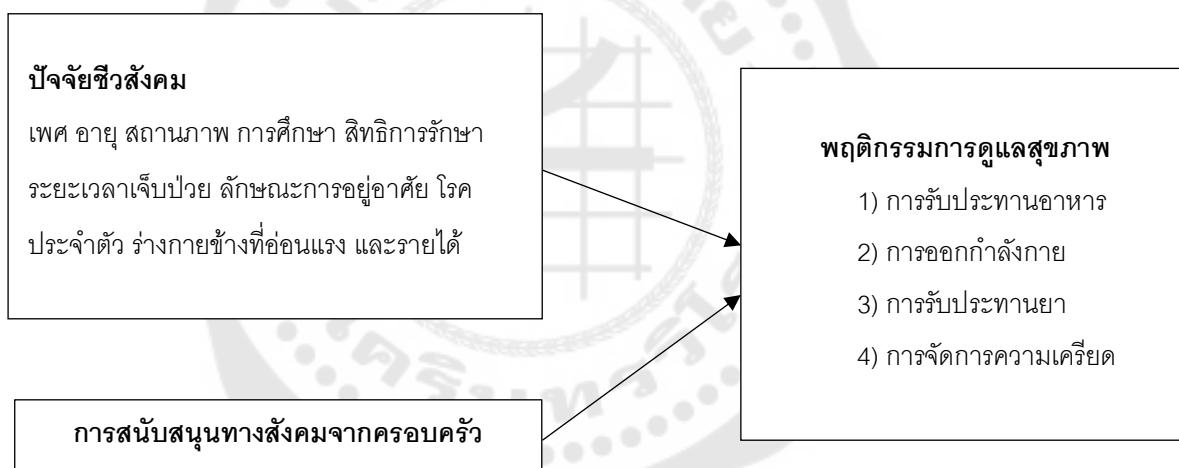
ผลงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการประมวลงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวข้องพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับคุณภาพชีวิตในทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากงานวิจัยพบว่าร้อยละ 42.7 มีผู้ดูแลเป็นภรรยา รวมทั้งมีบุตรหลานคอยดูแลให้กำลังใจขณะเจ็บป่วย คอยส่งเสริมสนับสนุน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้มีความสามารถในการเคลื่อนไหวและการฟื้นคืนความสามารถเพิ่มมากขึ้น (สุภัทรา ผิวขาว และคนอื่น ๆ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ วรรณะชอ และคนอื่น ๆ (2012) เกี่ยวกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวมีหลายลักษณะขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของสมาชิกที่อยู่ร่วมกัน สำหรับบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วย คือ การดูแลเอาใจใส่ การได้รับความช่วยเหลือ รวมถึงการให้คำแนะนำ จัดหาอุปกรณ์ และคอยกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น การช้ยา การไปตรวจตามนัด จิตใจ รวมถึงการดูแลขณะป่วย นอกจากนี้พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่และช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลด้านต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ จากการศึกษาของพรทิพย์พา ธิมายอม (2554) ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวไม่มีบทบาทต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาต แต่มีการศึกษาพบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บุคลากรด้านสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวนอกจากจะช่วยให้ช่วยเหลือทางกายควรให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วย ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม การพักผ่อน รวมถึงความสามารถในการกลับไปทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Butsing, Tipayamongkholgul, Ratanakorn, Suwannapong, & Bundhamcharoen, 2019; Elloker & Rhoda, 2018)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแรง และรายได้ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาศึกษาในระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกัน ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 (ดังภาพประกอบ 3)

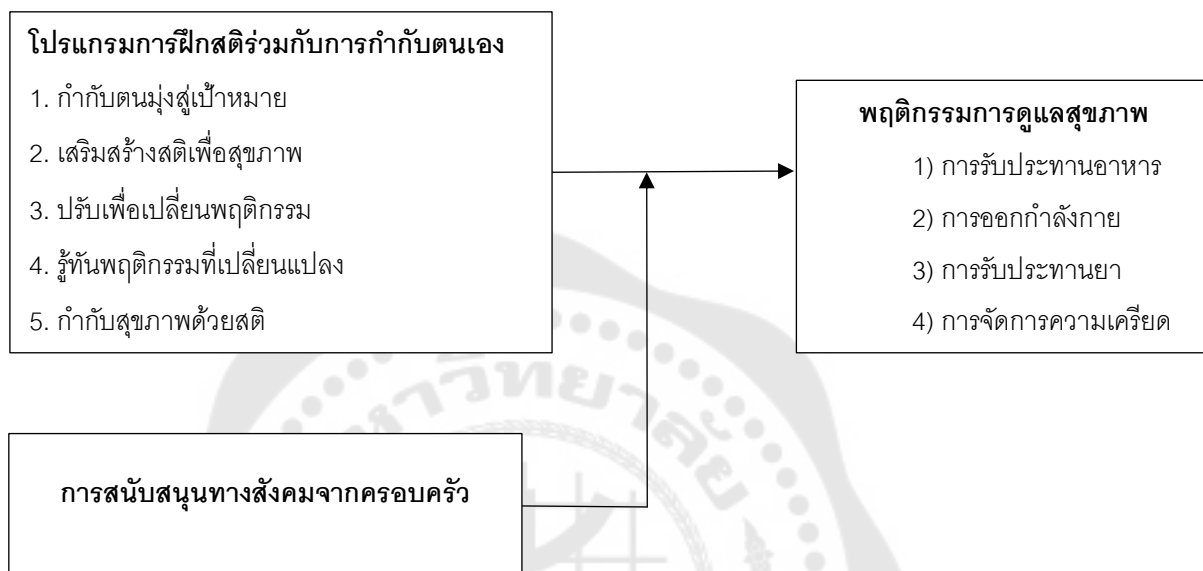


ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2

หลังจากศึกษาในระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางชีวสังคมและระดับของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำผลการวิเคราะห์จากการวิจัยระยะที่ 1 และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อนหน้านี้ทั้งในและต่างประเทศมาเป็นข้อมูลประกอบในการออกแบบโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการ

ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 และ 4 (ดังภาพประกอบ 4)



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2

นิยามเชิงปฏิบัติการ

โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง หมายถึง หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะปัจจุบัน รับรู้อาการทางใจและอาการทางกายของตนเองตามสภาพความจริงที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสิน ร่วมกับการกำกับตนเองในการดำเนินกิจกรรมอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้การฝึกสติตามแนวคิดของจอห์น คาบัทซึนน์ (Jon Kabat-Zinn) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีการปรับบริบทให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีพื้นฐานกิจกรรมมาจากการวิจัยของ Gray (2020) และแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura) ประกอบด้วย 3 กระบวนการคือ การสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกกำกับตนเองด้วยการตั้งเป้าหมายและการบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยเทคนิคการจัดกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมกำกับตนเองมุ่งสู่เป้าหมาย กิจกรรมเสริมสร้างสติเพื่อสุขภาพ กิจกรรมปรับ...เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมรู้ทัน...พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และกิจกรรมกำกับสุขภาพด้วยสติ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นการกระทำที่จิตใจ มีเป้าหมาย โดยใช้ความสามารถหรือศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ เพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขแต่ละพฤติกรรมมีนิยามดังนี้

พฤติกรรม การรับประทานอาหาร หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรคหลอดเลือดสมองคำนึงถึงระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย

พฤติกรรม การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการออกกำลังกายตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ด้วยรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และเพื่อความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 20 ถึง 30 นาที

พฤติกรรม การรับประทานยา หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการต่าง ๆ ตามคำสั่งของแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ตรงตามเวลา และรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่หยุดหรือเพิ่มปริมาณยาด้วยตนเอง มีการปรึกษาการใช้ยากับเภสัชกรหรือแพทย์ก่อนใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่งและเมื่อเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา

พฤติกรรม การจัดการความเครียด หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการมีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายจากความเครียด เช่น การทำงานอดิเรก ทำกิจกรรมที่ชอบตามศักยภาพของตนเอง การดูโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ การฟังเพลง การทำสมาธิ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกหายใจ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

แบบวัดพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการและประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโอเร็ม โดยแบ่งพฤติกรรม การดูแลสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การรับประทานยา และ 4) การจัดการความเครียด เพื่อให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการศึกษา เป็นมาตราส่วนประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย สำหรับการแปลผลผู้ที่ได้ค่าเฉลี่ยสูงแสดงว่ามีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนค่าเฉลี่ยน้อยกว่า

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าได้รับการสนับสนุนจากบุคคลครอบครัวในด้านต่าง ๆ แต่ละด้านมีนิยามดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าได้รับการยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการรับฟังจากบุคคลในครอบครัวในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การสนับสนุนด้านข่าวสาร หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัวที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา ข้อชี้แนะเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าได้รับช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัว เช่น การให้เงิน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของเกี่ยวกับการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา การจ้างผู้ดูแล เพื่อกิจกรรมในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความสามารถของผู้ป่วย และการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยรวมถึงการบอกให้ทราบถึงผลดี

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) อารมณ์ 2) ข่าวสาร 3) ทรัพยากร และ 4) การประเมินคุณค่า แบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้ค่าเฉลี่ยสูงแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากกว่าผู้ที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะชีวิตสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง
4. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

5. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่รับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษา 2 ระยะ ซึ่งทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยระยะแรกเป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา ในส่วนของการวิจัยระยะต่อไปนั้นเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) แบบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดก่อนทดลอง และหลังทดลอง (The Pretest-Posttest Control group Design) โดยมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับทตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ขั้นตอนและรูปแบบการทดลอง
3. เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการจัดกระทำข้อมูล
5. การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมารับการรักษาและต้องนอนพักรักษาตัวที่สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 เป็นผู้ป่วยที่อาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤตและอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะได้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเต็มรูปแบบซึ่งในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยสามารถทำการเคลื่อนไหวหรือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2564 มีเกณฑ์คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้เกณฑ์คัดเข้า คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 20-80 ปี ไม่มีภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน ไม่เคยได้รับโปรแกรมการฝึกและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้ป่วยใส่สายอาหารทางจมูก (NG tube) ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ มีปัญหาการสื่อสารไม่สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด อ่าน และเขียนหนังสือไม่ได้ (คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน) โดยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมดในช่วงนั้นจำนวน 100 คน

การวิจัยระยะที่ 2

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดค่าอัลฟา (α err prob) เท่ากับ 0.05 และกำหนดค่าพาวเวอร์ ($1-\beta$ err prob) เท่ากับ 0.85 โดยผู้วิจัยได้ศึกษาผลการศึกษาของ Daranee Anantasaran (2016) ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังการทดลองใน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 14.5 (S.D.=3.33) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 11.4 (S.D.=4.57) นำมาคำนวณค่าอิทธิพลผ่านโปรแกรม G*Power version 3.1 ได้ค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.7753175

Test family: t-test

Statistical test: Means Difference between two independents means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Tail(s): one

Input: Effect size $d_z = 0.7753175$

α err prob = 0.05

Power ($1-\beta$ err prob) = 0.85

Output: Noncentrality parameter = 2.7411613

Critical t = 1.6772242

Df = 48

Sample size group 1 = 25

Sample size group 2 = 25

Total sample size = 50

Actual power = 0.8548218

ผลจากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน เพื่อป้องกันกรณีมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมสูญหายจากการเข้าร่วม (Dropout) เช่น ขอยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัย เป็นต้น จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Grove, Burns, & Gray, 2013) ป้องกันการเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยระยะที่ 1 และมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ากลุ่มควบคุม (C) 30 คน กลุ่มทดลอง (E) 30 คน โดยวิธี random assignment

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ในระยะที่ 2 มีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 20-80 ปี
2. ไม่มีภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน
3. ไม่เคยได้รับโปรแกรมการฝึกและการฟื้นฟูร่างกาย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยใส่สายอาหารทางจมูก (NG tube) ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้
2. มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด อ่าน และเขียนหนังสือไม่ได้ (คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน)

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย
2. อาการทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่คงที่ เสี่ยงเกิดอันตรายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยหากเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยต่อไป
3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขาดการเข้าร่วมกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของโปรแกรมในการวิจัย

ขั้นตอนและรูปแบบการทดลอง

ตัวแปรในการทดลอง

1. ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ตัวแปรกำกับ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
3. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการทดลอง

ตาราง 4 แสดงแผนการวิจัย The Pretest-Posttest Control group Design

	ก่อนได้รับโปรแกรม	ดำเนินการจัดโปรแกรม	หลังการจัดโปรแกรม
กลุ่มทดลอง (E)	SS, HB ₁	X	HB ₂
กลุ่มควบคุม (C)	SS, HB ₁		HB ₂

SS คือ วัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

HB₁ คือ วัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยครั้งที่ 1 ระยะเวลาก่อนทดลอง

HB₂ คือ วัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยครั้งที่ 2 ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. ระยะเวลาก่อนทดลอง

1.1 ผู้วิจัยติดต่อขอจริยธรรมในการทำการวิจัยในผู้ป่วยที่สำนักงานกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

1.2 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโปรแกรมและรายละเอียดแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัย

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ จากนั้นสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

1.5 ผู้ที่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการอธิบายขั้นตอนในการทำการวิจัย

1.6 กำหนดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธี random assignment

1.7 ผู้ช่วยวิจัยวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลอง

2. ระยะการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเต็มรูปแบบผู้ป่วยในตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง โดยเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบกลุ่มทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กำหนดการเข้าร่วมกลุ่มในช่วงเวลา 13.00-15.00 น. (กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองประมาณ 10 ชั่วโมงต่อคน)

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเต็มรูปแบบผู้ป่วยในตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเพียงอย่างเดียว

*โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพเต็มรูปแบบผู้ป่วยใน คือ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแพทย์จะพิจารณาตามความบกพร่องและการสูญเสียสมรรถภาพด้านต่างๆของผู้ป่วยแต่ละคน ร่วมกับการติดตาม/ประเมินความก้าวหน้าของอาการโดยทีมสหวิชาชีพ

3. ระยะหลังทดลอง

เป็นระยะยุติโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตัวแปรตามของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งดำเนินการหลังใช้โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง ตัวแปรที่ต้องเก็บข้อมูล คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว นอกจากนี้ใช้โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการทดลอง

เครื่องมือในการวัดตัวแปร

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเพื่อทราบข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมด้วยคำถาม 12 ข้อ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว และรายได้ ดังภาพประกอบ 5

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนตัว

1. เพศ

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
2. อายุ ปี
3. สถานภาพ

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. สมรส
<input type="checkbox"/> 3. หย่าร้าง/แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> 4. หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ปวส.
<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. สิทธิการรักษา

<input type="checkbox"/> 1. สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ	<input type="checkbox"/> 2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30
<input type="checkbox"/> 3. ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> 4. ชำระเงินเอง
<input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ ระบุ.....	
6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย

<input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 3 เดือน	<input type="checkbox"/> 2. 3 - 6 เดือน
<input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 6 เดือน	

ภาพประกอบ 5 แสดงแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการ ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาหากข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) ต่ำกว่า 0.5 จะพิจารณาตัดทิ้งหรือปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ (อรพินทร์ ชูชม, 2545) โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฉบับนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ที่ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วตามข้อเสนอแนะไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุงคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบบสอบถามฉบับนี้มีการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า

เท่ากับ .939 และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item Total Correlation) ซึ่งแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง $r = 0.224-0.877$ แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพฉบับสมบูรณ์มีจำนวน 31 ข้อ โดยแบ่งเป็นการวัดด้านการรับประทานอาหาร 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 9 ข้อ ด้านการรับประทานยา 8 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติมากที่สุด จนถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดโดยให้คะแนน “ปฏิบัติมากที่สุด” = 6 “ปฏิบัติมาก” = 5 “ปฏิบัติค่อนข้างมาก” = 4 “ปฏิบัติค่อนข้างน้อย” = 3 “ปฏิบัติเล็กน้อย” = 2 “ไม่เคยปฏิบัติเลย” = 1 ผู้ที่ตอบแบบวัดได้คะแนนสูงแสดงว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

ด้านการรับประทานอาหาร เช่น “(0) ฉันหลีกเลี่ยงการบริโภคผักและผลไม้ในแต่ละมื้อที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมให้

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติเล็กน้อย ไม่เคยปฏิบัติเลย

ด้านการออกกำลังกาย เช่น “(0) ฉันออกกำลังกายด้วยตนเอง แม้บางครั้งมีการใช้ร่างกายข้างที่แข็งแรงพียงช่วยข้างที่อ่อนแรง”

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติเล็กน้อย ไม่เคยปฏิบัติเลย

ด้านการรับประทานยา เช่น “(0) เมื่ออาการป่วยทุเลา ฉันหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์”

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติเล็กน้อย ไม่เคยปฏิบัติเลย

ด้านการจัดการความเครียด เช่น “(0) ฉันทำกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายตามศักยภาพของตนเอง เช่น ฟังเพลง ฝึกควบคุมการหายใจ และฝึกสมาธิ เป็นต้น”

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติเล็กน้อย ไม่เคยปฏิบัติเลย

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยตามแนวของ บุญชม ศรีสะอาด (2535)

5.51 - 6.00	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระดับมากที่สุด
4.51 - 5.50	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระดับมาก
3.51 - 4.50	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระดับค่อนข้างมาก
2.51 - 3.50	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระดับค่อนข้างน้อย
1.51 - 2.50	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระดับน้อย
1.00 - 1.50	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระดับน้อยที่สุด

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่พัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการ ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามหากข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) ต่ำกว่า 0.5 จะพิจารณาตัดทิ้งหรือปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ (อรพินทร์ ชูชม, 2545) โดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวฉบับนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ที่ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย จำนวน 30 คน หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุงคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบบสอบถามฉบับนี้มีการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .988 และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item Total Correlation) ซึ่งแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง $r = 0.701-0.960$ แบบวัดการสนับสนุนจากบุคคลครอบครัวฉบับสมบูรณ์มีจำนวน 19 ข้อ โดยแบ่งเป็นการวัดการสนับสนุนด้านอารมณ์ 7 ข้อ การสนับสนุนด้านข่าวสาร 5 ข้อ การสนับสนุนด้านทรัพยากร 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า 2 แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดโดยให้คะแนน “จริงที่สุด” = 6 “จริง” = 5 “ค่อนข้างจริง” = 4 “ค่อนข้างไม่จริง” = 3 “ไม่จริง” = 2 “ไม่จริงเลย” = 1 ผู้ที่ตอบแบบวัดได้คะแนนสูงแสดงว่าบุคคลนั้นมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น “(0) ครอบครัวยังให้ความสนใจในความพยายามของฉันในการฟื้นฟูสุขภาพตนเอง”

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

การสนับสนุนด้านข่าวสาร เช่น “(0) ฉันสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพกับคนในครอบครัวได้”

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

การสนับสนุนสิ่งของการและบริการ เช่น “(0) ครอบครัวยังสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพของฉัน”

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า เช่น “(0) คนในครอบครัวสามารถประเมินสภาพจิตใจของฉันได้ หากส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ”

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยตามแนวของ บุญชม ศรีสะอาด (2535)

5.51 - 6.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับมากที่สุด

4.51 - 5.50 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับมาก

3.51 - 4.50 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับค่อนข้างมาก

2.51 - 3.50 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับค่อนข้างน้อย

1.51 - 2.50 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับน้อย

1.00 - 1.50 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง และ 2) แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และ 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง

มีลำดับขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ โดยใช้แนวคิดพื้นฐานตามแนวคิดสติของจอน คาบัทซึนน์ (Jon Kabat-Zinn) ซึ่งมีพื้นฐานกิจกรรมการฝึกทักษะต่อเนื่องมาจากการวิจัยของ Gray (2020) ประกอบด้วย 1) การสำรวจร่างกายของตนเอง 2) การฝึกสติในขณะที่เคลื่อนไหว 3) การฝึกสติผ่านกิจกรรมโยคะ 4) การทำสมาธิโดยรู้สึกร่วมอยู่กับลมหายใจ และ 5) การฝึกสติผ่านภาพจินตนาการ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีการปรับบริบทให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura) ประกอบด้วย 3 กระบวนการคือการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยให้ผู้ช่วยฝึกกำกับตนเองด้วยการตั้งเป้าหมายและการบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยเทคนิคการจัดกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และในแต่ละครั้งผู้วิจัยจะทำการประเมินการกำกับตนเองของผู้ป่วยและให้ข้อมูลป้อนกลับร่วมกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ศึกษาสถานการณ์ระดับของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวิตสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการออกแบบโปรแกรม

3. ดำเนินการสร้างและออกแบบโปรแกรมโดยนำแนวคิดสติของจอน คาบัทซึนน์ (Jon Kabat-Zinn) รวมถึงในส่วนของพื้นฐานกิจกรรมการฝึกทักษะสติต่อเนื่องมาจากการวิจัยของ Gray (2020) และแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura) ประยุกต์ร่วมกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 ที่ศึกษาสถานการณ์ระดับของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวิตสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. นำโปรแกรมที่ออกแบบ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทพิจารณาและทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

5. หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องของความสอดคล้องทั้งด้านเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี เทคนิค และลำดับในการจัดกิจกรรม วัตถุประสงค์ และการประเมินผลของกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละครั้ง จากนั้นนำคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และมีประสบการณ์สอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำ เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทสภาพแวดล้อมมากยิ่งขึ้นและสามารถนำไปใช้พัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence) ของแต่ละกิจกรรมต้องมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.51-1.00 ส่วนกิจกรรมใดที่มีค่าต่ำกว่า 0.5 ให้พิจารณาตัดทิ้งหรือปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ (อรพินทร์ ชูชม, 2545) โดยกิจกรรมทั้งหมดมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

6. นำโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา 1 กลุ่ม จำนวน 5 คน จากนั้นนำข้อผิดพลาดมาปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง (รายละเอียดโปรแกรมในภาพรวมแสดงไว้ในภาคผนวก)

โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง มีระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กำหนดการเข้าร่วมกลุ่มในช่วงเวลา 13.00-15.00 น. ผู้วิจัยติดตามการกำกับตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนในระหว่างสัปดาห์ เพื่อติดตามปัญหา/อุปสรรค กระตุ้น และส่งเสริมให้กำลังผู้ป่วยให้มีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ กลุ่มควบคุมจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ตาราง 5 โครงสร้างโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
ครั้งที่ 1 กำกับตนเอง สู่เป้าหมาย	1. เพื่อให้ ผู้เข้าร่วม กิจกรรม สามารถนำ ความรู้	1. การบรรยายให้ ความรู้ผู้เข้าร่วม เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมองและการดูแล สุขภาพในผู้ป่วยโรค	1. การบรรยาย ผ่านสื่อและเล่ม คู่มือความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือด สมอง สาเหตุ		1. สังเกตการ ให้ความ ร่วมมือในการ ทำกิจกรรม

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
	เกี่ยวกับโรค หลอดเลือด สมองและการ ดูแลสุขภาพ ไปวิเคราะห์ และวาง แผนการดูแล สุขภาพของ ตนเอง	หลอดเลือดสมอง และ การสนทนาแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น ด้วย คำถามคือ “การดูแล สุขภาพที่ผ่านมาส่งผล ต่อการเจ็บป่วยของ ตนเองอย่างไร”	แนวทางการรักษา และการดูแล สุขภาพ 2. การแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นของ ผู้เข้าร่วม		และการแสดง ความคิดเห็น 2. ใบบาง 1.1 ความรู้โรค หลอดเลือด สมอง
2. เพื่อฝึก ทักษะการ กำกับตนเอง ในการดูแล สุขภาพให้แก่ ผู้ป่วย	2. การบรรยาย กระบวนการกำกับ ตนเองในแต่ละขั้นตอน ร่วมกับยกตัวอย่าง - นำเสนอกกรณีผู้ป่วย วิเคราะห์ขั้นตอนการ กำกับตนเองจากกรณี ตัวอย่างและให้ ผู้เข้าร่วมช่วยกันอธิบาย ขั้นตอนของการกำกับ ตนเอง - สสำรวจพฤติกรรม ดูแลสุขภาพ และฝึก วิเคราะห์พฤติกรรมใน ชีวิตประจำวันที่ส่งผล เสียต่อสุขภาพ และ เลือกพฤติกรรมสุขภาพ ที่ต้องการพัฒนาหรือ เปลี่ยนแปลงพร้อมทั้ง กำหนดเป้าหมาย	1. การบรรยาย 2. นำเสนอกกรณี ตัวอย่าง	แนวคิดการ กำกับ ตนเองในชั้น สังเกต ตนเอง	1. ความ ถูกต้องของ การวิเคราะห์ ขั้นตอนการ กำกับตนเอง 2. การบันทึก พฤติกรรม ดูแลสุขภาพ ของตนเอง	

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
		<p>พฤติกรรมที่ต้องการ พัฒนานั้น ๆ</p> <p>- ฝึกลงบันทึกข้อมูลใน สมุดบันทึกสุขภาพ</p> <p>ประจำตัวผู้เข้าร่วม กิจกรรม พร้อมทั้งผู้วิจัย</p> <p>แจ้งรางวัลหาก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้ดี</p>			
ครั้งที่ 2 เสริมสร้างสติ เพื่อสุขภาพ	1. เพื่อให้ ผู้เข้าร่วม กิจกรรม พัฒนาทักษะ การดูแล สุขภาพใน ด้านอาหาร ยา ออกกำลังกาย และ จัดการ ความเครียด	<p>1. บรรยายวิธีการเลือก รับประทานอาหาร อาหารประเภทใดควร รับประทานและอาหาร ประเภทใดที่ควร หลีกเลี่ยง เพื่อที่จะ สามารถเลือก รับประทานอาหารอย่าง ถูกต้องและเหมาะสม กับสภาวะโรค</p> <p>- นำเสนอเมนูอาหาร ตัวอย่างผ่านสื่อและให้ ผู้เข้าร่วมฝึกวิเคราะห์ คุณค่าโภชนาการในแต่ละ เมนู</p> <p>- บรรยายส่วนประกอบ ของฉลาดโภชนาการ และให้ผู้เข้าร่วมฝึก วิเคราะห์ข้อมูลฉลาด โภชนาการจากอาหาร</p>	<p>1. การบรรยาย ผ่านสื่อความรู้ เกี่ยวกับอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง</p> <p>2. บรรยายและฝึก วิเคราะห์ เมนูอาหาร</p> <p>3. บรรยายและฝึก วิเคราะห์ข้อมูล จากฉลาด โภชนาการ</p>	<p>1. สังเกตการ ให้ความ ร่วมมือในการ ทำกิจกรรม</p> <p>2. ใบงาน 2.1 วิเคราะห์ เมนูอาหาร</p> <p>3. ใบงาน 2.2 การอ่านฉลาด โภชนาการ</p> <p>4. การแสดง ความคิดเห็น</p>	

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
		ตัวอย่าง - แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผ่านคำถาม “หลังจากนี้แต่ละท่าน ควรปรับเปลี่ยนการ รับประทานอาหาร อย่างไร”			
		2. บรรยายวิธีการใช้ยา ตามฉลากที่แสดงบน ซองยา การเก็บยาที่ ถูกต้องผ่านสื่อประกอบ เช่น ตัวอย่างซองยา เป็นต้น - ให้ผู้เข้าร่วมฝึกอ่าน ฉลากและจัดยาให้กับ ตนเอง	1. การบรรยาย ผ่านสื่อความรู้ เกี่ยวกับยา 2. บรรยายและฝึก ปฏิบัติการอ่าน ฉลากบนซองยา และจัดยา		1. สังเกตการ ให้ความ ร่วมมือในการ ทำกิจกรรม 2. ความ ถูกต้องของ กิจกรรมการ ฝึกจัดยา
		3. บรรยายวิธีออกกำลังกาย ที่เหมาะสม - ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ออกแบบและนำเสนอ การออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับตนเองและ ฝึกประเมินความหนัก ของการออกกำลังกาย ของตนเองได้	1. การบรรยาย ผ่านสื่อและฝึก ปฏิบัติการออก กำลังกายด้วย ตนเองในรูปแบบ ต่าง ๆ		1. สังเกตการ ให้ความ ร่วมมือในการ ทำกิจกรรม 2. ความ ถูกต้องของ การเลือก วิธีการออก กำลังกาย และประเมิน ความหนัก ของการออก กำลังกาย

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
		4. ให้ผู้เข้าร่วมประเมิน ความเครียดของตนเอง - บรรยายวิธีการจัดการ ความเครียดในแบบต่าง ๆ - ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม นำเสนอวิธีหรือแนว ทางการจัดการ ความเครียดของตนเอง	1. บรรยายและฝึก ปฏิบัติรูปแบบการ จัดการ ความเครียดแบบ ต่าง ๆ		1. สังเกตการ ให้ความ ร่วมมือในการ ทำกิจกรรม 2. การแสดง ความเห็น เกี่ยวกับแนว ทางการ จัดการ ความเครียด ของผู้เข้าร่วม กิจกรรม 3. ใบงาน 2.3 สำรวจ ความเครียด
2. เพื่อให้เกิด ความ ตระหนักและ ยอมรับสิ่งที่ เกิดขึ้นกับ ตนเองในขณะ ปัจจุบัน และ เพื่อส่งเสริม การฝึกทักษะ สติอย่าง ต่อเนื่อง	5. กิจกรรม “ฝึกสติ” ขั้นที่ 1 ฝึกจัดการ ความคิด โดยฝึกหยุด ความคิดด้วยการรู้ลม หายใจที่ผ่านเข้าออก ขั้นที่ 2 ฝึกใส่ใจอยู่กับ ปัจจุบัน (Attention to the present) ผ่าน กิจกรรมการสำรวจ ความรู้สึกทางกาย (Body scan) ขั้นที่ 3 ฝึกการยอมรับ สิ่งที่เป็นปัจจุบัน (Acceptance) ผ่าน กิจกรรมการสังเกต	1. ฝึกปฏิบัติสติ	แนวคิดสติ: การใส่ใจอยู่ กับปัจจุบัน (Attention to the present) และการเปิด ใจยอมรับ (Acceptan ce) ในสิ่งที่ เกิดขึ้นใน ปัจจุบัน ขณะ	1. สังเกตการ ให้ความ ร่วมมือในการ ทำกิจกรรม 2. จากการ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกต่อ ตนเอง	

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
		<p>ความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องประเมินค่าหรือตัดสินความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้น</p> <p>- แลกเปลี่ยนสะท้อนความคิดความรู้สึกต่อร่างกายและจิตใจตนเองในขณะปัจจุบัน</p> <p>- ฝึกทักษะการฝึกสติต่อเนื่อง (Home work) “สติขณะเคลื่อนไหว” (mindful walking meditation)</p> <p>เป็นการฝึกสติอยู่กับสิ่งที่กำลังทำอยู่ทุกขณะ และสามารถฝึกสติในบริบทที่ไม่เฉพาะเจาะจงของชีวิตประจำวัน เช่น เคี้ยวอย่างมีสติ กินอย่างมีสติ ต้มอย่างมีสติ เดินอย่างมีสติ เป็นต้น</p>			
3. เพื่อพัฒนาการกำกับตนเองในการตัดสินตนเอง	6. การวางแผนการดูแลสุขภาพ - ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทบทวนการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งดีและไม่ดี	1. การฝึกวิเคราะห์และวางแผนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	1. การฝึกวิเคราะห์และวางแผนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	แนวคิดการกำกับตนเองในขั้นต้น	1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และแนวทางการ
		2. การแลกเปลี่ยนความ	2. การแลกเปลี่ยนความ		

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
		- ให้ร่วมกันวิเคราะห์ เหตุผลพฤติกรรมที่ดี และไม่ดีนั้นส่งผลต่อ สุขภาพของตนเอง อย่างไร - สุ่มเลือกพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพที่ไม่ดี ให้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร่วมกันวางแผนเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นั้น - จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมฝึก วางแผนการดูแล สุขภาพตนเองตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ นำเสนอและร่วมกัน อภิปรายแผนการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อพิจารณาความ เป็นไปได้ว่าสามารถ บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ หรือไม่	คิดเห็นสมาชิก ภายในกลุ่ม		วางแผนดูแล สุขภาพ 2. การแสดง ความคิดเห็น
ครั้งที่ 3 ปรับ...เพื่อ เปลี่ยน พฤติกรรม	1. เพื่อ พัฒนาการ กำกับตนเอง ในการตัดสินใจ ตนเองและ การแสดง ปฏิริยาต่อ ตนเอง	1. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประเมินปัญหา/ อุปสรรคแผนการดูแล สุขภาพที่ผ่านมา - แลกเปลี่ยนวิเคราะห์ พฤติกรรมการดูแล สุขภาพที่ยังไม่บรรลุ เป้าหมาย ด้วยคำถาม	1. วิเคราะห์ แผนการดูแล สุขภาพของตนเอง 2. การแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น สมาชิกภายใน กลุ่ม	แนวคิดการ กำกับ ตนเองชั้น การตัดสินใจ ตนเอง	1. การแสดง ความเห็นของ ผู้เข้าร่วม กิจกรรม 2. การลง บันทึก พฤติกรรม

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
		“ยังมีการดูแลตนเองในเรื่องใดที่ไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตัวเองตั้งไว้หรือไม่” และให้วิเคราะห์ถึงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่บรรลุตามเป้าหมายด้วยคำถาม “ที่ยังทำไม่ได้เนื่องจากมีความยากลำบากในเรื่องใด หรือมีอุปสรรคใดที่ทำให้ทำไม่ได้ตามเป้าหมายหรือไม่” - แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อกำหนดแนวทางสู่เป้าหมายใหม่ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขผ่านกิจกรรม โดยยกประเด็นปัญหาดังกล่าวให้ผู้เข้าร่วมแสดงแนวทางแก้ไขอย่างน้อยคนละ 1 แนวทาง			การดูแล สุขภาพ
		2. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเมินการกำกับตนเอง โดยนำเสนอผลการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ เปรียบเทียบกับ	1. การเสริมแรงพฤติกรรมที่บรรลุเป้าหมาย 2. การฝึกวิเคราะห์ผลการดูแลสุขภาพ	แนวคิดการกำกับตนเองขั้นต้น การตัดสินใจตนเองและการแสดง	1. การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพของตนเอง

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
		เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยใบงาน 3.1 จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ เริ่มด้วยคำถาม “การดูแลสุขภาพตนเองช่วงที่ผ่านมาเป็นไปตามเป้าหมายที่ตัวเองตั้งไว้หรือไม่” และ “รู้สึกอย่างไร คิดเห็นอย่างไรกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น” - ผู้วิจัยเสริมแรงพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบรรลุเป้าหมาย “ชื่นชมความเปลี่ยนแปลง และมอบรางวัล” แนะนำการให้รางวัลตนเอง เช่น การมองตนเองในแง่ดี การฝึกขอบคุณตนเอง การลงทุนกับสุขภาพตนเองให้มากขึ้น เป็นต้น เพื่อสร้างแรงจูงใจในดูแลสุขภาพ และเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมั่นใจในการกระทำพฤติกรรม การดูแลสุขภาพต่อไป	ของตนเอง 3. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สมาชิกภายในกลุ่ม	ปฏิบัติการต่อตนเอง	ใบงาน 3.1 ประเมินการกำกับตนเอง 2. การลงบันทึกในสมุดสุขภาพและการประเมินความพึงพอใจต่อตนเองสำหรับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
	2. เพื่อให้ ผู้ป่วยฝึก ทักษะการฝึก สติต่อเนื่อง	3. กิจกรรม “โยคะ/การ เคลื่อนไหวด้วยสติ” (Yoga/Mindful movement sequent) - แลกเปลี่ยนสะท้อน ความคิด ประสบการณ์ ที่น่าพอใจและไม่พึงใจ ท่ามกลางการฟื้นตัว ของโรคหลอดเลือด สมอง- นำไปฝึกทักษะ การฝึกสติต่อเนื่อง (Home work)	1. ฝึกปฏิบัติสติ	แนวคิดสติ: การใส่ใจอยู่ กับปัจจุบัน (Attention to the present) และการเปิด ใจยอมรับ (Acceptan ce) ในสิ่งที่ เกิดใน ปัจจุบัน ขณะ	แบบบันทึก การฝึกสติ ในช่วงสัปดาห์ ที่ผ่านมา
ครั้งที่ 4 รู้ทัน... พฤติกรรมที่ เปลี่ยนแปลง	1. เพื่อ ส่งเสริม ผู้เข้าร่วม กิจกรรม สามารถ ปฏิบัติการ กำกับตนเอง ได้อย่างมั่นใจ	1. ติดตามผลการกำกับ ตนเองของผู้เข้าร่วม กิจกรรมโดยให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมแต่ละคน ประเมินและนำเสนอผล การดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านกิจกรรม “เรื่องที่ฉัน ภูมิใจ” เป็นการแบ่งปัน การดูแลสุขภาพของ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ สามารถทำได้ตาม เป้าหมาย การวางแผน ดูแลสุขภาพเพื่อบรรลุ เป้าหมาย รวมถึง ความรู้สึกจากการได้ ปรับเปลี่ยนการดูแล ตนเอง	1. การฝึก วิเคราะห์ผลการ ดูแลสุขภาพของ ตนเอง 2. การแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น สมาชิกภายใน กลุ่ม	แนวคิดการ กำกับ ตนเองขึ้น การแสดง ปฏิบัติการต่อ ตนเอง	1. การ วิเคราะห์ผล การ ปฏิบัติการ ดูแลสุขภาพ ของตนเอง 2. การลง บันทึกในสมุด สุขภาพและ การประเมิน ความพึง พอใจต่อ ตนเองสำหรับ พฤติกรรม การ ดูแลสุขภาพที่ ผ่านมา

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
		- กิจกรรม “ฉันมี ทางออกให้กับเรื่องนี้” ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม แบ่งปันปัญหาและ อุปสรรคในการดูแล สุขภาพตนเอง และ แนวทางการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึง บอกเล่าความรู้สึกกับ เรื่องราวนั้น			
2. เพื่อให้ ผู้ป่วยฝึก ทักษะการฝึก สติต่อเนื่อง	2. กิจกรรม “นั่งสมาธิ เจริญสติ” (Seated Mindfulness Meditations) และการ ทำสมาธิโดยนำด้วย ภาพธรรมชาติ” (Loving Kindness, imagery- based guided meditations) - แลกเปลี่ยนสะท้อน ความคิดและความ ต้องการของผู้ป่วยใน การฟื้นฟูโรคหลอดเลือด สมอง การยอมรับว่า การฟื้นตัวไม่มีวันสิ้นสุด ชีวิต และการบำบัด ฟื้นฟูคือ ครู และ เป็นเส้นทางการเรียนรู้	1. ฝึกปฏิบัติสติ	แนวคิดสติ: การใส่ใจอยู่ กับปัจจุบัน (Attention to the present) และการเปิด ใจยอมรับ (Acceptan ce) ในสิ่งที่ เกิดใน ปัจจุบัน ขณะ	แบบบันทึก การฝึกสติ ในช่วงสัปดาห์ ที่ผ่านมา	

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
		ของผู้เข้าร่วม - นำไปฝึกทักษะการฝึก สติต่อเนื่อง (Home work)			
ครั้งที่ 5 กำกับ สุขภาพด้วย สติ	1. เพื่อ ทบทวน กระบวนการ ในกิจกรรม การเรียนรู้ ทั้งหมด	1. ทบทวนการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพผ่านกิจกรรม ยกตัวอย่างบอกเล่า ประสบการณ์การเข้า ร่วมกิจกรรมของ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่าน มาว่ามีผลต่อสุขภาพ ตนเองอย่างไร จากนั้น ช่วยกันวิเคราะห์ กระบวนการกำกับ ตนเองในแต่ละขั้นเพื่อ สรุปร่วมกัน -ทบทวนการนำสติมาใช้ ในการดูแลสุขภาพ ด้วย คำถาม “การฝึกสติมี ส่วนเกี่ยวข้องกับ กิจกรรมเพื่อการดูแล สุขภาพของตนเอง หรือไม่ อย่างไร - ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ ผ่านมาทั้งหมด	1. การแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น สมาชิกภายใน กลุ่ม 2. การบรรยาย สรุป		1. สังเกตการ ให้ความ ร่วมมือในการ ทำกิจกรรม 2. การแสดง ความเห็นของ ผู้เข้าร่วม กิจกรรม
	2. เพื่อ ประเมินผล พฤติกรรม การดูแล	2. กิจกรรมสะท้อนสิ่งที่ ได้จากการเข้าร่วม โปรแกรมของผู้เข้าร่วม กิจกรรม ด้วยคำถาม	1. ฝึกวิเคราะห์ผล การปฏิบัติการ ดูแลสุขภาพของ ตนเอง		1. สังเกตการ ให้ความ ร่วมมือในการ ทำกิจกรรม

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เทคนิค	แนวคิด/ ทฤษฎี	การประเมิน
ตนเองของ ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	“ที่ผ่านมากิจกรรมส่งผล ต่อสุขภาพตนเอง อย่างไร” และ “รู้สึก อย่างไรกับการ ปรับเปลี่ยนการดูแล สุขภาพตนเองที่ผ่านมา” - กิจกรรมการ ประเมินผลพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	2. การแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ เปลี่ยนแปลง	2. การแสดง ความเห็นของ ผู้เข้าร่วม กิจกรรม 3. แบบสอบถาม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ของผู้เข้าร่วม กิจกรรม		

แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

การตั้งเป้าหมายพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การสังเกต และการบันทึก ผู้เข้าร่วมจะเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง โดยจะนำแบบสังเกตพฤติกรรมดูแลสุขภาพไปพิจารณาประกอบ (รายละเอียดสมุดบันทึกสุขภาพแสดงรายละเอียดในภาคผนวก)

ตัวอย่างแบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ให้ท่านตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ต้องการพัฒนาในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดทุกสัปดาห์

1. เป้าหมายด้านการรับประทานอาหาร คือ.....
2. เป้าหมายด้านการออกกำลังกาย คือ.....
3. เป้าหมายด้านการรับประทานยา คือ.....
4. เป้าหมายด้านการจัดการความเครียด คือ.....

