

The Effect of Self-efficacy Program on Self-care Behavior of Hemiparesis Patients¹

*Porntippa Thimayom*²

*Wiladlak Chuawanlee*³

*Prateep Jinnge*⁴

Received: August 25, 2011

Accepted: September 27, 2011

Abstract

The objectives of this research were to study 1) the effect of self-efficacy program on self-care behavior, 2) the interaction between the self-efficacy program and family-supportive and 3) correlation between self-efficacy and self-care behavior in hemiparesis patients. The study group comprised 30 hemiparesis patients, who admitted at the in-patients department of Prasat Neurological Institute since September 2010-June 2011 and participated in self-efficacy program with the criterions as age of 20-80 years old, hemiparesis symptom, never treated in the rehabilitation program and not hearing impairment, and 30 hemiparesis patients in control group that had similar criterions to those study group but not participated in self-efficacy program. The instruments were the self-efficacy program, the self-care behavior questionnaire, the family-supportive examination and personal-data also used too. Hypothesis testing were analyzed by two-way ANCOVA and Pearson product moment correlation. Results revealed as following: 1) self-efficacy program and self-care behavior of the study group were significantly higher than control group ($p < .01$) 2) No interaction between self-efficacy program and family-supportive of hemiparesis 3) Self-efficacy is correlation with self-care behavior in hemiparesis

Keywords: self-efficacy, self-care, hemiparesis

¹ Thesis for the Master Degree in Applied Behavioral Science Research was funded by Srinakharinwirot University

² Graduate Student, Master degree in Applied Behavioral Science Research, Srinakharinwirot University

³ Assistant professor in Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

⁴ Assistant professor in Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่มิต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก¹

พรทิพย์พา ธิมายอม²

วิลาสลักษณ์ ชววัลลี³

ประทีป จินน์⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่มิต่อการรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนหลังจากที่ได้รับโปรแกรมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนกันยายน 2553 ถึงเดือนมิถุนายน 2554 จำนวน 60 คน ช่วงอายุ 20-80 ปี มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย ไม่เคยรับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และไม่มี ความบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน โดยการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในพฤติกรรมดูแลตนเอง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANCOVA) และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 2) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก 3) การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

¹ งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปรีธัญยานนท์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

² นิสิตระดับมหาบัณฑิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานโรค 10 อันดับแรกของผู้ป่วยสถาบันประสาทวิทยาพบว่า อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากปี พ.ศ. 2550-2552 มีจำนวน 1,088, 922 และ 1,061 ราย ตามลำดับ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ตึ่มเหล้า สูบบุหรี่ และภาวะเครียด (งานเวชสถิติ, 2552)

อาการอัมพาตที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง มีสาเหตุจากการตีบหรือการแตกของเส้นเลือดในสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะบกพร่องทางกาย เช่น สูญเสียการทำหน้าที่ของแขนขาครึ่งซีก ทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่น มีความลำบากในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจหลายอย่าง ได้แก่ หงุดหงิด โมโหง่าย เครียด ไม่รับรู้ปัญหา ที่สำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุด ภาวะซึมเศร้าและการได้รับการดูแลจากญาติเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการฟื้นคืนกำลังของกล้ามเนื้อ (อรฉัตร โตษยานนท์, 2539) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีภาวะซึมเศร้ายากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองน้อย จะมีภาวะซึมเศร้ายิ่งกว่าผู้ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมาก (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของโรบินสัน และคนอื่นๆ (Robinson & et al, 1999) ที่ชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่บกพร่องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ใกล้ชิดก่อนเกิดอาการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าทันทีหลังจากป่วยและในระยะยาวจะส่งผลต่อการฟื้นคืนของสมรรถภาพทางกายซึ่งการให้แรงเสริมทางสังคมรวมถึงการให้การดูแลใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มต้นนับเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรเทาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจะช่วยให้มีเครือข่ายของระบบประสาท (Neuroplasticity) มากขึ้น โดยพยายามใช้กล้ามเนื้อข้างที่อัมพาตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเครือข่ายของระบบประสาท ช่วยเพิ่มระดับความสามารถและการ

ทำงานของแขนขาข้างนั้นได้ (วิชญ์ กัมมรทิพย์, 2547)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้นๆ มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย เช่น การฝึกหัดให้ช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับให้เกิดปรับตัวทางจิตสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและสังคม รวมทั้งงานอาชีพ