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยติดต่อขอจริยธรรมในการทำการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และขอจริยธรรมในการทำการวิจัยใน

ผู้ป่วยที่สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1

1. ผู้วิจัยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ตัดเข้าคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 20-80 ปี ไม่มีภาวะบกพร่องด้านการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน ไม่เคยได้รับโปรแกรมการฝึกและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้ป่วยใส่สายอาหารทางจมูก (NG tube) ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ มีปัญหาการสื่อสารไม่สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด อ่าน และเขียนหนังสือไม่ได้ (คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน) เพื่อศึกษาสถานการณ์ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

3. เก็บรวบรวมแบบสอบถามและคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน

4. ทำการวิเคราะห์ผลเพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1 และมีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 20-80 ปี

2. ไม่มีภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน

3. ไม่เคยได้รับโปรแกรมการฝึกและการฟื้นฟูร่างกาย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยใส่สายอาหารทางจมูก (NG tube) ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

2. มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด อ่าน และเขียนหนังสือไม่ได้ (คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน)

3. ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรม ชี้แจงเกี่ยวกับความต้องการการถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย

4. กำหนดให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธี random assignment

5. เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระยะก่อนเริ่มการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

6. ดำเนินการระยะการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และโปรแกรมการฝึก ร่วมกับการกำกับตนเองซึ่งกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

7. ระยะยุติการทดลอง เก็บข้อมูลตัวแปรตาม คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

8. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนมาวิเคราะห์ผลและนำเสนอข้อมูล การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามหลังจากได้แบบสอบถามกลับคืนมา จากนั้นทำการลงรหัส ลงข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ผล SPSS Version 26 และดำเนินการตามขั้นตอน ต่อไปนี้

1. เพื่อตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อใช้อธิบายลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแรง และรายได้ และหาค่าเฉลี่ยเพื่ออธิบายข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2. เพื่อตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นด้วยสถิติพื้นฐานตัวแปรเพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยการใช้สถิติทดสอบสมมติฐานด้วยค่า T (Independent samples T test) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มและใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบมากกว่า 2 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกันและความแตกต่างของระดับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2

4. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยการใช้สถิติทดสอบสมมติฐานด้วยค่า T (Independent samples t test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

5. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยการใช้สถิติทดสอบสมมติฐานด้วยค่า T (Pair samples t test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4

6. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANOVA) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5

การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขออนุมัติดำเนินการเก็บข้อมูลต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยงานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในมนุษย์ตามหนังสือรับรองหมายเลข โครงการ SWUEC/E/G-117/2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูลต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของสถาบันประสาทวิทยา และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในมนุษย์ตามหนังสือรับรองหมายเลขโครงการ 64027 รวมถึงการทำแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและรับทราบคำอธิบายรายละเอียดของการเก็บข้อมูลและโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง ทั้งนี้ประเด็นการรักษาสีทิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย

1. การวิจัยครั้งนี้จะเริ่มดำเนินการวิจัยได้เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของสถาบันประสาทวิทยา
2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ และความปลอดภัย ก่อนพิจารณาลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองจะได้รับการอธิบาย วัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีดำเนินการ ความปลอดภัย รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างละเอียด
4. ผู้ป่วยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวผู้ป่วย
5. ข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และใช้การลงรหัสข้อมูลซึ่งจะไม่สามารถระบุบุคคลได้ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้นหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

บทที่ 4

ผลการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งออกแบบโปรแกรมตามแนวคิดสติและแนวคิดการกำกับตนเองมาประยุกต์ให้มีบริบทเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกัน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

และมีสมมติฐานดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง
4. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
5. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่รับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ และอักษรย่อ ดังนี้

\bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย

SD แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

T	แทน	ค่าการแจกแจงแบบที (t-Distribution)
F	แทน	ค่าการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ค่าชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
p	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
N	แทน	ประชากร
n	แทน	กลุ่มตัวอย่าง

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อตอบจุดมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 1 และ 2

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัจจัยชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกัน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อทดสอบสมมติฐาน

1. ผู้ป่วยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลชีวสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง 100 คน สามารถจำแนกได้ดังนี้ ปัจจัยด้านเพศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยมี 61 คน (61%) และเพศหญิง 39 คน (39%) ปัจจัยด้านอายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 – 60 ปี 56 คน (56%) และอายุมากกว่า 60 ปี 38 คน (38%) สถานภาพส่วนใหญ่สถานภาพสมรส 59 คน (59%) ปัจจัยการศึกษา ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี 54 คน (54%) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล 75 คน (75%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 เดือน 78 คน (78%) ปัจจัยลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่กับลูกหลานหรือญาติ 58 คน (58%) ปัจจัยด้านอาชีพ ด้านรายได้ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท 26 คน (26%) และ 30,001-40,000 บาท 25 คน (25%) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 84 คน (84%) โดยมีความดันโลหิตสูง 73 คน (73%) ไขมันในเลือดสูง 50 คน (50%) เบาหวาน 32

คน (32%) และโรคหัวใจ 23 คน (23%) และผู้ป่วยอ่อนแอร่างกายข้างถนัดมากกว่าข้างไม่ถนัด 57 คน (57%) ดังตารางที่ 6

ตาราง 6 แสดงจำนวนและค่าร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแอร และรายได้

ลักษณะชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
เพศชาย	61	61.0
เพศหญิง	39	39.0
รวม	100	100.0
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	6	6.0
31 – 60 ปี	56	56.0
มากกว่า 60 ปี	38	38.0
รวม	100	100.0
สถานภาพสมรส		
โสด	30	30.0
สมรส	59	59.0
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	5.0
หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	6	6.0
รวม	100	100.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.0
ประถมศึกษา	28	28.0

ตาราง 6 (ต่อ)

ลักษณะชีวิตสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	8	8.0
ปริญญาตรี	54	54.0
สูงกว่าปริญญาตรี	8	8.0
รวม	100	100.0
สวัสดิการการรักษา		
ใช้สิทธิสวัสดิการรักษา	75	75.0
ชำระเงินเอง	25	25.0
รวม	100	100.0
ระยะเวลาเจ็บป่วย		
ป่วยน้อยกว่า 3 เดือน	78	78.0
ป่วย 3-6 เดือน	11	11.0
ป่วยมากกว่า 6 เดือน	11	11.0
รวม	100	100.0
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่กับคู่สมรส	39	39.0
อยู่กับลูกหลาน/ญาติ	58	58.0
อยู่คนเดียว	3	3.0
รวม	100	100.0
ประวัติโรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	84	84.0
ไม่มีโรคประจำตัว	16	16.0
รวม	100	100.0
รายได้		

ตาราง 6 (ต่อ)

ลักษณะชีวิตสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
น้อยกว่า 10,000 บาท	17	17.0
10,001-20,000 บาท	26	26.0
20,001-30,000 บาท	20	20.0
30,001-40,000 บาท	25	25.0
มากกว่า 40,000 บาท	12	12.0
รวม	100	100.0
ร่างกายข้างที่ได้รับผลกระทบ		
อ่อนแรงข้างถนัด	57	57.0
อ่อนแรงข้างไม่ถนัด	43	43.0
รวม	100	100.0

ส่วนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ผลการวิจัยในระยะที่ 1 สถานการณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 4.16$, $SD = 0.753$) โดยมี พฤติกรรมมารับประทานอาหารอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.908$) ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมีความถี่ในการกระทำพฤติกรรมในระดับค่อนข้างน้อย ได้แก่ หลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงใน อาหาร ($\bar{X} = 3.02$) หลีกเลี่ยงอาหารทอด ($\bar{X} = 3.17$) บริโภคอาหารโดยคำนึงปัญหาสุขภาพหรือ โรคประจำตัว ($\bar{X} = 3.34$) และเลือกบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ($\bar{X} = 3.45$) ตามลำดับ สำหรับ พฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 1.109$) โดยพบว่าผู้ป่วยมี ความถี่ในการกระทำพฤติกรรมในระดับค่อนข้างน้อย ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความ ยืดหยุ่น ($\bar{X} = 2.81$) รวมถึงการยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.15$) ออก กกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน ($\bar{X} = 3.20$) ออกกำลังกายด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีคนเตือน ($\bar{X} = 3.36$) ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ($\bar{X} = 3.40$) และออกกำลังกายด้วยตนเองต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ($\bar{X} = 3.46$) ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมมารับประทานยาอยู่ในระดับมาก (\bar{X}

= 5.02, SD = 0.654) และพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (\bar{X} = 4.41, SD = 1.001) ดังตารางที่ 7

ตาราง 7 ผลการศึกษาศาสนาการณระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวนข้อ คำถาม	\bar{X}	S.D.	แปลผล
การรับประทานอาหาร	10	3.93	0.908	ค่อนข้างมาก
การออกกำลังกาย	9	3.55	1.109	ค่อนข้างมาก
การรับประทานยา	8	5.02	0.654	มาก
การจัดการความเครียด	4	4.41	1.001	ค่อนข้างมาก
รวม	31	4.16	0.753	ค่อนข้างมาก

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีชีวิตสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกัน

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ลักษณะชีวิตสังคมต่างกันมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานของข้อ 1 ดังตารางที่ 8

ตาราง 8 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะทางชีวิตสังคม

ลักษณะทาง ชีวิตสังคม	พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ					
	n	\bar{X}	SD	ค่าสถิติ	p-value	แปลผล
เพศ						
เพศชาย	61	4.17	0.79	ค่า T	0.809	ไม่แตกต่าง
เพศหญิง	39	4.14	0.70	0.242		

ตาราง 8 (ต่อ)

ลักษณะทาง ชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ					
	n	\bar{X}	SD	ค่าสถิติ	p-value	แปลผล
อายุ						
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	6	3.84	0.60	ค่า F 2.462	0.091	ไม่แตกต่าง
31 – 60 ปี	56	4.06	0.78			
มากกว่า 60 ปี	38	4.36	0.70			
สถานภาพสมรส						
โสด	30	4.14	0.79	ค่า F 0.209	0.890	ไม่แตกต่าง
สมรส	59	4.14	0.75			
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	4.16	0.92			
หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	6	4.40	0.64			
การศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	4.29	0.78	ค่า F 0.741	0.566	ไม่แตกต่าง
ประถมศึกษา	28	4.19	0.72			
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	8	4.24	0.72			
ปริญญาตรี	54	4.19	0.78			
สูงกว่าปริญญาตรี	8	3.72	0.74			
สวัสดิการการรักษา						
ใช้สิทธิสวัสดิการรักษา	75	4.11	0.68	ค่า T 0.913	0.368	ไม่แตกต่าง
ชำระเงินเอง	25	4.30	0.94			
ระยะเวลาเจ็บป่วย						
ป่วยน้อยกว่า 3 เดือน	78	4.13	0.77	ค่า F 0.439	0.646	ไม่แตกต่าง
ป่วย 3-6 เดือน	11	4.15	0.66			
ป่วยมากกว่า 6 เดือน	11	4.36	0.74			
ลักษณะการอยู่อาศัย						
อยู่กับคู่สมรส	39	4.17	0.76	ค่า F 0.423	0.656	ไม่แตกต่าง
อยู่กับลูกหลาน/ญาติ	58	4.17	0.75			
อยู่คนเดียว	3	3.76	1.00			
ประวัติโรคประจำตัว						
มีโรคประจำตัว	84	4.15	0.76	ค่า T -0.314	0.754	ไม่แตกต่าง
ไม่มีโรคประจำตัว	16	4.21	0.76			

ตาราง 8 (ต่อ)

ลักษณะทาง ชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ					
	n	\bar{X}	SD	ค่าสถิติ	p-value	แปลผล
รายได้						
น้อยกว่า 10,000 บาท	17	4.36	0.52	ค่า F 0.438	0.781	ไม่แตกต่าง
10,001-20,000 บาท	26	4.08	0.89			
20,001-30,000 บาท	20	4.13	0.74			
30,001-40,000 บาท	25	4.09	0.85			
มากกว่า 40,000 บาท	12	4.23	0.54			
ร่างกายข้างที่ได้รับผลกระทบ						
อ่อนแรงข้างถนัด	57	4.17	0.79	ค่า F 0.107	0.915	ไม่แตกต่าง
อ่อนแรงข้างไม่ถนัด	43	4.15	0.71			

การทดสอบตามสมมติฐานข้อที่ 2 ผลการทดสอบพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ดังตารางที่ 9

ตาราง 9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ระดับการสนับสนุน ทางสังคมจาก ครอบครัว	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ					
	n	\bar{X}	SD	ค่า T	p-value	แปลผล
สูง	51	4.47	0.70	4.553	0.000*	แตกต่าง
ต่ำ	49	3.84	0.68			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อตอบจุดมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 3 และ 4

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และเพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งการวิจัยระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยต่อยอดจากการวิจัยระยะแรก โดยนำข้อค้นพบของการวิจัยระยะที่ 1 เกี่ยวกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาใช้ในการสร้างกิจกรรมในโปรแกรม ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวนำมาใช้เป็นตัวแปรกำกับในการวิจัยระยะที่ 2 และกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกับการวิจัยในระยะที่ 1 ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมวิจัย และจำแนกกลุ่มด้วยวิธี random assignment โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อทดสอบสมมติฐาน

1. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่รับโปรแกรมและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับการวิจัยในระยะที่ 1 จำนวน 58 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 28 คน โดยวิธี random assignment และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

จากตารางที่ 10 ผลวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) กลุ่มทดลอง มีลักษณะดังนี้ ปัจจัยด้านเพศ มีเพศชาย 14 คน (50%) และเพศหญิง 14 คน (50%) ปัจจัยด้านอายุ ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31 – 60 ปี 18 คน (64.3%) และอายุมากกว่า 60 ปี 8 คน (28.6%) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานสมรส 13 คน (46.4%)

ปัจจัยการศึกษา ระดับปริญญาตรี 16 คน (57.1%) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล 25 คน (89.3%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีระยะเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 เดือน 25 คน (89.3%) ปัจจัยลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส 13 คน (46.4%) จำนวนเท่ากับอาศัยอยู่กับลูกหลานหรือญาติ 13 คน (46.4%) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท 11 คน (39.3%) และ มากกว่า 40,000 บาท 7 คน (25.0%) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 18 คน (64.3%) โดยมีความดันโลหิตสูง 14 คน (50.0%) ไชมันโนเลือดสูง 9 คน (32.1%) เบาหวาน 7 คน (25.0%) และโรคหัวใจ 3 คน (10.7%) และผู้ป่วยอ่อนแรงร่างกายข้างไม่ถนัดมากกว่าข้างถนัด 19 คน (67.9%)

ส่วนกลุ่มควบคุมมีลักษณะดังนี้ ปัจจัยด้านเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 16 คน (53.3%) และเพศหญิง 14 คน (46.7%) ปัจจัยด้านอายุ ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31 – 60 ปี 16 คน (53.3%) และอายุมากกว่า 60 ปี 13 คน (43.3%) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานสมรส 18 คน (60.0%) ศึกษาในระดับปริญญาตรี 8 คน (26.7%) ซึ่งมีจำนวนเท่ากับประถมศึกษา 8 คน (26.7%) และมัธยมศึกษา/เทียบเท่า 8 คน (26.7%) ใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล 30 คน (100.0%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีระยะเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 เดือน 27 คน (90.0%) ปัจจัยลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส 14 คน (46.7%) รองลงมาคืออาศัยอยู่กับลูกหลานหรือญาติ 12 คน (40.0%) ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท 9 คน (30.0%) รองลงมาคือ มากกว่า 40,000 บาท 8 คน (26.7%) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 20 คน (66.7%) โดยมีความดันโลหิตสูง 15 คน (50.0%) ไชมันโนเลือดสูง 7 คน (23.3%) เบาหวาน 5 คน (16.7%) และโรคหัวใจ 3 คน (10.0%) นอกจากนี้ผู้ป่วยอ่อนแรงร่างกายข้างไม่ถนัดมากกว่าข้างถนัด 16 คน (53.3%)

ตาราง 10 แสดงกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามตามลักษณะทางชีวสังคม

ลักษณะทางชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ				
เพศชาย	14	50	16	53.3
เพศหญิง	14	50	14	46.7
อายุ				
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	2	7.1	1	3.3

ตาราง 10 (ต่อ)

ลักษณะทาง ชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
31 – 60 ปี	18	64.3	16	53.3
มากกว่า 60 ปี	8	28.6	13	43.3
สถานภาพสมรส				
โสด	9	32.1	8	26.7
สมรส	13	46.4	18	60.0
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3	10.7	2	6.7
หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	3	10.7	2	6.7
การศึกษา				
ประถมศึกษา	5	17.9	8	26.7
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	6	21.4	8	26.7
ปริญญาตรี	16	57.1	8	26.7
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.6	6	20.0
สวัสดิการการรักษา				
ใช้สิทธิสวัสดิการการรักษา	25	89.3	30	100.0
ชำระเงินเอง	3	10.7	0	0.0
ระยะเวลาเจ็บป่วย				
ป่วยน้อยกว่า 3 เดือน	25	89.3	27	90.0
ป่วย 3-6 เดือน	3	10.7	3	10.0
ลักษณะการอยู่อาศัย				
อยู่กับคู่สมรส	13	46.4	14	46.7
อยู่กับลูกหลาน/ญาติ	13	46.4	12	40.0
อยู่คนเดียว	2	7.1	4	13.3
ประวัติโรคประจำตัว				
มีโรคประจำตัว	18	64.3	20	66.7
ไม่มีโรคประจำตัว	10	35.7	10	33.3
รายได้				
น้อยกว่า 10,000 บาท	2	7.1	0	0.0
10,001-20,000 บาท	4	14.3	9	30.0
20,001-30,000 บาท	11	39.3	6	20.0

ตาราง 10 (ต่อ)

ลักษณะทาง ชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
30,001-40,000 บาท	4	14.3	7	23.3
มากกว่า 40,000 บาท	7	25.0	8	26.7
ร่างกายข้างที่ได้รับผลกระทบ				
อ่อนแรงข้างถนัด	9	32.1	14	46.7
อ่อนแรงข้างไม่ถนัด	19	67.9	16	53.3

ส่วนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อทดสอบสมมติฐานต่อไปนี้

ระยะสิ้นสุดการทดลองกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent sample t test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากตาราง 11 สามารถวิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมระยะก่อนทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ต่างกันอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = -0.310$, $p = .379$) ในระยะหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = -9.406$, $p = .0005$) ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ตาราง 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	df	p
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
	ก่อนการทดลอง	4.05	0.774	3.99			
หลังการทดลอง	5.32	0.423	4.05	0.592	-9.406*	52.52	0.0005

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. หลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเองจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยการใช้สถิติทดสอบสมมติฐานด้วยค่า T (Pair samples t test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANOVA) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับหรือไม่ได้รับโปรแกรมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. จากตารางที่ 12 อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระยะก่อนการทดลองน้อยกว่าหลังการทดลอง และเมื่อทดสอบสถิติด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t=-15.344, p=0.0005$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระยะก่อนการทดลองน้อยกว่าหลังการทดลอง และเมื่อทดสอบสถิติด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่าภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t=-1.403, p=0.086$)

ตาราง 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม การดูแล สุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=28)					กลุ่มควบคุม (n=30)				
	\bar{X}	S.D.	t	df	p	\bar{X}	S.D.	t	df	p
ก่อนการ ทดลอง	4.05	0.774				3.99	0.591			
หลังการ ทดลอง	5.32	0.423	-15.344*	27	0.0005	4.05	0.592	-1.403	29	0.086

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเปรียบเทียบรูปแบบโปรแกรม (ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรม) และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (ได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงและได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ) พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 5.585$) สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมและได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ($\bar{X} = 3.587$) ดังแสดงในตารางที่ 13

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจำแนกตามรูปแบบโปรแกรม (ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรม) และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวสูง		การสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวต่ำ	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ได้รับโปรแกรม	5.585	0.087	5.012	0.094
ไม่ได้รับโปรแกรม	4.523	0.087	3.587	0.087

ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมและรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ค่า Significance เท่ากับ 0.046 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด .05 นั่นคือปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมและรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจาก

ครอบครัวมีผลกระทบต่อคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จึงไม่สามารถทดสอบ Main effect ได้ ดังแสดงในตารางที่ 14 จึงต้องพิจารณาแต่ละระดับของแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระ (Simple main effect) ต่อไป

ตาราง 14 ผลการทดสอบการได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมและรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีผลกระทบต่อคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F	Sig.
โปรแกรม	1	22.347	22.347	196.439	.000 [*]
โปรแกรม (การสนับสนุนสูง)	1	8.465	8.465	74.406	.000 [*]
โปรแกรม (การสนับสนุนต่ำ)	1	14.148	14.148	124.364	.000 [*]
การสนับสนุนทางสังคม	1	8.212	8.212	72.187	.000 [*]
การสนับสนุน (ได้โปรแกรม)	1	2.283	2.283	20.067	.000 [*]
การสนับสนุน (ไม่ได้โปรแกรม)	1	6.563	6.563	57.694	.000 [*]
โปรแกรม* การสนับสนุนทางสังคม	1	0.476	0.476	4.181	.046 [*]
Error	54	6.143	0.114		
total	57	38.139			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาแต่ละระดับของแต่ละกลุ่มตัวแปรพบว่า ที่ระดับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (sig = .000) โดยผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม (\bar{X} = 5.585) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม (\bar{X} = 4.523) และที่ระดับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (sig = .000) โดยผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม (\bar{X} = 5.012) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม (\bar{X} = 3.587) นอกจากนี้จากผลการทดสอบที่ระดับการได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (sig = .000) โดยผู้ป่วยที่ได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูง (\bar{X} =

5.585) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ ($\bar{X} = 5.012$) และที่ระดับการไม่ได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (sig= .000) โดยผู้ป่วยที่ได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูง ($\bar{X} = 4.523$) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ ($\bar{X} = 3.587$) ดังแสดงในตารางที่ 15

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจำแนกตามการได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมและรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ที่ระดับต่าง ๆ

ระดับ	\bar{X}	S.D.	p
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูง			
ได้รับโปรแกรม	5.585	0.087	0.000 [*]
ไม่ได้รับโปรแกรม	4.523	0.087	
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ			
ได้รับโปรแกรม	5.012	0.094	0.000 [*]
ไม่ได้รับโปรแกรม	3.587	0.087	
ได้รับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง			
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูง	5.585	0.087	0.000 [*]
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ	5.012	0.094	
ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง			
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูง	4.523	0.087	0.000 [*]
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ	3.587	0.087	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์สถิติข้างต้น สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระยะเวลาเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแรง และรายได้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน จึงเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 4 หลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 5 พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่รับโปรแกรมและระดับการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ซึ่งเป็นการวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันประสาทวิทยา โดยการวิจัยระยะแรกเป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการวิจัยในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดก่อนทดลองและหลังทดลอง (The Pretest-Posttest Control group Design) โดยมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งในบทนี้เป็นการนำเสนอสรุปสาระสำคัญของวิธีการวิจัย ผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกัน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง
4. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

5. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่รับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง และระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

จากสมมติฐานการวิจัยสามารถกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ผู้ป่วยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน จากผลวิจัยในระยะที่ 1 จึงทำให้ออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองครั้งนี้มีประสิทธิภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาด้วยโรคของหลอดเลือดสมองในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2564 มีเกณฑ์คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า คือผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 20-80 ปี ไม่มีภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน ไม่เคยได้รับโปรแกรมการฝึกและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เกณฑ์คัดออกคือ ใสสายอาหารทางจมูก (NG tube) ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ มีปัญหาการสื่อสารไม่สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด อ่าน และเขียนหนังสือไม่ได้ (คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน) โดยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมดในช่วงนั้นจำนวน 100 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 ผลจากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน เพื่อป้องกันกรณีมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมสูญหายจากการเข้าร่วม (Dropout) เช่น ขอยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัย เป็นต้น จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Grove et al., 2013) ป้องกันการเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 จำแนกผู้ป่วยเข้ากลุ่มควบคุม (C) 30 คน กลุ่มทดลอง (E) 30 คน โดยวิธี random assignment โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 20-80 ปี ไม่มีภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน ไม่เคยได้รับโปรแกรมการฝึกและการฟื้นฟูร่างกาย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยใสสายอาหารทางจมูก (NG tube) ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ มีภาวะ

บกพร่องในการรู้คิด อ่าน และเขียนหนังสือไม่ได้ (คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน) และมีเกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย อาการทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่คงที่ เสี่ยงเกิดอันตรายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยหากเข้าร่วมกิจกรรมต่อไป และผู้เข้าร่วมการวิจัยขาดการเข้าร่วมกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือใช้ในการวัดตัวแปร

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** เพื่อทราบข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยคำถาม 12 ข้อ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแรง และรายได้

2. **แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ** แบบวัดมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ มีจำนวน 31 ข้อ โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

3. **แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว** แบบวัดมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ มีจำนวน 19 ข้อ โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. **โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง** ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยมีระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ เข้าร่วมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที

2. **แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ** บันทึกการตั้งเป้าหมาย พฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะเป็นผู้บันทึก

วิธีดำเนินการทดลอง

ก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive sampling) เพื่อศึกษาสถานการณ์ระดับของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาด้วยโรคทางหลอดเลือดสมอง ช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2564 ทั้งหมดจำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และแบบสอบถามการ

สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลและนำผลการวิจัยสร้างกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก และกำหนดให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุม (C) 30 คน กลุ่มทดลอง (E) 28 คนด้วยวิธี Random assignment เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้วยแบบสอบถามทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

หลังการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยแบบสอบถามทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจบการทดลอง และดำเนินการวิเคราะห์ผลข้อมูล รายงานสรุปผลการทดลองให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับการวิจัยสังคมศาสตร์ SPSS (Statistical Package for The Science Version 26) เพื่อใช้ทดสอบสถิติที่ใช้ในการตรวจสอบสมมติฐาน

การวิจัยระยะที่ 1

1. หาค่าสถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อใช้อธิบายลักษณะข้อมูลจากแบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแรง และรายได้ ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอกจากนี้ใช้เพื่อหาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2. หาค่าด้วยสถิติพื้นฐานของตัวแปร เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. หาค่าสถิติโดยการใช้สถิติทดสอบด้วยค่า T (Independent samples T test) เพื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มและใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way

ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบมากกว่า 2 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน และระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2

การวิจัยระยะที่ 2

1. หาค่าสถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อใช้อธิบายลักษณะข้อมูลจากแบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแรง และรายได้ ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาค่าสถิติโดยการใช้สถิติทดสอบด้วยค่า T (Independent samples t test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

3. หาค่าสถิติโดยการใช้สถิติทดสอบด้วยค่า T (Pair samples t test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4

4. หาค่าสถิติโดยการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANOVA) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่รับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ตามลำดับ

2. ผู้ป่วยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแรง และรายได้ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยที่ได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

4. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

6. พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่รับโปรแกรมและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การอภิปรายผล

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดสติร่วมกับการกำกับตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดของสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวิตสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง ซึ่งพบว่าสถานการณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก และผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีประสิทธิผล และผลการวิเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

การวิจัยระยะที่ 1

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก ด้านการจัดการความเครียด การรับประทานอาหาร และออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างมากตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของ ปัทิตตา ทรวงโพธิ์ และคนอื่น ๆ (2556) พบว่าผู้สูงอายุที่กลับเป็นซ้ำมีพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลางและดี จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอยู่เดิม (ร้อยละ 84) ที่จำเป็นต้องรับการรักษอย่างต่อเนื่องและเคยได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับจากสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน มีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการดูแลรักษาการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับระยะของโรคเพื่อลดการเป็นซ้ำมากขึ้นจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

สมมติฐานข้อที่ 1 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางชีวสังคมที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายข้างที่อ่อนแรง และรายได้ จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน โดยใช้สถิติทดสอบด้วยค่า T (Independent samples T test) เพื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม

และใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบมากกว่า 2 กลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 ได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน และความสอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

ปัจจัยด้านเพศ พบว่าผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากไม่ว่าเพศหญิงหรือชายผู้ป่วยจะได้รับการรักษาและได้รับการให้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเหมือนกัน ซึ่งทำให้ไม่ว่าหญิงหรือชายก็ได้รับความรู้ด้านสุขภาพและคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองไม่ต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชายในด้านสุขภาพนั้นแม้ว่าการศึกษาลายงานจะพบว่าเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพที่น้อยกว่าเพศชาย แต่ความแตกต่างด้านเพศที่เกี่ยวกับสุขภาพขึ้นอยู่กับตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ครอบครัว พฤติกรรม และจิตสังคม เช่น การเพิ่มขีดความสามารถ ความเครียด การออกกำลังกาย หรือทุนทางสังคม นอกจากนี้ยังแตกต่างกันไปตามระดับของการศึกษา และรสนิยมทางเพศ (Matud, 2017) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ กฤษญา จอดนอก และณิตชาธร ภาโนมัย (2561) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคนอื่น ๆ, 2560) และการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครราชสีมา (กฤษณา คำลอยฟ้า, 2554)

ปัจจัยด้านอายุ พบว่าผู้ป่วยที่มีช่วงอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56 และ 38 ตามลำดับ ซึ่งในปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลความรู้โรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยง รวมถึงแนวทางการสังเกตอาการตนเองและเข้ารับการรักษาทางสื่อต่างๆที่ทุกกลุ่มช่วงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ประกอบกับไม่ว่าผู้ป่วยที่มีอายุเท่าใดมารักษาที่สถาบันประสาทวิทยาจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองเนื่องจากเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่พัฒนามาตั้งแต่เด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ซึ่งการดูแลตนเองถูกพัฒนาอย่างเต็มที่ในวัยนี้ แต่เมื่อเกิดข้อจำกัดจากความรู้ ขาดแรงจูงใจ การกระทำเพื่อดูแลตนเองจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้น (Orem, 1995) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาใน

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคนอื่น ๆ, 2560) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ (กฤษฎา จอดนอก และ นิตชาธร ภาโนมัย, 2561) แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1996, p.68) ที่กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ยิ่งอายุมากขึ้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจะลดลง และต้องพึ่งพาคนรอบข้างหรือผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้นอายุที่ต่างกันจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่างกัน

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากไม่ว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพใดที่มาเข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาจะได้รับข้อมูลการรักษาและการดูแลตนเองเหมือนกันทำให้การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ (กฤษฎา จอดนอก และ นิตชาธร ภาโนมัย, 2561) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคนอื่น ๆ, 2560) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่สมรสมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าสถานะโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในการวิจัยนี้แม้ระดับการศึกษาจะแตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่ต่างกัน ประกอบกับข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองและการรณรงค์ให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการนำเสนอให้กลุ่มผู้ป่วยทุกช่วงการศึกษาสามารถเข้าถึงและเข้าใจได้โดยง่าย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่างกันจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของ กฤษฎา จอดนอก และ นิตชาธร ภาโนมัย (2561) พบว่าปัจจัยการศึกษาไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องเช่นเดียวกับการศึกษาของ ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคนอื่น ๆ (2560) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ต่างกัน

ปัจจัยด้านระยะเวลาเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากไม่ว่าจะมีการเจ็บป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลัน (น้อยกว่า 3 เดือน) ระยะกลาง (3-6 เดือน) หรือระยะเรื้อรัง (มากกว่า 6 เดือน) หากเข้ารับการ

รักษาที่สถาบันประสาทวิทยาผู้ป่วยจะได้รับการให้ข้อมูลแนวทางการดูแลตนเองขณะรับการรักษา และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกัน จึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบึงกาฬ (กฤษฎา จอดนอก และ นิติชาธร ภาโนมัย, 2561) และ สอดคล้องเช่นเดียวกับงานที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคนอื่น ๆ, 2560) แต่ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา คำลอยฟ้า (2554) พบว่าระยะเวลาเจ็บป่วยที่ต่างกันส่งผล ให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้ป่วย เบาหวานที่รู้ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่รู้ว่า ป่วยจากโรคน้อยกว่า 10 ปี

ปัจจัยด้านลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะการอยู่อาศัยต่างกัน คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการดูแลสุขภาพเป็นการกระทำที่ผู้ป่วย ต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่ว่าจะอาศัยอยู่คนเดียวหรืออาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือ ญาติ ๆ จึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาโรงพยาบาลบึงกาฬ ในผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง (กฤษฎา จอดนอก และ นิติชาธร ภาโนมัย, 2561) และ สอดคล้องเช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (กิตติ คุณ แสงสุข และคนอื่น ๆ, 2557) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) พบว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร จินนุทยา (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกใน ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร และหลานมีความพึงพอใจการใช้ชีวิตอยู่ในระดับสูง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่ลำพังมีความ พึงพอใจในการใช้ชีวิตในระดับต่ำสุด (พัชรี คมจักรพันธ์ และ วรณี จันทร์สว่าง, 2553)

ปัจจัยด้านรายได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีรายได้เพื่อการใช้จ่ายดูแลตนเองและมีรายได้เฉลี่ย ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท และ 30,001-40,000 บาท ร้อยละ 26 และ 25 ตามลำดับ ส่วน ใหญ่รายได้มาจากบุคคลในครอบครัวและในกลุ่มผู้ป่วยหลังเกษียณแล้วยังคงมีรายได้จากช่องทาง อื่น เช่น เงินเดือนหลังเกษียณอายุราชการ เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกันจึงมีพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาล บึงกาฬ (กฤษฎา จอดนอก และ นิติชาธร ภาโนมัย, 2561) และสอดคล้องเช่นเดียวกันในผู้ป่วย

โรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง และการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (กฤษณา คำลอยฟ้า, 2554; กิตติคุณ แสงสุข และคนอื่น ๆ, 2557) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และ กิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภูมิ (2559) ซึ่งพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ต่างกันของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านประวัติโรคประจำตัว จากการศึกษาพบว่าประวัติโรคประจำตัวที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84 จึงมักจะได้รับความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพื่อควบคุมโรคประจำตัว ประกอบกับไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหรือไม่มีโรคประจำตัวหากเข้ารับการรักษาก็จะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีโรคประจำตัวจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา สิทธิกัน (2560) พบว่าการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านร่างกายข้างที่อ่อนแรง จากการศึกษาพบว่าร่างกายข้างอ่อนแรงที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากลักษณะอาการของโรคที่หลุดเล็ดสมองผิดปกติโดยส่วนใหญ่จะส่งผลกระทบต่อซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย และความรุนแรงของภาวะอ่อนแรงหรือขาของซีกร่างกายที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งโดยปกติแล้วผู้ป่วยจะคงเหลือร่างกายอีกข้างหนึ่งที่ใช้ทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้ตามปกติ แม้ว่าจะไม่ถนัดหากมีอาการในร่างกายข้างถนัดแต่ยังสามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆเพื่อการดูแลตนเองได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีร่างกายข้างอ่อนแรงที่ต่างกันจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่าภาวะร่างกายอ่อนแรงที่ส่งผลให้เดินได้หรือเดินไม่ได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (กฤษณา จอดนอก และ ณิชชาธร ภาโนมัย, 2561) เนื่องจากโดยปกติแล้วผู้ป่วยอัมพาตที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกายยังช่วยเหลือตนเองเพื่อทำกิจวัตรประจำวันได้ สำหรับผู้ป่วยที่อ่อนแรงแขนขาข้างที่ไม่ถนัด และยังเหลือข้างถนัดที่ดีเป็นปกติก็มักจะมีปัญหาในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวันน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของข้างที่ถนัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการฝึกให้เรียนรู้การใช้ร่างกายข้างที่ไม่ถนัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (จิตติมา แสงสุวรรณ, 2560)

ปัจจัยด้านการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล พบว่ากลุ่มที่ใช้และไม่ใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 75.0 และมีประวัติโรคประจำตัวที่ต้องรักษา ต่อเนื่องในระยะยาวจึงมักเลือกใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพื้นฐานเป็นหลัก ร่วมกับกลุ่ม ตัวอย่างยังประกอบอาชีพและมีรายได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้หรือไม่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลจึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่จำเป็นในการ เลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐาน ได้แก่ มีโรคประจำตัวและลักษณะของความเจ็บป่วย โดย กลุ่มที่มีโรคประจำตัวและและมีระยะการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังจะเลือกใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษา ขึ้นพื้นฐาน (รัชนีบุล น้ำใจดี, 2557)