จากสถิติผู้ป่วยที่รักษาไว้ในสถาบันประสาทวิทยาและเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเต็มที่ในปี พ.ศ. 2550 - 2552 จำนวน 278, 456 และ 331 ราย พบผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันและสามารถเดินได้ ร้อยละ 86.50, 73.56 และ 85.11 ตามลำดับ ซึ่งผู้ที่ให้การดูแลรักษาจะต้องเข้าใจบุคคลนั้นๆ ทั้งด้านกาย ใจ และสังคม นอกจากนี้ ทั้งบุคคลนั้นและสังคมที่แวดล้อมตัวเขาต้องเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่รอรับบริการเพียงอย่างเดียว (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ และกิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นขั้นพื้นฐานประกอบด้วย การเคลื่อนไหวของข้อเพื่อป้องกันไม่ให้ข้อต่างๆ ตืดยึด เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง และฝึกกิจวัตรประจำวันที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น ฝึกแขนขาข้างดีให้ทำงานทดแทนข้างที่เป็นอัมพาต และฝึกข้างอัมพาตให้พอช่วยเหลือข้างดีในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ (เสก อักษรานุเคราะห์, 2551: 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพจะได้ผลดีไม่น้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับทีมงานจากบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขา และสิ่งสำคัญคือความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล (แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, 2550)

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (บังอร ตั้งวิโรจน์ธรรม, 2545; ปรียา ตระวูวรรณ อัญชลี ศศิวรรณพงศ์และโสภิตา จันทรสด, 2546; วิไลภรณ์ อันฉิม, 2545; เนติ สุขสมบุรณ์, ปราณี ลักนาจันทโชติ นลินี พูลทรัพย์และสิทธิพร ห่อหริดานนท์, 2548; สุสิมาศ อังศุเกียรติถาวร ลัดดาวลัย เกษมเนตร และประทีป จินงี, 2553 และ อังคินันท์ อินทรกำแหง ทศนา ทองภักดี และ วรสรณ์ เนตรทิพย์, 2553) ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าบุคลิกที่ตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและดำเนินการ

กระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสถานการณ์ที่บางครั้งอาจมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน มีความแปลกใหม่ ที่ไม่สามารถทำนายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสภาพการณ์เหล่านี้มักจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ การรับรู้ความสามารถของตนมิได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่บุคคลมีอยู่ในขณะนั้นเท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของบุคคลว่าเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยทักษะที่เขามีอยู่ ดังเช่นผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีภาวะการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยความลำบาก เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ เป็นต้น หากผู้ป่วยได้รับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ผู้ป่วยจะสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้เองโดยไม่เป็นภาระของผู้ดูแล สำหรับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ทำได้หลายวิธีด้วยกัน ซึ่งวิธีที่แบนดูราเชื่อว่า การฝึกให้บุคคล มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เขาจึงมีความเชื่อว่าเขาจะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยความมั่นใจยิ่งขึ้น

นอกจากนี้การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เพื่อให้บุคคลประสบความสำเร็จอย่างค่อยเป็นค่อยไป จนเกิดความสำเร็จในที่สุดนับเป็นวิธีการช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มมากขึ้นด้วยดังนั้นการพัฒนาให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกให้มีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยวิธีการฝึกฝนให้ผู้ป่วยใช้อวัยวะข้างที่มีแรงช่วยอวัยวะข้างที่เป็นอัมพาตในเรื่องการบริหารร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยกระบวนการเตือนตนเอง (Self-monitoring) ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพยายามที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายจนกระทั่งปฏิบัติกิจกรรมและใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองใกล้เคียงปกติที่สุด โดยลดภาระการดูแลจากญาติและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
2. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนหลังจากที่ได้รับโปรแกรมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive behavior approach) เป็นพื้นฐานในการพัฒนาตามความเชื่อพื้นฐานของดอบสัน (ประทีป จินฉิ่ง, 2540:128 อ้างอิงจาก Dobson, 1988) ว่า 1) กระบวนการทางปัญญามีผลต่อพฤติกรรม 2) กระบวนการทางปัญญาสามารถปรับเปลี่ยนได้ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้โดยการเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ทำการเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาเพื่อส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เกิดจากสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีผลมาจากกระบวนการทางปัญญาด้วย และเสนอว่าการรับรู้ความสามารถของตนเป็นวิธีการวิธีหนึ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางปัญญาได้ ด้วยการทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่สำเร็จบ่อยครั้งร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง โดยวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนนั้นผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการเตือนตนเอง (Self-monitoring) รวมทั้งศึกษาว่าโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนจะใช้ได้ดีกับคนที่มีคุณลักษณะอย่างไร ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมาร่วมศึกษาครั้งนี้ดังมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงภาพประกอบ 1