สมมติฐานข้อที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติทดสอบด้วยค่า T (Independent samples T test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าเป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 2 และสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 ได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการอภิปราย ผลการวิจัยที่เกิดขึ้นตามสมมติฐาน และความสอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวพบว่าระดับสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมในระดับสูงรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ อารมณ์ ข่าวสาร ทักษะการ และการประเมินคุณค่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จึงส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ การ สนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลเนื่องจากช่วยลดการเจ็บป่วย ลดการตาย ลดการ เผชิญกับความเครียด หรือสภาวะที่อันตรายต่อสุขภาพอื่น ๆ รวมถึงสามารถป้องกันผลกระทบของ ความเครียดต่อสุขภาพ โดยการควบคุมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลเพื่อส่งเสริม การดูแลสุขภาพ (House et al., 1988) สอดคล้องกับงานวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรสาธารณสุขกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.012$) โดยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมระดับสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีเป็น 3.64 เท่าของกลุ่มที่อยู่ในระดับปานกลางถึง ต่ำ (กฤษฎา จอดนอก และ นิติชาธร ภาโนมัย, 2561) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ พา ธิมายอม (2554) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวไม่มีบทบาทต่อการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยอัมพาต

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าลักษณะทางชีวสังคมที่ต่างกันไม่มีความแตกต่างใน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับที่

ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปลักษณะทางชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 100 คน ได้ว่าผลของการวิจัยบางส่วนไม่เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยามากที่สุด รองลงมาคือการจัดการความเครียด การรับประทาน อาหาร และการออกกำลังกาย ตามลำดับ ไม่ว่าจะกลุ่มผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว ร่างกาย ข้างที่อ่อนแรง และรายได้ที่ต่างกันล้วนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับในระดับต่ำ ดังนั้นในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสามารถจัดให้ได้ทุกกลุ่มพร้อมกันโดยไม่จำเป็นต้องจำแนกกลุ่มตามชีวสังคม และสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในแต่ละด้านให้เหมาะสมกับระดับของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

การวิจัยระยะที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบด้วยค่า T (Independent samples T test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 และสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ข้อ 3 ได้ โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

สมมติฐานข้อที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบด้วยค่า T (Pair samples t test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 และสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ข้อ 3 ได้ โดยกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4

ผู้วิจัยจึงดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยที่เกิดขึ้นตามสมมติฐานต่าง ๆ และสอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

จากการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ถึง 4 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกสติ ร่วมกับการกำกับตนเองเป็นกระบวนการรูปแบบกิจกรรมกลุ่มที่มีการออกแบบให้สอดคล้องกับ บริบทสภาพแวดล้อม วิธีการเรียนรู้ และศักยภาพของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gray (2020) ที่ ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกสติตามแนวคิดของคาบัต ชินน์ เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวจากโรค หลอดเลือดสมองและเพิ่มศักยภาพความสามารถของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากภาวะโรคหลอดเลือด สมอง รวมถึงช่วยลดระดับความเครียด โดยมีการปรับโปรแกรมการฝึกให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง และงานวิจัยของ Tougas et al. (2015) พบว่าทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคมโดยใช้การกำกับตนเองเป็นกรอบแนวคิดสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา โปรแกรมเพื่อกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคินันท์ อินทรกำแหง และ พิชาดา ประสิทธิ์โชค (2563) พบว่าโปรแกรมจิตวิทยาโดยใช้แนวคิดสติ (Mindfulness) การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) และการกำกับตนเอง (self-regulation) นำมาใช้ ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด

ซึ่งหลักฐานทางสถิติจากผลการทดสอบสมมติฐานยืนยันได้ว่าหลังการทดลอง ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยที่ผลการทดสอบทางสถิติก่อนทดลองผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับและ ไม่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ .05 แสดง ว่าโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่ม ทดลอง ซึ่งลำดับขั้นตอนกิจกรรมมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วย โดยงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดสติและแนวคิดการกำกับตนเองออกแบบกิจกรรมให้ เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพของผู้ป่วยผ่านชุดกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีระยะเวลารวม 5 สัปดาห์ จำนวน 5 ชุดกิจกรรม ได้แก่ กำกับตนเองมุ่งสู่เป้าหมาย เสริมสร้างสติเพื่อสุขภาพ ปรับ...เพื่อเปลี่ยน พฤติกรรม รู้ทัน...พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และกำกับสุขภาพด้วยสติ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอน ของกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มทดลองโดยเริ่มจากกิจกรรม กำกับตนเองมุ่งสู่เป้าหมาย เป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สร้างความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงเรียนรู้ขั้นตอนการกำกับตนเองเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยนำเสนอกรณีผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองที่ประสบความสำเร็จใน การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองผ่านสื่อเพื่อสร้างแรงจูงใจภายในให้กับผู้ป่วยกลุ่มทดลองและ เพื่อให้ฝึกวิเคราะห์การกำกับตนเองจากกรณีตัวอย่าง จากนั้นให้สำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ของตนเองที่ต้องการพัฒนาหรืออยากแก้ไขและฝึกฝนบันทึกสมุดสุขภาพประจำตัวซึ่งเป็นการกำกับตนเองขั้นสังเกตตนเอง (Self-observation) โดยผู้วิจัยชี้แนะเพื่อโน้มน้าวให้อยากแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพ ร่วมกับแจ้งรางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจภายนอกหากผู้ป่วยสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้แล้ว ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ 2 เสริมสร้างสติเพื่อสุขภาพ เป็นกิจกรรมพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพในด้านอาหาร ยา ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อเป็นแนวทางวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมการฝึกสติ เพื่อเสริมสร้างสติซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการกำกับตนเองที่ดียิ่งขึ้นและช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วย นอกจากนี้หลังจบกิจกรรมแต่ละครั้งจะมอบหมายการบ้านฝึกสติต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆที่มีการปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมครั้งนี้โดยให้ความรู้ร่วมกับให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้เกิดความมั่นใจในทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ เมื่อเรียนรู้ทักษะต่างๆแล้วผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนการดูแลตนเองที่ผ่านมาทั้งดีและไม่ดีจากนั้นฝึกวางแผนการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งไว้ซึ่งเป็นการกำกับตนเองขั้นตัดสินตนเอง (Self-judgments) และให้นำเสนอการวางแผนดูแลตนเองเพื่อประเมินความเป็นไปได้และเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถวางแผนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แล้ว ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ 3 ปรับ...เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการฝึกทักษะการกำกับตนเองขั้นตัดสินตนเอง (Self-judgments) โดยให้ผู้ป่วยประเมินแผนการดูแลตนเองที่ผ่านมาพร้อมกับสำรวจอุปสรรคปัญหาที่ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้ จากนั้นผู้วิจัยชี้แนะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางแก้ไขเพื่อกำหนดแนวทางสู่เป้าหมายใหม่และให้ผู้ป่วยฝึกวางแผนใหม่สำหรับเรื่องที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย และการดูแลตนเองที่สำเร็จตามเป้าหมายนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนำผลการดูแลตนเองเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ซึ่งเป็นขั้นหนึ่งของการกำกับตนเองเป็นการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) พบว่าจากใบงานประเมินการกำกับตนเองหากผู้ป่วยดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเสริมแรงด้วยการมอบรางวัลเป็นอุปกรณ์การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยสามารถเลือกอุปกรณ์ที่คิดว่าเหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองต่อไปได้ จากนั้นกิจกรรมที่ 4 รู้ทัน...พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เป็นการติดตามผลการกำกับตนเองของผู้ป่วยซึ่งเป็นการกำกับตนเองขั้นแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) โดยให้ผู้ป่วยประเมินผลการกำกับตนเองเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากนั้นนำเสนอสิ่งที่ภูมิปัญญาในการดูแลตนเองและแบ่งปันปัญหา/อุปสรรคร่วมกับแนวทางแก้ไขปัญหานั้นของแต่ละคน จากกิจกรรม

พบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นสังเกตได้จากการนำเสนอแนวทางในการดูแลตนเองและการแก้ไขปัญหาในการดูแลสุขภาพให้กับตนเอง กิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินลำดับสุดท้ายคือกิจกรรมที่ 5 กำกับสุขภาพด้วยสติ เป็นการทบทวนแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามกระบวนการกำกับตนเอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผลของการฝึกสติต่อการดูแลสุขภาพ ร่วมกับผู้วิจัยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

จากกระบวนการกำกับตนเองที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้และได้ฝึกปฏิบัติในกิจกรรมของโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยเกิดความเปลี่ยนแปลงคือ เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ส่งผลให้สามารถควบคุมการกระทำของตนเองจึงลงมือปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อเปลี่ยนการดูแลตนเองให้ดีขึ้นส่งผลให้มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1991) เชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดจากการเสริมแรงจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการกระทำเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องฝึกฝนและพัฒนาจนนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรม การออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการค้นพบที่ผ่านมาพบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกมีความสำคัญเพราะแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ (Zimmerman, 1989) นอกจากนี้แรงจูงใจยังส่งเสริมความคงทนของพฤติกรรมหากช่วยให้เกิดความพึงพอใจในผลลัพธ์ในพฤติกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ (Kwasnicka et al., 2016) และการกำกับตนเองนั้นเป็นการใช้ทรัพยากรทางจิตใจและจะลดลงจากการใช้ในกระบวนการกำกับตนเอง จากความเครียด ความเหนื่อยล้าร่วมถึงปัจจัยด้านอารมณ์ ดังนั้นการรับมือกับความเครียดและการจัดการกับอารมณ์จะช่วยส่งเสริมกระบวนการกำกับตนเองให้มีความคงทน (Baumeister, 2003) นอกจากนี้กระบวนการกำกับตนเองยังเกี่ยวข้องกับการรับมือกับอุปสรรคที่จะทำให้เบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายที่ต้องการ ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความคงทนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ รูปแบบพฤติกรรมใหม่ ความเครียด และความสามารถในการจัดการอารมณ์ (Hendershot et al., 2011) ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงได้รับการฝึกปฏิบัติสัปดาห์ละครั้งเพื่อให้เกิดความตระหนักและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะปัจจุบันตามแนวคิดของคาบัต ซินน์ (Kabat-Zinn, 1990) เพื่อเสริมสร้างให้กลุ่มทดลองมีความพร้อมทั้งทางจิตใจและทางกายซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ งานวิจัยนี้จึงกำหนดให้มีการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง ทั้ง

ในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มโดยให้ตระหนักรู้เกี่ยวกับลมหายใจที่เข้าออกเป็นกิจกรรมหลักของการฝึกสติ ได้แก่ ฝึกจัดการความคิดผ่านการจดจ่อรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออกโดยไม่คิดตามความคิดที่สอดแทรกเข้ามาเพื่อให้จิตสงบ ฝึกใส่ใจอยู่กับปัจจุบัน (Attention to the present) ผ่านการสำรวจร่างกายเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้สิ่งที่เกิดขึ้นทางกาย โดยกลุ่มทดลองแต่ละคนจะมีความรู้สึกที่แตกต่างกันทั้งความรู้สึกสุขสบายและไม่สุขสบายของร่างกายที่เกิดขึ้นขณะฝึก ซึ่งต้องใช้ความอดทนในการฝึกฝน และฝึกการยอมรับสิ่งที่เป็นปัจจุบัน (Acceptance) ผ่านการสังเกตความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น โดยให้สังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการตัดสินให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ร่วมกับแลกเปลี่ยนสะท้อนความคิดเห็นและความรู้สึกที่เกิดขึ้น นอกจากนี้มีการมอบหมายการฝึกสติต่อเนื่องด้วยตนเองในรูปแบบการบ้าน (Home-Based Daily Mindfulness Practice) โดยมีพื้นฐานกิจกรรมการฝึกสติด้วยตนเองจากงานวิจัยของ Gray (2020) ประกอบด้วย 1) การสำรวจร่างกายของตนเอง (Body Scan Meditation) 2) การฝึกสติในขณะที่เคลื่อนไหว (Mindful Walking Meditation) 3) โยคะ/การเคลื่อนไหวด้วยสติ (Yoga/Mindful Movement Sequent) 4) นั่งสมาธิเจริญสติ (Seated Mindfulness Meditations) และ 5) การทำสมาธิโดยนำด้วยภาพธรรมชาติ (Loving Kindness, imagery-based guided meditations) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีการปรับบริบทให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การฝึกสติต่อเนื่องด้วยตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีรูปแบบในการฝึกการเคลื่อนไหวและการฝึกผ่อนคลายอารมณ์ ได้ฝึกสร้างความรักความเมตตาต่อตนเองท่ามกลางความทุกข์จากภาวะร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนไปหลังป่วยซึ่งการฝึกเมตตาต่อตนเองในท่ามกลางความทุกข์นั้น จิตใจจะพัฒนาความมั่นคงและยอมรับตนเองได้มากขึ้นจนไม่ยึดติดกับความรู้สึกนั้น ผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมการฝึกสติในโปรแกรมมีประสิทธิผลในการร่วมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพหลังจากได้รับการฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมของโปรแกรมโดยจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นหลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมฝึกโปรแกรมรูปแบบกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งและฝึกเองต่อด้วยตนเองในลักษณะเดียวกันกับที่ฝึกปฏิบัติในกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งการฝึกช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้นผ่านการทำงานที่มีปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 3 อย่าง ได้แก่ 1) การควบคุมความสนใจที่เพิ่มขึ้น 2) การควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น และ 3) การเปลี่ยนแปลงความตระหนักในตนเองโดยยึดติดลดลงและมีการรับรู้ร่างกายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งร่วมกันส่งผลให้การกำกับตนเองเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้นตาม (Tang, 2017; Tang, Holzel, et al., 2015) การฝึกสติช่วยลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และเพิ่มการกระตุ้นการทำงานบริเวณสมองหลายส่วนซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ ความจำ การควบคุมอารมณ์ การตระหนักในตนเอง การคิดแบบมุมมองของ

ผู้อื่น สภาวะอารมณ์เชิงบวก และสภาวะอารมณ์ทางสังคมอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา (Davison et al., 2003; Grossman et al., 2004; Hofmann et al., 2010; Holzel et al., 2011; Tang, 2017)

ดังนั้นจากการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมครบทั้ง 5 กิจกรรมในโปรแกรมการฝึกสติ ร่วมกับการกำกับตนเองส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมผลที่พบว่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ซึ่งจะได้รับการติดตามและตรวจประเมินความก้าวหน้าของอาการ รวมถึงได้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยทีมสหวิชาชีพจึงส่งผลให้คะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้น จากการค้นคว้ายังไม่พบการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง แต่พบการวิจัยที่ผ่านมาที่ทำการศึกษาดัวแปรในแต่ละตัวแปรซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าหลังการฝึกสติผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการฝึก (ชูชีพ โพชะจา, 2560) นอกจากนี้การศึกษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าการฝึกสติช่วยลดระดับความดันโลหิต (Intarakamhang et al., 2020) และการศึกษาของ Wan et al. (2016) พบว่าการตั้งเป้าหมายซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของการกำกับตนเองด้วยการติดตามผลทางโทรศัพท์มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสม่ำเสมอของพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ

จึงสรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองให้กระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามที่กำหนดเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพรวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย และการฝึกสติจะเป็นการเสริมทุนทางจิตใจให้เกิดความตระหนักและยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจตามความเป็นจริงในขณะปัจจุบัน ซึ่งการฝึกสตินั้นส่งผลให้กระบวนการกำกับตนเองดีขึ้นและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในองค์ประกอบการจัดการความเครียดที่ดีขึ้น โดยจะเห็นได้ว่าแต่ละแนวคิดที่นำมาใช้ในโปรแกรมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการดำเนินชีวิตและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดี นอกจากนี้การจัดโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองสามารถจัดให้กับผู้ป่วยที่มีชีวิตสังคมที่แตกต่างกันได้ โดยสามารถนำโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ได้มีการศึกษาแล้วว่ามีประสิทธิผลไปประยุกต์ใช้และนำไปศึกษาเพิ่มเติมได้ รวมถึงสามารถนำโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองไปใช้ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใน

สถานพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายดูแลสุขภาพตนเองควบคู่กับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายซึ่งเป็นการพัฒนาจากแนวทางการรักษาแบบเดิม

สมมติฐานข้อที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANOVA) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 และสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ข้อ 4 ได้ โดยพบปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมและรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลกระทบต่อคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ผู้วิจัยได้ดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยที่เกิดขึ้นตามสมมติฐาน และความสอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

จากหลักฐานทางสถิติจากผลการทดสอบสมมติฐานยืนยันได้ว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งจากผลการศึกษาศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากคนภายในครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และการประเมินคุณค่าร่วมกับการได้รับโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเองขณะเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยทั้งในด้านอาหาร ออกกำลังกาย ยา และการจัดการความเครียด สังเกตได้จากหลังการทดลองพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงมีคะแนนสูงกว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และถึงแม้ในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมแต่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงพบว่ามีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 จากการค้นคว้ายังไม่พบงานวิจัยที่ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 ตัวโดยตรง แต่พบว่ามีผลสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่ทำการศึกษาตัวแปรในแต่ละตัวซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการลดผลกระทบด้านลบรวมถึงส่งเสริมความผาสุกทาง

อารมณ์ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและคนรอบข้างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเองที่สูงขึ้นและยังส่งผลต่อสุขภาพของผู้ที่ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ตามลำพังไม่มีครอบครัวอยู่ใกล้ๆ มีความเสี่ยงที่จะรู้สึกโดดเดี่ยว มีความนับถือตนเองต่ำ มีความเป็นอยู่ที่ไม่ดี รวมไปถึงการมีสุขภาพที่ไม่ดีตามมา (Lamont et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเพิ่มความเสี่ยงเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายมากขึ้นถึง 1.6 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับในระดับสูง (Ikeda et al., 2008) และจากการศึกษาของ Elloker & Rhoda (2018) พบความสัมพันธ์สำคัญระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าร่วมในสังคมหลังป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการพักผ่อน รวมถึงความสามารถกลับไปทำงานหลังจากป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Butsing et al. (2019) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรด้านสุขภาพในระดับสูงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่นอกเหนือจากการฟื้นฟูทักษะการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแล้วควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมให้การสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยควบคู่ไปกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพเพราะด้วยสถานการณ์ที่ตึงเครียดอันเนื่องมาจากความทุพพลภาพของผู้ป่วยและเพื่อคุณภาพชีวิตการเป็นอยู่ที่ดีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพราะทั้งการส่งเสริมทักษะการเคลื่อนไหวและการสนับสนุนทางสังคมล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสำหรับตัวแปรการได้รับหรือไม่ได้โปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพพบว่าสอดคล้องเช่นเดียวกับการศึกษาของ สุปราณี พรหมสุชนันท์, สุธรรม นันทมงคลชัย, กวรรรณ ยอดไม้, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ (2564) พบว่าโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวในการออกแบบโปรแกรมพบว่าทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงรับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ และรับรู้อุปสรรค ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในทางที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับโปรแกรม เพราะการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวด้วยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเอง การพูดคุยกันภายในครอบครัว และสมาชิกครอบครัวเข้าใจวิธีดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีตามมา

จึงสรุปได้ว่าพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่ได้รับ โปรแกรมและรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลกระทบต่อคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ ดังนั้นในการจัดโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองจึงควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และการประเมินคุณค่าขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยข้างต้นสามารถให้ข้อเสนอที่สำคัญในเชิงปฏิบัติแก่หน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

1. จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถให้การดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยทุกกลุ่มชีวสังคมได้เหมือนกัน และควรส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่างๆ ซึ่งได้แก่ ด้านอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจหรือความห่วงใยแก่ผู้ป่วย ด้านข้อมูลข่าวสารโดยการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านทรัพยากร เช่น การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาหรือการช่วยเหลือด้านสิ่งของเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย เป็นต้น และด้านประเมินคุณค่าโดยการให้การประเมินความสามารถและการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในขณะเข้ารับการรักษาทันทีภายในโรงพยาบาล

2. จากผลการวิจัยระยะที่ 2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพสามารถนำโปรแกรมหรือกิจกรรมภายในโปรแกรมไปใช้เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะเข้ารับการรักษาทันทีภายในโรงพยาบาล นอกจากนี้จากผลการวิจัยในระยะที่ 2 เพื่อให้การนำโปรแกรมไปใช้เกิดประสิทธิผลสูงสุดควรส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนผู้ป่วยในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และด้านการประเมินคุณค่าในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีภายในโรงพยาบาล

3. สามารถนำโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองจากการศึกษาครั้งนี้ไปขยายผลโดยการจัดกิจกรรมและดำเนินการทดลองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4. ผลการวิจัยครั้งนี้ทำภายใต้บริบทการศึกษาภายในสถานพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล หากพิจารณานำโปรแกรมและกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในบริบทอื่น ๆ ควรพิจารณาและตั้งข้อสังเกตเพิ่มเติมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยข้างต้นสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปในการต่อยอดได้ในอนาคตดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดภาวะโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ดังนั้นงานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการทดสอบความคงทนของผลที่เกิดจากโปรแกรม โดยการวัดซ้ำหลังจากที่จบการทดลองโปรแกรม รวมถึงอาจมีการติดตามในระยะยาวควบคู่ไปกับประวัติการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม

2. สามารถนำองค์ความรู้จากการศึกษาครั้งนี้ไปต่อยอดการวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้ที่มีประสบการณ์เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมในโปรแกรมต่อไป รวมถึงการต่อยอดการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน ระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน และการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นงานวิจัยครั้งต่อไปสามารถทำการศึกษาแยกกลุ่มระดับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมและการพัฒนาชุดกิจกรรมต่อไป

4. เนื่องจากผลของการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ดังนั้นงานวิจัยครั้งต่อไปมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการขยายผลจัดกิจกรรมให้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มเติม

บรรณานุกรม

- Adiyasa, R. P., & Cruz, B. G. M. (2020). The Correlation Between Self-Care Behavior and The Self-Efficacy of Hypertensive Adults. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic*, 5(1), 44-50.
- American Stroke Association. (2019). LIFE AFTER STROKE GUIDE. https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/life-after-stroke/life-after-stroke-guide_7819.pdf?la=en
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287.
- Baumeister, R. F. (2003). Ego Depletion and Self-Regulation Failure: A Resource Model of Self-Control. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 27(2), 281-284.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bodhi, B. (2011). What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 19-39.
- Butsing, N., Tipayamongkhogul, M., Ratanakorn, D., Suwannapong, N., & Bundhamcharoen, K. (2019). Social support, functional outcome and quality of life among stroke survivors in an urban area. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 13.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide*. Atlanta, GA.
- Daniel, K., Wolfe, C. D. A., Busch, M. A., & McKeivitt, C. (2009). What Are the Social Consequences of Stroke for Working-Aged Adults? *Stroke*, 40(6).
- Daranee Anantasaran. (2016). Effects of health care promoting program on self-care behavior and blood pressure level among older adults with uncontrolled hypertension in Langsuan Municipality, Chumporn province. *Medical Journal*, 30(4), 299-311.
- Davison, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Elloker, T., & Rhoda, A. J. (2018). The relationship between social support and participation in stroke: A systematic review. *Afr J Disabil*, 7, 357.
- Frieden, T. R. (2014). Six Components Necessary for Effective Public Health Program Implementation. *American Journal of Public Health*, 104(1), 17-22.

- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gordon, N. F., Gulanick, M., Costa, F., Fletcher, G., A., F. B., Roth, E. J., & Shephard, T. (2004). Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. *Stroke*, *35*(5), 230-1240.
- Gray, L. A. (2020). Living the Full Catastrophe: A Mindfulness-Based Program to Support Recovery from Stroke. *Healthcare*, *8*(4).
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, S. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35-43.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. St. Louis, MO: Elsevier.
- Gunaratana, B. H. (2011). *Mindfulness in Plain English* (20th Anniversary Edition (Anniversary)). Somerville, MA: Wisdom Publications.
- Hauke, G. (2005). Self-regulation and Mindfulness. *European Psychotherapy*, *6*(1).
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *6*(1).
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(2), 169-183.
- Holzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci*, *6*(6), 537-559.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science (New York, N.Y.)*, *241*(4865), 540-545.
- Huffman, J. C., Mastromauro, C. A., Boehm, J. K., Seabrook, R., Fricchione, L. G., Denninger, J. W., & Lyubomirsky, S. (2011). Development of a Positive Psychology Intervention for Patients with Acute Cardiovascular Disease. *Heart International*, *6*:e14.
- Ikeda, A., Iso, H., Kawachi, I., Yamagishi, K., Inoue, M., Tsugane, S., & Group, J. S. (2008). Social support and stroke and coronary heart disease: the JPHC study cohorts II. *Stroke*, *39*(3), 768-775.
- Intarakamhang, U., Macaskill, A., & Prasittichok, P. (2020). Mindfulness interventions reduce blood pressure in patients with non-communicable diseases: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, *6*(4).
- Johansson, B., Bjuhr, H., & Rönnbäck, L. (2012). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain Injury*, *26*(13-14), 1621-

1628.

- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind*. New York, NY: DELTA.
- Koenig, K. L., Whyte, E. M., Munin, M. C., O'Donnell, L., Skidmore, E. R., Penrod, L. E., & Lenze, E. J. (2007). Stroke-Related Knowledge and Health Behaviors Among Poststroke Patients in Inpatient Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 88*(9), 1214-1216.
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review, 10*(3), 277-296.
- Lamont, R. A., Calitri, R., Mounce, L. T. A., Hollands, L., Dean, S. G., Code, C., . . . Tarrant, M. (2022). Shared social identity and perceived social support among stroke groups during the COVID-19 pandemic: Relationship with psychosocial health. *Appl Psychol Health Well Being*.
- Lennon, S., McKenna, S., & Jones, F. (2013). Self-management programmes for people post stroke: A systematic review. *Clinical Rehabilitation, 27*(10), 867-878.
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clin Psychol Rev, 51*, 48-59.
- Love, M. F., Sharrief, A., Chaoul, A., Savitz, S., & Beauchamp, J. E. S. (2019). Mind-Body Interventions, Psychological Stressors, and Quality of Life in Stroke Survivors. *Stroke, 50*(2), 434-440.
- Macaskill, A. (2016). Review of Positive Psychology Applications in Clinical Medical Populations. *Healthcare, 4*(3).
- Majersik, J. J., & Woo, D. (2020). The enormous financial impact of stroke disability. *Neurology, 94*(9), 377-378.
- Mann, T., Ridder, D. d., & Fujita, K. (2013). Self-regulation of health behavior: Social psychological approaches to goal setting and goal striving. *Health Psychology, 32*(5), 487-498.
- Matud, M. P. (2017). Gender and Health. *Gender Differences in Different Contexts, 57-76*.
- Nejati, S., Zahiroddin, A., Afrookhteh, G., Rahmani, S., & Hoveida, S. (2015). Effect of Group Mindfulness-Based Stress-Reduction Program and Conscious Yoga on Lifestyle, Coping Strategies, and Systolic and Diastolic Blood Pressures in Patients with Hypertension. *The Journal of Tehran University Heart Center, 10*(3), 140-148.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice* (fifth). St. Louis: Mosby.
- Parappilly, B. P., Field, T. S., Mortenson, W. B., Sakakibara, B. M., & Eng, J. J. (2019). Determinants Influencing the Prestroke Health Behaviors and Cardiovascular Disease Risk of Stroke Patients:

- A Cross-Sectional Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*.
- Parke, H. L., Epiphaniou, E., Pearce, G., Taylor, S. J. C., Sheikh, A., Griffiths, C. J., . . . Pinnock, H. (2015). Self-Management Support Interventions for Stroke Survivors: A Systematic Meta-Review. *Plos One*, *10*(7).
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3 th ed.): Stamford, Conn. : Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed): Pearson.
- Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., . . . Webber, D. E. (2017). Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke. *Journal of the American Heart Association*, *6*(9).
- Rockville. (2020, December 21). About the Effective Health Care Program. <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/about>
- Saunders, D. H., Sanderson, M., Hayes, S., Johnson, L., Kramer, S., Carter, D. D., . . . Mead, G. E. (2020). Physical Fitness Training for Stroke Patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Schunk, D. H., & Zimmerman, B. J. (1997). Social origins of self-regulatory competence. *Educational Psychologist*, *32*(4), 195-208.
- Stroke Association. (2012). Blood-thinning medication after stroke. https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/blood-thinning_medication_after_stroke.pdf
- Stroke Foundation. (2009). FACT SHEET COPING WITH STRESS AFTER STROKE. https://www.stroke.org.nz/sites/default/files/inline-files/Coping%20with%20stress%20after%20stroke_0.pdf
- Stroke Foundation. (2016). FACT SHEET STROKE AND MEDICATION. <https://www.stroke.org.nz/sites/default/files/inline-files/Medication%20and%20stroke%20fact%20sheet%204%20pages%20print%20version.pdf>
- Stroke recovery association. (2011). Psychological Effects. <http://www.strokensw.org.au/wp-content/uploads/2015/04/Psychological-Effects-of-Stroke.pdf>
- Tang, Y. Y. (2017). Mindfulness Meditation and Behavior Change *The Neuroscience of Mindfulness Meditation* (Chapter 5 pp. 35-44).
- Tang, Y. Y., Holzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci*, *16*(4), 213-225.
- Tang, Y. Y., Posner, M. I., Rothbart, M. K., & Volkow, N. D. (2015). Circuitry of self-control and its role in reducing addiction. *Trends Cogn Sci*, *19*(8), 439-444.

- Tougas, M. E., Hayden, J. A., McGrath, P. J., Huguet, A., & Rozario, S. (2015). A Systematic Review Exploring the Social Cognitive Theory of Self-Regulation as a Framework for Chronic Health Condition Interventions. *Plos One*, *10*(8).
- Wan, L.-H., Zhang, X.-P., Mo, M.-M., Xiong, X.-N., Ou, C.-L., & Zhang, M. (2016). Effectiveness of Goal-Setting Telephone Follow-Up on Health Behaviors of Patients with Ischemic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *25*(9), 2259-2270.
- Wang, M., Liao, W., & Chen, X. (2019). Effects of a Short-term Mindfulness-Based Intervention on Comfort of Stroke Survivors Undergoing Inpatient Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, *44*(2), 78-86.
- Wathugala, M., Saldana, D., Juliano, J. M., Chan, J., & Liew, S.-L. (2019). Mindfulness Meditation Effects on Poststroke Spasticity: A Feasibility Study. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, *24*, 1-7.
- Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2013). Self-care in health: we can define it, but should we also measure it? *SelfCare*, *4*(5), 101-106.
- Wei, J. W., Wang, J.-G., Huang, Y., Liu, M., Wu, Y., Wong, L. K. S., . . . Anderson, C. S. (2010). Secondary Prevention of Ischemic Stroke in Urban China. *Stroke*, *41*(5), 967-974.
- Weidner, G., Sieverding, M., & Chesney, M. A. (2015). The role of self-regulation in health and illness. *Psychology, Health & Medicine*, *21*(2), 135-2137.
- World Health Organization. (2005). WHO STEPS stroke manual : the WHO STEPwise approach to stroke surveillance / Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization. In. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: n.p.
- World Stroke Organization. (2019). Annual Report 2019. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_2019_Annual_Report_online.pdf
- World Stroke Organization. (2020a). Annual Report 2020. In. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2020_online.pdf
- World Stroke Organization. (2020b). Learn about stroke. <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters/learn-about-stroke>
- YUKI, T., & KUDO, M. (2011). Factors Related to Continuation of Health Behaviours among Stroke Survivors. *Journal of the Japanese Physical Therapy Association*, *14*(1), 1-11.
- Zimmerman, B. J. (1989). Models of Self-Regulated Learning and Academic Achievement. *Springer Series in Cognitive Development*, 1-25.

- กรมสุขภาพจิต. (2555). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กฤษฎา จอดนอก, และ นิติชาธร ภาโนมัย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. สมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 13(2), 38-55.
- กฤษณา คำลอยฟ้า. (2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 17(1), 17-30.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563. In. <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2563.pdf> กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กองสุศึกษา. (2556). แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับจังหวัด ความหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). พฤติกรรมสุขภาพในการเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.
- กัลยารัตน์ รอดแก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือดูแลกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน น้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน. (ปริญญา นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติคุณ แสงสุวรรณ. (2560). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ขอนแก่น: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิรวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. (ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, วีณัส ลิฬหกุล, และ ทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2018). The Effects of Recurrent Prevention Program for Stroke Patients at a Tertiary Level Hospital in Nakhon Pathom Province. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 17(1), 5-18.

- ชญาภา สุนันทชัยกุล. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลลำปาง. (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- ชูชีพ โพชะจา. (2560). การเจริญสติเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลี้จังหวัดลำพูน. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 135-145.
- ดารุจ อนิวรรณพนงศ์. (2561). ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(4).
- ดวงพร กตัญญูตานนท์, วัชณีย์ จันทร์ปัญญา, สุธิธิดา ปาเป้า, เสาวณี เบ้าจันทรวง, ธรรพร น้อยเปรม, สาวิกา พาลี, และ จันทร์เพ็ญ แสงจันทร์. (2560). พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีนอนามัยแห่งหนึ่ง ในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(2), 53-62.
- ธวัชชัย กฤษณะประกกรกิจ, สมจิตร์ ห่องบุตรศรี, และ ผ่องพรรณ กฤษณะประกกรกิจ. (2552). สมานิบำบัดทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, วันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, และ ยงชัย นิละนนท์. (2557). ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน. พยาบาลสาร, 41, 61-71.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง (2) (Vol. 2.2).
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). หลักการวิจัยเบื้องต้น (3). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุษราคัม คาบเพชร. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ปติตตา ทรวงโพธิ์. (2561). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ. สมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 13(2), 56-67.
- ปติตตา ทรวงโพธิ์, ประสบสุข ศรีแสนปาง, และ เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2556). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ. สมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 8(4), 9-25.
- ประภาพร จินันท์ยา. (2536). คุณภาพผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์. (2559). การศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2560-2564. (2560). (ก. ส. กรมควบคุมโรค Ed.). กรุงเทพฯ: อิมชั่นอาร์ต.
- ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลศิริราช. (2560). โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/shnd/admin/download_files/12_31_1HCoNBq.pdf

- พรทิพย์ฟ้า ธิมายอม. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่มีความพิการทางการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- พัชรี คมจักรพันธ์, และ วรณิ จันทร์สว่าง. (2553). การศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน. พศุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 11(3), 1-11.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ, ศรีเมือง พลังฤทธิ์, สุรศักดิ์ บุญตรีเวทย์, นดิมา ดิยาวี, และ จรรยา ภัทรอาชชาชัย. (2561). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ประสิทธิภาพของการฝึกสติ สมาธิ และการตระหนักรู้คิดใคร่ครวญในผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือด. ธรรมชาติศาสตร์เวชสาร, 18(1), 79-92.
- ภัทรา วัฒนพันธ์, นลินทิพย์ ดำนานทอง, และ ญัฐเศรษฐ์ มณีนากร. (2546). การศึกษาความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลศรีนครินทร. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ, 13(1), 25-33.
- มัณฑุมาส มัญจาวงษ์. (2562). โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. สหประชากรมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 18(1), 59-74.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2560). สร้างสุขด้วยสติในองค์กร (*Mindfulness in Organization: MIO*) (4). กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิง.
- รัชนิบูล น้ำใจดี. (2557). การเลือกใช้สิทธิการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. วิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 25(2), 74-82.
- รัฐกานต์ ขำเขียว, และ ชนิดา มัททวงกูร. (2018). การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้และไม่ได้ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไกรในจังหวัดนนทบุรี. ควบคุมโรค, 44(2), 130-144.
- วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. (2550). ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขานูรลักษณ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร. พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1, 82-83.
- วาสนา สิทธิกัน. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิไลพร พุทธวงศ์, วิโรจน์ กิตติพิชัย, ทศนัย ศิลาวรรณ, และ โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์. (2557). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา. สาธารณสุขศาสตร์, 44(1), 30-45.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2559). คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพาต อัมพฤกษ์)สำหรับประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2562). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- สมจิตร เสริมทองทิพย์. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็น

- เบาหวาน. (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สมโภชน์ เขียมสุภาชิต. (2550). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, และ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). ชุดรูปแบบบริการในการป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังสำหรับสถานบริการ (CVD CKD detection and prevention control Package). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส, และ จรียา วิรุฬราช. (2550). โรคหลอดเลือดสมอง: การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย. *พยาบาลสาธารณสุข, 21(3)*, 80-93.
- สุจิตรา คุ่มสะอาด, วิณา เทียงธรรม, และ เพลินพิศ สุวรรณอำไพ. (2560). ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาธารณสุข, 31*, 13-26.
- สุปรานี พรหมสุพันธ์, สุธรรม นันทมวงคชชัย, กวรรรณ ยอดไม้, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2564). ผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัว ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. *วิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 37(1)*, 77-87.
- สุพิณญา คงเจริญ, ชดช้อย วัฒนะ, และ อธิษฐ ห่านรัตติย์. (2013). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อลดความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร, 40(1)*, 23-33.
- สุภัทรา ผิวขาว, ชนกพร จิตปัญญา, และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก. *มฉก.วิชาการ, 21(41)*, 123-136.
- สุภาภรณ์ นากลาง, และ มณฑล ทองนิตย์. (2559). ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 10(1)*, 62-69.
- สุธีพร แสงสุวรรณ, วรณิภา อัครชัยสุภิกรม, และ พรนภา หอมสินธุ์. (2554). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *คณะพยาบาลศาสตร์, 19(3)*, 54-64.
- เสาวนีย์ วรรณะออบ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2012). แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 18(3)*, 372-388.
- อรพินทร์ ชูชม. (2545). การวิเคราะห์รายข้อ เอกสารคำสอนวิชา วป502 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, และ กิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณบุญ. (2559). การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 9(2)*, 331-338.

อังศินันท์ อินทรกำแหง, และ พิชาดา ประสทธิโชค. (2563). โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การวิเคราะห์ห่อภิมาน. *Newton Fund*.

เชื้อมพร สกุลแก้ว. (2551). 5 โรคร้ายคร่าชีวิตคนไทย โรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ.







รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและแบบวัด
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารยา เขียงทอง มหาวิทยาลัยนวมินทราชดิราชคณะ
พยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
2. อาจารย์ ดร. พิษขาดา ประสิทธิ์โชค มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์ชัยยุทธ โคตะรักษ์ สถาบันประสาทวิทยา



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบโปรแกรมการฝึกสดีร่วมกับการกำกับตนเอง

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารยา เขียงของ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชคณะ
พยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
2. อาจารย์ ดร. พิษขาดา ประสทธิโชค มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์ชัยยุทธ โคตะรักษ์ สถาบันประสาทวิทยา





ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1.แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
- 2.แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
- 3.โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการทำกับตนเอง

5. สิทธิการรักษา

1. สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ 2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท
3. ประกันสังคม 4. ชำระเงินเอง
5. อื่น ๆ ระบุ.....

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย

1. น้อยกว่า 3 เดือน 2. 3 – 6 เดือน
3. มากกว่า 6 เดือน

7. ลักษณะการอยู่อาศัย

1. อยู่กับคู่สมรส 2. อยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่น ๆ
3. อยู่คนเดียว 4. อื่น ๆ ระบุ.....

8. ประวัติโรคประจำตัว

1. มี (ระบุในข้อ 9) 2. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 10)

9. โรคประจำตัว

1. โรคหัวใจ 2. ความดันโลหิตสูง
3. ไ้มนในเลือดสูง 4. เบาหวาน
5. อื่น ๆ ระบุ.....

10. ร่างกายข้างที่อ่อนแรง

1. ซ้าย 2. ขวา

11. มือข้างถนัด

1. ซ้าย 2. ขวา

12. รายได้

1. น้อยกว่า 10,000 บาท 2. 10,001 - 20,000 บาท
3. 20,001 – 30,000 บาท 4. 30,001 – 40,000 บาท
5. มากกว่า 40,001 บาท

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเอง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความเหล่านี้ว่าตรงกับพฤติกรรมของท่านเพียงใดแล้วเลือกคำตอบโดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องจาก **ปฏิบัติมากที่สุด** จนถึง **ไม่เคยปฏิบัติเลย** เพียงช่องเดียว

ข้อความ	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
1. ดัชนีรับประทานอาหารเช้า ละวันให้ครบ 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว หรือแป้ง เนื้อสัตว์ ไข่ ผักผลไม้ และไขมัน						
2. ดัชนีหลีกเลี่ยงการเติม เครื่องปรุง เช่น ซีอิ๊ว น้ำปลา หรือน้ำปลาพริกในอาหารที่ ทางโรงพยาบาลจัดให้						
3. ดัชนีรับประทานอาหารหรือ ขนมหวานที่ทำจากกะทิ ข้าว แป้ง น้ำตาลสูงนอกเหนือจาก อาหารที่ทางโรงพยาบาล จัดเตรียมให้ เช่น ลอดช่อง ไอศกรีม เป็นต้น						

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ มากที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
4. จัดเลือกค้มน้ำเปล่าแทน การค้มเครื่องค้มที่มีรสหวาน						
5. ฉ้นเลือกรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติ						
6. ฉ้นรับประทานอาหารที่มี ญาติซื้อมาให้ตามความชอบ ของตนเอง โดยไม่คำนึงถึง ปัญหาสุขภาพหรือโรค ประจำตัว						
7. ฉ้นรับประทานอาหารเท่าที่ ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมให้ ทุกมื้อ โดยไม่หามาเพิ่ม						
8. ฉ้นรับประทานอาหารในแต่ ละมื้อจนรู้สึกพอกอิ่มแล้วหยุด						
9. ฉ้นหลีกเลี่ยงการบริโภคผัก และผลไม้ในแต่ละมื้อที่ทาง โรงพยาบาลจัดเตรียมให้						
10. ฉ้นหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารประเภทผัด และทอด เช่น ผัดซีอิ้ว ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด ก๋วยทอด เป็นต้น						

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
ที่หามาเพิ่มนอกเหนือจาก อาหารที่ทางโรงพยาบาล จัดเตรียมให้						
11. ฉันเคลื่อนไหวหรือออก กำลังกายด้วยตนเองต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง						
12. ฉันเคลื่อนไหวหรือออก กำลังกายด้วยตนเองจนพอ รู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยสัปดาห์ ละ 5 วัน						
13. ฉันบริหารร่างกายเพื่อเพิ่ม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยอาศัยแรงต้านจากน้ำหนัก ร่างกายตัวเอง หรือใช้อุปกรณ์ เช่น กุญทราย ยางยืด เป็นต้น						
14. ฉันออกกำลังกายด้วยการ ยืดเหยียด เพื่อเพิ่มความ ยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ						
15. ฉันจะออกกำลังกาย เฉพาะเมื่อมีคนมาบอกให้ฉัน ต้องทำ						
16. ฉันเลือกการออกกำลังกาย						

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
ที่เหมาะสมกับศักยภาพของ ตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่างกาย						
17. ฉันทออกกำลังกายจนรู้สึก เหนื่อย มีเหงื่อออกเล็กน้อย						
18. ฉันทออกกำลังกายด้วย ตนเอง แม้บางครั้งมีการใช้ ร่างกายข้างที่แข็งแรงพุงช่วย ข้างที่อ่อนแรง						
19. ฉันทยึดกล้ามเนื้อก่อนและ หลังการออกกำลังกาย						
20. ฉันทขอคำปรึกษาจาก บุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับการใช้ยาเมื่อเกิดข้อ สงสัย						
21. ฉันทปรึกษาแพทย์หรือเภสัช กร เมื่อต้องการรับประทาน วิตามิน หรือยาที่ นอกเหนือจากแพทย์สั่ง						
22. ฉันทรับประทานยาตรงตาม เวลาที่แพทย์สั่ง โดยไม่ต้องมี คนคอยเตือน						

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
23. เมื่ออาการเจ็บป่วยทุเลา ฉันหยุดรับประทานยาเองโดย ไม่ปรึกษาแพทย์						
24. ฉันรับประทานยาเพิ่มเติม จากแพทย์สั่งตามคำโฆษณา เพื่อหวังช่วยให้อาการดีขึ้น						
25. ฉันเลือกรับประทานยา เพียงบางชนิดจากทั้งหมดที่ แพทย์สั่ง เนื่องจากกังวลใน ผลข้างเคียงของยา						
26. หากเกิดอาการผิดปกติ หลังจากรับประทานยา ฉันจะ ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร						
27. ฉันตรวจสอบความถูกต้อง ของจำนวน และชนิดของยาที่ ต้องรับประทานในแต่ละครั้ง						
28. ฉันผ่อนคลายความตึง เครียดด้วยการทำงานอดิเรกที่ ชอบอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน						
29. ฉันทำกิจกรรมเพื่อการ ผ่อนคลายตามศักยภาพของ						

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ มากที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
ตนเอง เช่น ฟังเพลง ฟឹก ควบคุมการหายใจ และฝึก สมาธิ เป็นต้น						
30. ฉันพยายามทำกิจกรรมที่ เกินความสามารถของตนเอง จนรู้สึกเหนื่อย กังวล หรือท้อ						
31. ฉันจัดสรรเวลาสำหรับ กิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย ให้กับตนเอง						

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามเหล่านี้ว่าตรงกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของท่านเพียงใดแล้วเลือกคำตอบ โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องจาก **จริงที่สุด** จนถึง **ไม่จริงเลย** เพียงช่องเดียว

ข้อคำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1. ฉันได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก ครอบครัวเป็นอย่างดีเสมอในการ ดูแลสุขภาพตนเอง						
2. ครอบครัวไม่ค่อยสนใจพูดคุย กับฉันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ						

ข้อคำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
3. ครอบครัวแสดงความชื่นชมที่ ฉันสามารถดูแลสุขภาพของ ตนเองได้						
4. ครอบครัวทำให้ฉันรู้สึกว่าการ ดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่ดีต่อ ฉัน						
5. ครอบครัวมักทำให้ฉันคิดว่าฉัน เป็นภาระแก่พวกเขา						
6. ครอบครัวช่วยให้ฉันรู้สึกสบาย ใจขึ้นเมื่อฉันอยู่ในภาวะเครียด จากการดูแลสุขภาพตนเอง						
7. ครอบครัวให้กำลังใจในความ พยายามของฉันในการฟื้นฟู สุขภาพตนเอง						
8. ครอบครัวให้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ฉัน						
9. ครอบครัวแนะนำวิธีการดูแล สุขภาพที่เหมาะสมกับอาการป่วย ของฉัน						
10. คนในครอบครัวพร้อมที่จะให้ คำปรึกษาแก่ฉันเมื่อปัญหา สุขภาพเกิดขึ้นกับฉัน						

ข้อคำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
11. ฉันสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพกับคนในครอบครัวได้						
12. ครอบครัวให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของฉัน						
13. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อการดูแลสุขภาพของฉัน เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกาย เป็นต้น						
14. ครอบครัวจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมาให้ฉัน						
15. ครอบครัวสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพของฉัน						
16. คนในครอบครัวช่วยจัดสรรเวลาเพื่อการดูแลสุขภาพของฉัน						
17. คนในครอบครัวช่วยปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ของใช้ต่าง ๆ อำนวยความสะดวกในเพื่อการดูแลสุขภาพของฉัน						
18. คนในครอบครัวคอยตักเตือน						

ข้อคำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
เมื่อฉันมีพฤติกรรมการดูแล สุขภาพที่ไม่เหมาะสม						
19. คนในครอบครัวสามารถ ประเมินสภาพจิตใจของฉันได้ หากส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ						



โปรแกรมฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเอง (ภายใน 5 สัปดาห์)

แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 1

“กำกับตนเองมุ่งสู่เป้าหมาย”

สาระสำคัญ

การสร้างความเข้าใจแนวคิดการกำกับตนเอง และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองหลังป่วยจากโรคเป็นการเสริมสร้างความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่นอกจากนี้ส่งเสริมให้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้นเพื่อควบคุมโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยใช้แนวคิดการกำกับตนเองในขั้นสังเกตตนเองให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้จักวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของตนเองจากข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ นอกจากนี้จัดให้มีการฝึกบันทึกพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในแต่ละวันเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถนำความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลสุขภาพไปวิเคราะห์และวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. เพื่อฝึกทักษะการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย

ขั้นนำ

- 1.วิทยากรแนะนำตนเองและทีมงาน จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแนะนำตนเอง
- 2.วิทยากรเริ่มกิจกรรมด้วยประเด็น “โรคหลอดเลือดสมอง คือ...” ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นดำเนินกิจกรรม

- 1.บรรยายให้ความรู้ผู้เข้าร่วมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตามใบความรู้วิทยากรที่ 1.1)
- 2.สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ด้วยคำถามคือ “การดูแลสุขภาพที่ผ่านมาส่งผลต่อการเจ็บป่วยของตนเองอย่างไร”

3.ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำใบงาน 1.1 ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นเฉลยใบงาน และซักถามข้อสงสัย

4.บรรยายกระบวนการกำกับตนเองในแต่ละขั้นตอน (ตามใบความรู้วิทยากรที่ 1.2) ร่วมกับยกตัวอย่างประกอบ – นำเสนอกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้ผู้เข้าร่วมช่วยกันอธิบายแต่ละขั้นตอนของการกำกับตนเองจากกรณีตัวอย่าง

5.จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมลองสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ผีวิเคราะห์พฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการพัฒนา หรือเปลี่ยนแปลงพร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการพัฒนานั้น ๆ

6.วิทยากรซักถามให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นยกตัวอย่างพฤติกรรมที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น

7.ฝึกลงบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม วิทยากรแจ้งรางวัล หากผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมาย

8.วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมซักถาม

ขั้นสรุป

ทบทวนกิจกรรม และตั้งเป้าหมายพฤติกรรมดูแลสุขภาพรายบุคคลลงในสมุดบันทึกสุขภาพของตนเอง

สื่อ และอุปกรณ์

- 1.คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชาชน
- 2.ใบงาน 1.1 ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง
- 3.สมุดบันทึกสุขภาพ
- 4.คู่มือการฝึกสติ

การประเมินผล

1.สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- 2.ความถูกต้องของการวิเคราะห์ขั้นตอนการกำกับตนเอง
- 3.ความถูกต้องในการลงบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพ
- 4.ใบงาน 1.1 ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง

แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 2

“เสริมสร้างสติเพื่อสุขภาพ”

สาระสำคัญ

เป็นกิจกรรมพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพในแต่ละด้าน ได้แก่ อาหาร ยา ออกกำลังกาย และจัดการความเครียด รวมถึงพัฒนาทักษะการฝึกสติที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองร่วมกับส่งเสริมการฝึกทักษะสติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำทักษะที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยสามารถตัดสินใจวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองให้บรรลุเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งไว้ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพในด้านอาหาร ยา ออกกำลังกาย และจัดการความเครียด
2. เพื่อให้เกิดความตระหนักและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะปัจจุบัน และเพื่อส่งเสริมการฝึกทักษะสติอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อพัฒนาการกำกับตนเองในการตัดสินใจตนเอง

ขั้นนำ

วิทยากรกล่าวทักทาย และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่ากิจกรรมและสิ่งที่ได้ปฏิบัติตลอด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ขั้นดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาหารประเภทใด ควรรับประทาน และอาหารประเภทใดที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตามใบความรู้สำหรับวิทยากรที่ 2.1)
2. วิทยากรนำเสนอเมนูอาหารตัวอย่างผ่านสื่อและให้ผู้เข้าร่วมร่วมกันวิเคราะห์คุณค่าโภชนาการในแต่ละเมนูที่นำเสนอ
3. จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกวิเคราะห์เมนูอาหาร ตามใบงาน 2.1 วิเคราะห์เมนูอาหาร และเฉลยร่วมกัน
4. วิทยากรให้ความรู้การอ่านฉลากอาหาร ฉลากโภชนาการ และฉลากจีดีเอ (GDA) (ตามใบความรู้สำหรับวิทยากรที่ 2.2)
5. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกอ่านข้อมูลจากฉลากโภชนาการ ตามใบงาน 2.2 ฉลากโภชนาการ จากนั้นให้นำเสนอข้อมูลจากฉลากโภชนาการของอาหารที่ผู้เข้าร่วมเลือก

6. แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผ่านคำถาม “หลังจากนี้แต่ละท่านควรปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารอย่างไร”

7. วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการใช้ยาตามฉลากที่แสดงบนซองยา การเก็บยาที่ถูกต้อง ผ่านสื่อประกอบ เช่น ตัวอย่างซองยา เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงวิธีการใช้ยา (ตามใบความรู้สำหรับวิทยากรที่ 2.3)

8. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกอ่านข้อมูลฉลากยาบนซองยา ความแตกต่างของสีซองบรรจุยา และจัดยาให้กับตนเองตามฉลาก เมื่อจัดยาเสร็จเรียบร้อยวิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำเสนอยาที่จัดให้ตนเองว่าในแต่ละมือต้องรับประทานยาอะไรบ้าง

9. วิทยากรบรรยายวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสมรรถภาพของตนเอง วิธีการสังเกตตนเอง สิ่งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำเป็นต้องประเมินตนเองในขณะออกกำลังกายเพื่อความปลอดภัย จากนั้นเป็นการแนะนำรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความสามารถสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละบุคคล (ตามใบความรู้วิทยากรที่ 2.4)

10. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเลือกอุปกรณ์ออกกำลังกายและนำเสนอรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองและคิดว่าสามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน และฝึกประเมินความหนักของการออกกำลังกายของตนเองได้

11. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำใบงาน 2.3 สำรวจความเครียด

12. วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของความเครียด รวมทั้งนำเสนอรูปแบบวิธีการจัดการความเครียดที่สามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (ตามใบความรู้วิทยากรที่ 2.5)

13. จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์นำเสนอวิธีการจัดการอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นในรูปแบบของตนเอง ด้วยคำถาม “เมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ หรือทุกข์ใจเรื่องใด ๆ มีวิธีผ่อนคลายอารมณ์นั้นอย่างไรบ้าง”

14. วิทยากรนำเข้าสู่กิจกรรมการฝึกสติ ด้วยคำถาม “ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเคยมีประสบการณ์การฝึกสติหรือไม่”

วิทยากรนำผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกสติ (ตามใบความรู้วิทยากรฝึกสติครั้งที่ 1)

ขั้นที่ 1 ฝึกจัดการความคิด โดยฝึกหยุดความคิดด้วยการรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออก

ขั้นที่ 2 ฝึกใส่ใจอยู่กับปัจจุบัน (Attention to the present) ผ่านกิจกรรมการสำรวจความรู้สึกทางกาย (Body scan)

ขั้นที่ 3 ฝึกการยอมรับสิ่งที่ เป็นปัจจุบัน (Acceptance) ผ่านกิจกรรมการสังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องประเมินค่าหรือตัดสินความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้น

15. วิทยากรนำผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนสะท้อนความคิดความรู้สึกต่อร่างกายและจิตใจตนเองในขณะปัจจุบัน

16. แจกสมุดคู่มือสติ และวิทยากรนำฝึก “สติขณะเคลื่อนไหว” (mindful walking meditation) ปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบการนั่งที่ช่วยให้สามารถฝึกยกและวางเท้าบนพื้น หรือการฝึกในท่ายืนโดยขยับเท้าแต่ละข้างขึ้นและลง อาจเป็นการวางเท้าด้านแข็งแรงและจินตนาการถึงจังหวะที่เท้าข้างอ่อนแรงขยับ ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกโดย “รู้ลมหายใจของตนเองในขณะที่ทำกิจกรรม และไม่สอดแทรกด้วยอารมณ์”

17. หลังจากฝึกสติแล้ว วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้สึก หลังจากการฝึกสติ และแนะนำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำการฝึกสติไปฝึกในบริบทที่ไม่เฉพาะเจาะจงของชีวิตประจำวัน เช่น เคี้ยวอย่างมีสติ กินอย่างมีสติ ดื่มอย่างมีสติ เดินอย่างมีสติ เป็นต้น

18. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทบทวนการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งดี และไม่ดี จากนั้นนำเสนอพฤติกรรมนั้นร่วมกันวิเคราะห์เหตุผลพฤติกรรมที่ดี ละไม่ดีนั้นส่งผลต่อสุขภาพของตนเองอย่างไร

19. วิทยากรสุ่มเลือกพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ดีที่มีการนำเสนอก่อนหน้านี้ ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันเสนอวิธีเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น

20. ปิดท้ายด้วยให้ผู้เข้าร่วมฝึกวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นำเสนอและร่วมกันอภิปรายแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ว่าสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

ขั้นสรุป

ทบทวนกิจกรรม ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมซักถาม แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้

สื่อ และอุปกรณ์

1. ตัวอย่างอาหารที่ระบุฉลากโภชนาการ
2. ตัวอย่างซองยา และเม็ดยาจำลอง
3. ใบงาน 2.1 วิเคราะห์เมนูอาหาร
4. ใบงาน 2.2 ฉลากโภชนาการ
5. อุปกรณ์ออกกำลังกาย เช่น ฤทธาราย ลูกบอล
6. ใบงาน 3.1 สัมผัสความเครียด
7. สมุดบันทึกสุขภาพ
8. คู่มือการฝึกสติ

การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

- 2.ใบงาน 2.1 วิเคราะห์เมนูอาหาร
- 3.ใบงาน 2.2 ฉลากโภชนาการ
- 4.ความถูกต้องของกิจกรรมการฝึกจัดยา
- 5.ความถูกต้องของการเลือกวิธีการออกกำลังกาย และการประเมินความหนักของการออกกำลังกาย
- 6.ใบงาน 2.3 สำนวญความเครียด
- 7.การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความเครียด
- 8.การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกต่อตนเอง
- 9.สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและแนวทางการวางแผนดูแลสุขภาพ
- 10.ความถูกต้องในการลงบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 3

“ปรับ...เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม”

สาระสำคัญ

การนำแนวคิดการกำกับตนเองขั้นตดัสนตนเองมาดำเนินการในช่วงต้นกิจกรรมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถวิเคราะห์ประเมินแผนการดูแลสุขภาพของตนเองได้และสามารถหาแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ นอกจากนี้ให้นำแนวคิดการกำกับตนเองในชั้นแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้การประเมินผลลัพธ์จากการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายและส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่อไปโดยการให้แรงจูงใจภายนอกและภายใน ปิดท้ายกิจกรรมด้วยการพัฒนาทักษะการฝึกสติต่อเนื่องในรูปแบบกิจกรรมการฝึกสติอื่น ๆ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการกำกับตนเองในการตดัสนตนเองและการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ปวยฝึกทักษะการฝึกสติต่อเนื่อง

ชั้นนำ

- 1.วิทยากรกล่าวทักทาย และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่ากิจกรรมและสิ่งที่ได้ปฏิบัติตลอด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ขั้นดำเนินกิจกรรม

- 1.วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเมินปัญหา/อุปสรรคแผนการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา แลกเปลี่ยนวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ด้วยคำถาม “ยังมี การดูแล

ตนเองในเรื่องใดที่ไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตัวเองตั้งไว้หรือไม่” และให้วิเคราะห์ถึงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย ด้วยคำถาม “ที่ยังทำไมไม่ได้เนื่องจากมีความยากลำบากในเรื่องใด หรือมีอุปสรรคใดที่ทำให้ทำได้ไม่ตามเป้าหมายหรือไม่”

2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อกำหนดแนวทางสู่เป้าหมายใหม่ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขผ่านกิจกรรม โดยยกประเด็นปัญหาดังกล่าวให้ผู้เข้าร่วมแสดงแนวทางแก้ไขอย่างน้อยคนละ 1 แนวทาง

3. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเมินการกำกับตนเอง โดยนำเสนอผลการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยใบงาน 3.1 จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำเสนอผลการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่สามารถทำได้บรรลุเป้าหมาย โดยวิทยากรจะกระตุ้นให้การเสริมแรงเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความมั่นใจการกระทำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่อไป ด้วยคำถาม “การดูแลสุขภาพตนเองช่วงที่ผ่านมาเป็นไปตามเป้าหมายที่ตัวเองตั้งไว้หรือไม่” และ “ทำอย่างไรจึงสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และรู้สึกอย่างไร”

4. วิทยากรเสริมแรงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบรรลุเป้าหมาย “ชื่นชมความเปลี่ยนแปลง และมอบรางวัล” ซึ่งของรางวัลเป็นอุปกรณ์การออกกำลังกายที่หลากหลายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเลือกรางวัลที่คิดว่าเหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองได้ต่อไป

5. นอกจากนี้หลังมอบรางวัลแล้ว วิทยากรแนะนำการให้รางวัลตนเอง เช่น การมองตนเองในแง่ดี การฝึกขอบคุณตนเอง การลงทุนกับสุขภาพตนเองให้มากขึ้นเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น เป็นต้น เพื่อสร้างแรงจูงใจภายในในดูแลสุขภาพ และเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่อไป

6. ปิดท้ายด้วยกิจกรรม “โยคะ/การเคลื่อนไหวด้วยสติ” (Yoga/Mindful movement sequent) การทำโยคะในท่านั่ง เป็นการกระตุ้นให้เกิด “จิตของผู้เริ่มต้น” สนับสนุนการเคลื่อนไหวที่สามารถทำได้ดีที่สุดในช่วงเวลาปัจจุบันแม้ว่าจะเป็นเพียงการกางนิ้วมือหรือการเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อย (เช่น Finger Yoga) ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกโดย “รู้ลมหายใจของตนเองในขณะที่ทำกิจกรรม และไม่สอดแทรกด้วยอารมณ์” และแนะนำให้นำกลับไปฝึกทักษะต่อเองด้วยตนเอง

7. หลังจากฝึกสติแล้ว วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้สึกประสบการณ์ที่น่าพอใจและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ท่ามกลางการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นสรุป

ทบทวนกิจกรรม ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมซักถาม แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้

สื่อ และอุปกรณ์

1. ใบงาน 3.1 ประเมินการกำกับตนเอง
2. สมุดบันทึกสุขภาพ
3. คู่มือการฝึกสติ

การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ใบงาน 3.1 ประเมินการกำกับตนเอง
3. แบบบันทึกการฝึกสติ
4. ความถูกต้องในการลงบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพและการประเมินความพึงพอใจต่อตนเอง

แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 4

“รู้ทัน...พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง”

สาระสำคัญ

ติดตามผลการกำกับตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจภายใน โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเมินผลการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายและนำเสนอสิ่งที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกภูมิใจในตนเองกับการดูแลสุขภาพ ในเรื่องนั้น ๆ และมีแนวทางให้กับตนเองในการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพเสมอซึ่งส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่อไป ปิดท้ายกิจกรรมด้วยการพัฒนาทักษะการฝึกสติต่อเนื่องในรูปแบบกิจกรรมการฝึกสติอื่น ๆ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถปฏิบัติกำกับตนเองได้อย่างมั่นใจ
2. เพื่อให้ผู้ปวยฝึกทักษะการฝึกสติต่อเนื่อง

ขั้นนำ

วิทยากรกล่าวทักทาย และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่ากิจกรรมและสิ่งที่ได้ปฏิบัติตลอด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ขั้นดำเนินกิจกรรม

1.วิทยากรติดตามผลการกำกับตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนประเมินและนำเสนอผลการดูแลสุขภาพของตนเองผ่านกิจกรรม “เรื่องที่ฉันภูมิใจ” เป็นการแบ่งปันการดูแลสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย การวางแผนดูแลสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น รวมถึงความรู้สึกรู้สึกจากการได้ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง

2.กิจกรรม “ฉันมีทางออกให้กับเรื่องนี้” ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งปันปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงบอกเล่าความรู้สึกกับเรื่องราวนั้น

3.ปิดท้ายด้วยกิจกรรมการฝึกสติ 2 รูปแบบ และแนะนำให้นำกลับไปฝึกทักษะต่อเองด้วยตนเอง

3.1 “นั่งสมาธิเจริญสติ” (Seated Mindfulness Meditations) การฝึกสมาธิแบบนั่งเก้าอี้ เปลี่ยนท่าทางได้ตามต้องการโดยให้ความสนใจกับลมหายใจเป็นหลัก เมื่อจิตใจฟุ้งซ่านให้สังเกตและกลับมาสนใจลมหายใจเบา ๆ อีกครั้ง

3.2 การทำสมาธิโดยนำด้วยภาพธรรมชาติ” (Loving Kindness, imagery-based guided meditations) เริ่มต้นด้วยท่าที่รู้สึกสบายและอนุญาตให้เปลี่ยนท่าทางได้ตามต้องการ ปรับความรักรักความเมตตาให้มีความเห็นอกเห็นใจต่อร่างกายตนเอง และเน้นแง่มุมของความกล้าหาญและความเข้มแข็งด้วยภาพที่น่าโดยธรรมชาติ

4.หลังจากฝึกสติแล้ว วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนสะท้อนความคิดและความต้องการของผู้ป่วยในการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง การยอมรับว่าการฟื้นฟูไม่มีวันสิ้นสุด ชีวิตและการบำบัดฟื้นฟูคือครู และเป็นเส้นทางการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นสรุป

ทบทวนกิจกรรม ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมซักถาม แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้

สื่อ และอุปกรณ์

- 1.สมุดบันทึกสุขภาพ
- 2.คู่มือการฝึกสติ

การประเมินผล

- 1.สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
- 2.การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนเอง
- 3.การลงบันทึกในสมุดสุขภาพและการประเมินความพึงพอใจต่อตนเอง
- 4.แบบบันทึกการฝึกสติ

แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 5

“กำกับสุขภาพด้วยสติ”

สาระสำคัญ

เป็นการทบทวนแนวทางการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างความตระหนักให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้ นอกจากนี้เป็นการทบทวนการฝึกสติที่ผ่านมาเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถนำการฝึกสติไปใช้ในชีวิตประจำวัน ตามด้วยการสรุปกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมาการนำแนวความคิดกำกับตนเองและการฝึกสติมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปิดท้ายด้วยการประเมินผลพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนกระบวนการในกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งหมด
2. เพื่อประเมินผลพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นนำ

วิทยากรกล่าวทักทาย และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่ากิจกรรมและสิ่งที่ได้ปฏิบัติตลอด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ขั้นดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรทบทวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการกำกับตนเอง ด้วยกิจกรรมยกตัวอย่างบอกเล่าประสบการณ์การกำกับตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเลือกมาคนละ 1 ด้าน จากนั้นช่วยกันวิเคราะห์กระบวนการกำกับตนเองในแต่ละขั้น
2. ทบทวนการนำสติมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ด้วยคำถาม “การฝึกสติมีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองหรือไม่ คิดว่าส่งผลอย่างไรต่อสุขภาพของตนเอง”
3. กิจกรรมสะท้อนสิ่งที่ได้จากการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ด้วยคำถาม “ที่ผ่านมาการเปลี่ยนการดูแลสุขภาพของตนเองก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร” และ “รู้สึกอย่างไรกับการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพตนเองที่ผ่านมา”
4. วิทยากรสรุปกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมดในการนำแนวความคิดกำกับตนเองและแนวความคิดฝึกสติมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
5. ปิดท้ายด้วยการประเมินผลพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นสรุป

วิทยากรกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมกิจกรรม จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมซักถาม แลกเปลี่ยน
สิ่งที่ได้เรียนรู้

สื่อ และอุปกรณ์

- 1.สมุดบันทึกสุขภาพ
- 2.คู่มือการฝึกสติ

การประเมินผล

- 1.สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
- 2.การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- 3.แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ





ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการฝึกสดีร่วมกับการกำกับตนเอง

- 1.สมุดบันทึกสุขภาพ
- 2.คู่มือการฝึกสดี

สมุดบันทึกสุขภาพ



โรคประจำตัว

- เบาหวาน ความดัน
 หัวใจ อื่น ๆ ระบุ.....

ประวัติการแพ้ยา

- ไม่แพ้
 แพ้ ระบุชื่อยา.....
 ไม่ทราบ

ประวัติการสูบบุหรี่

- ไม่สูบ สูบ จำนวน.....ปี

ประวัติการดื่มสุรา/เหล้า

- ไม่ดื่ม ดื่ม จำนวน.....ปี



บันทึกผลสัมฤทธิ์สุขภาพ

รายการ	ระดับ	วันที่						
น้ำหนัก	-							
ส่วนสูง	-							
ดัชนีมวลกาย	-							
รอบเอว	-							
ชีพจร	-							
ระดับน้ำตาล	-							
ระดับความดันโลหิต								
น้อยกว่า 90/60	ต่ำกว่าปกติ							
ไม่เกิน 130/85	ปกติ							
130-139/85-89	ค่อนข้างสูง							
140-159/90-99	สูงระดับ 1							
มากกว่า 160/100	สูงระดับ 2							

การปฏิบัติตนด้านการรับประทานยา
ให้ท่านบันทึกรายการยาที่รับประทานในแต่ละวัน

วันที่	มียา	เวลา	ยาก่อน อาหาร	ยาหลัง อาหาร	จำนวน	อาการไม่พึง ประสงค์	
						มี	ไม่มี
ตัวอย่าง	เช้า	7.30	√		3		√
	เช้า						
	เที่ยง						
	เย็น						
	ก่อนนอน						
	เช้า						
	เที่ยง						
	เย็น						
	ก่อนนอน						
	เช้า						
	เที่ยง						
	เย็น						
	ก่อนนอน						
	เช้า						
	เที่ยง						
	เย็น						
	ก่อนนอน						
	เช้า						
	เที่ยง						
	เย็น						
	ก่อนนอน						

ประเมินผลการปฏิบัติตัวการดูแลสุขภาพ

สัปดาห์ที่.....

ความพึงพอใจ	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
รายการแบบแผน	☺	😊	😐	☹
พฤติกรรมมารับประทานอาหาร				
พฤติกรรมออกกำลังกาย				
พฤติกรรมมารับประทานยา				
พฤติกรรมจัดการความเครียด				



คู่มือการฝึกสติ



คู่มือการฝึกสติด้วยตนเอง

1) การใส่ใจอยู่กับปัจจุบัน (Attention to the present)

ขั้นตอนสำหรับการฝึก

- กำหนดลมหายใจเข้าออกอยู่กับปัจจุบัน เมื่อจิตนึกถึงเรื่องอื่นให้ดึงความสนใจและสติกลับมาอยู่ที่การกำหนดลมหายใจทันที และกระทำเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ เมื่อความสนใจเปลี่ยนไปให้ฝึกดึงความสนใจกลับมากำหนดลมหายใจอีกครั้งให้ได้

- ฝึกมุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งของร่างกายที่ละส่วนและสังเกตความรู้สึกที่สามารถรับรู้ได้ สังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกหนัก เหมือนถูกกด อุณหภูมิ เย็น ช้า หรือแม้กระทั่งการไม่รู้สึกร่างกายส่วนอื่น ๆ เพื่อที่จะให้มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับร่างกายให้เต็มที่

2) การยอมรับสิ่งที่เป็นไปในปัจจุบัน (Acceptance)

เป็นการพัฒนามุมมองและความรู้สึกขณะปัจจุบันโดยไม่มีการตัดสิน

ขั้นตอนสำหรับการฝึก

- ให้สังเกตความคิด ความรู้สึกตนเองว่าเกิดอะไรขึ้นกับปัจจุบัน โดยที่ไม่ต้องประเมินค่าหรือตัดสินว่าเป็นความรู้สึกสุข เศร้า สงบ กลัว หรือ ความรู้สึกใด ๆ

- ให้สังเกตความคิด ความรู้สึก หรืออาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างนั่งสมาธิ และให้อยู่กับประสบการณ์/ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นให้นานกว่าที่เคยเป็น จากการตอบสนองอัตโนมัติ หรือความเคยชินอาจจะรู้สึกไม่ชอบ ไม่สุขสบาย และมีการตอบสนองโดยการเกาหรือการเปลี่ยนท่าทาง เป็นต้น การนั่งอยู่กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการตัดสินจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง

3) การจัดการความคิด

ขั้นตอนสำหรับการฝึก

- ฝึกหยุดความคิด ด้วยการรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออก

- ฝึกจัดการความคิดที่เข้ามาสอดแทรก โดยการรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออกที่ปลายจมูกอย่างต่อเนื่อง จัดการกับความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คิดตาม แต่รู้ตัวและกลับมาตามรู้ลมหายใจทุกครั้งที่มีความคิดต่าง ๆ เกิดขึ้น

- ฝึกจัดการกับความง่วงและผ่อนคลาย โดยการรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเกิดความง่วงให้จัดการด้วยการปรับท่าทางยืดตัวตรง หายใจเข้าออกลึก ๆ หรือจินตนาการเป็นแสงไฟที่สว่างมาก ๆ ให้นายง่วง แล้วกลับมารู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการฝึกสติ

1.สมาธิกับการสำรวจร่างกาย (body scan meditation)

ขั้นตอนสำหรับการฝึก

1. ฝึกในท่านอนหงาย หรือท่าทางที่ผ่อนคลาย
2. หายใจเข้าออกเป็นปกติ ให้ความสำคัญกับการหายใจเข้าสู่ร่างกายทั้งหมด
3. จากนั้นรับรู้ถึงร่างกายของตนเองตั้งแต่นิ้วเท้าขึ้นไปจนถึงส่วนบนของศีรษะ หรือตั้งแต่ส่วนบนของศีรษะลงมาถึงนิ้วเท้า
4. ใช้ในการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และการทำงานร่วมกันระหว่างร่างกายด้านที่ได้รับความทุกข์จากโรคหลอดเลือดสมองและด้านที่ไม่ได้รับความทุกข์จากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อากาศอ่อนแรง อากาศชา เป็นต้น ด้วยการกรอจับหรือบีบวัตถุขนาดเล็ก เช่น ลูกบอลบริหารมือ เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจรวมถึงการวางวัตถุที่มีน้ำหนักเบา ๆ ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ผ้าขนหนูที่ม้วนน้ำหนัก
5. จินตนาการถึงร่างกายทั้งหมดโดย "รู้สึก" ถึงร่างกายด้านที่ได้รับความทุกข์จากโรคหลอดเลือดสมองด้วยลมหายใจ และด้วยความเมตตาโดยตระหนักว่าอาจไม่มีความรู้สึกในหลาย ๆ ส่วนของร่างกาย

2.สติขณะเคลื่อนไหว (mindful walking meditation)

ขั้นตอนสำหรับการฝึก

1. ฝึกในท่านั่ง หรือท่านยืน (สามารถปรับเปลี่ยนท่าทางที่เหมาะสมกับความสามารถตนเอง)
2. หายใจเข้าออกเป็นปกติ ให้ความสำคัญกับการหายใจเข้าสู่ร่างกายทั้งหมด
3. จากนั้นฝึกยก และวางเท้าลงบนพื้นขณะนั่ง หรือการยกเท้าบนพื้นขณะยืน สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวขาที่อ่อนแรงได้ ให้วางขาที่มีกำลังปกติและจินตนาการถึงจังหวะที่ขาข้างอ่อนแรงขยับ
4. รู้ลมหายใจของตนเองในขณะที่เคลื่อนไหว และไม่สอดแทรกด้วยอารมณ์
5. สามารถนำไปปรับใช้กับการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอย่างมีสติ โดยขณะที่กินอาหารให้รับรู้ถึงสิ่งที่กำลังทำ รวมถึงรับรู้ลมหายใจที่เข้าออกเสมอ

3. “โยคะ/การเคลื่อนไหวด้วยสติ” (Yoga/Mindful movement sequent)

ขั้นตอนสำหรับการฝึก

1. ฝึกในท่านั่ง หรือท่าทางที่ผ่อนคลาย
2. เริ่มต้นด้วยการรับรู้ลมหายใจที่เข้าออกเป็นปกติ ให้ความสำคัญกับการหายใจเข้าสู่ร่างกายทั้งหมด
3. จากนั้นจินตนาการถึงการเคลื่อนไหวร่างกายของตนเองในข้างที่ ได้รับผลกระทบ แต่ไม่ยึดติดกับการทำได้หรือไม่ได้
4. ทำการเคลื่อนไหวที่สามารถทำได้มากที่สุดในปัจจุบันอย่างช้า ๆ แม้ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อย เช่น การเคลื่อนไหวนิ้วมือ การเคลื่อนไหวเท้า เป็นต้น ขณะทำการเคลื่อนไหวให้รับรู้ลมหายใจที่เข้าออกเสมอ
5. หรือการยืดกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เช่น การประสานมือทั้งสองข้างเข้าด้วยกัน จากนั้นยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ ยืดลำตัวให้ตั้งตรง ขณะเคลื่อนไหวให้หายใจเข้าลึก ๆ และค่อย ๆ เอาแขนลง ขณะเคลื่อนไหวแขนลงให้ค่อย ๆ ปล่อยลมหายใจออกยาว ๆ ขณะทำการเคลื่อนไหว ให้ทำการเคลื่อนไหวช้า ๆ สามารถนำไปใช้กับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้
6. โดยให้รับรู้ลมหายใจของตนเองในขณะที่ทำการเคลื่อนไหว และไม่สอดแทรกด้วยอารมณ์

4. “นั่งสมาธิเจริญสติ” (Seated Mindfulness Meditations)

ขั้นตอนสำหรับการฝึก

1. ฝึกในท่านั่ง หรือท่าทางที่ผ่อนคลาย
2. ทำสมาธิ โดยให้ความสนใจกับลมหายใจเข้า-ออกเป็นหลัก สามารถเปลี่ยนท่าทางได้ตามต้องการหากขณะทำสมาธิเกิดความรู้สึกไม่สบาย
3. เมื่อจิตใจฟุ้งซ่านกับสิ่งรอบตัว ให้สังเกต มองดูสิ่งเหล่านั้น แต่ไม่ตอบสนองใด ๆ ต่อความรู้สึกนั้น และกลับมาสนใจลมหายใจที่เข้าออกอีกครั้ง

5. “ความเมตตากรุณา การทำสมาธิตามภาพ” (Loving Kindness, imagery-based guided meditations)

ขั้นตอนสำหรับการฝึก

1. ฝึกในท่านั่ง หรือท่าทางที่ผ่อนคลาย

- 2.หายใจเข้าออกเป็นปกติ ให้ความสำคัญกับการหายใจเข้าสู่ร่างกายทั้งหมด
- 3.จินตนาการถึงภาพธรรมชาติ เช่น ภูเขา น้ำตก ทะเล เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดความรักความเมตตา มีความเห็นอกเห็นใจต่อร่างกายของตนเอง และเน้นแง่มุมของความกล้าหาญและความเข้มแข็งด้วยภาพนำทางที่อิงตามธรรมชาติ
- 4.ส่งความปรารถนาดีต่อสุขภาพ ความสุข และความเป็นอยู่ที่ดีให้กับตนเอง
- 5.สามารถเปลี่ยนท่าทางได้ตามต้องการหากเกิดความรู้สึกไม่สบายขณะฝึก



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ปวีณา กัญญาพิลา
วัน เดือน ปี เกิด	26 กันยายน 2534
สถานที่เกิด	ภูเก็ต
วุฒิการศึกษา	2557 วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	8-8/1 ถนนแฉล้มนิมิตร แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร 10120