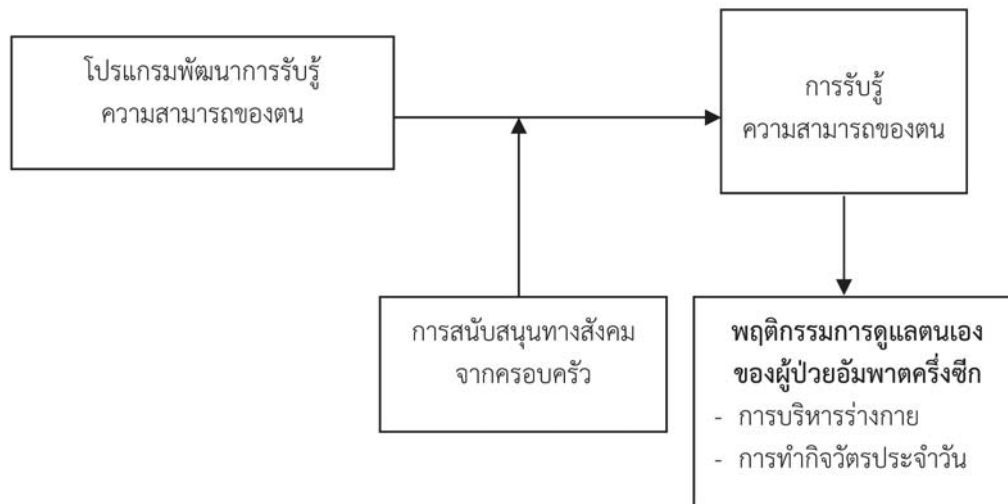
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย มีอายุอยู่ระหว่าง 20-80 ปี อาการอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย ไม่เคยรับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน โดยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน
2. เครื่องมือวัดที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ระยะเตรียมการทดลอง โดยดำเนินการดังนี้
 - 1.1 ประกาศรับสมัครผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเพื่อสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง
 - 1.2 กำหนดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากจากหมายเลขที่กำหนดในลำดับเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 - 1.3 ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว วัดการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน

2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .863

2.3 แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

2.4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .973 และ .961

2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการบริหารร่างกาย และพฤติกรรมการทำกิจวัตรประจำวัน ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .917 และ .958

ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถาม

2. ระยะทดลอง ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 วันๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 40 – 60 นาที

2.1. ขั้นเตรียมก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และวิธีการเตือนตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

2.2. ขั้นดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในพฤติกรรม

การดูแลตนเอง ด้วยวิธีการเตือนตนเองร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงจากผู้วิจัย พร้อมทั้งได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยสอบถามพฤติกรรมและบันทึกให้ผู้ป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข รวมเวลาดังกล่าว 8 วัน โดยวันสุดท้ายของการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยวัดการรับรู้ความสามารถ

สามารถของตนในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันซ้ำเป็นรายบุคคลอีกครั้ง (Post-test)

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยวัดพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก หลังจากสิ้นสุดการทดลอง 1 วัน

ตาราง 1 แสดงแบบแผนการทดลองของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

กลุ่ม / ระยะเวลา	ระยะก่อนการทดลอง	ระยะทดลอง	ระยะหลังการทดลอง
กลุ่มทดลอง	วัดการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน วัดการสนับสนุนทางสังคม	ใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในพฤติกรรมดูแลตนเองด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จโดยใช้เทคนิคการเตือนตนเองร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข	วัดการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (หลังจากยุติโปรแกรม)
กลุ่มควบคุม	วัดการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน วัดการสนับสนุนทางสังคม	การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข	วัดการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (หลังจากยุติโปรแกรม)

การวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติพื้นฐานค่าเฉลี่ย ร้อยละ เพื่อแสดงลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง
- การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทาง (Two-way ANCOVA) ของการรับรู้ความสามารถของตน และปฏิสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1-2
- การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Person product moment correlation) เพื่อทดสอบตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3

ผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยที่เข้ารับการทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 46.66 สถานภาพสมรสร้อยละ 66.66 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 33.33 อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 21 มีอาชีพรับราชการ/พนักงานของรัฐ ร้อยละ 33.33 สิทธิในการรักษาเป็นสิทธิข้าราชการและประกันสุขภาพ ร้อยละ 33.33 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.33 มีความถนัดของมือด้านขวาร้อยละ 83.33 มีภาวะการอ่อนแรงของร่างกายซีกขวาร้อยละ 60 จำนวนวันที่มีอาการอ่อนแรงจะอยู่ในช่วง 1-30 วัน ร้อยละ 86.67
- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ข้อ 1-2 แสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบสองทางของการรับรู้ความสามารถของตน พิจารณาตามเงื่อนไขการทดลอง (Experimental conditions) (การเข้าร่วม/ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม) และปฏิสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เมื่อใช้คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)

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

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อควบคุมการรับรู้ความสามารถของตนก่อนเข้าโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วมพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง = 209.097, SD= 5.14 และคะแนน

เฉลี่ยในกลุ่มควบคุม = 184.270 SD = 5.14) พบขนาดอิทธิพลของโปรแกรมร้อยละ 19.6 และไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขการทดลองกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ข้อ 3 แสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่ม	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตน	S.D	ค่า r		
				พฤติกรรมดูแลตนเอง	พฤติกรรมบริหารร่างกาย	พฤติกรรมทำกิจวัตรประจำวัน
กลุ่มทดลอง	30	85.10	28.05	.290	.202	.286
กลุ่มควบคุม	30	64.63	40.99	.197	.132	.176

จากตาราง 3 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (พฤติกรรมดูแลตนเอง $r = .290$, พฤติกรรมบริหารร่างกาย $r = .202$, พฤติกรรมทำกิจวัตรประจำวัน $r = .289$)

สรุปและอภิปรายผล

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนมีการรับรู้ความสามารถของตนดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน

ในพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูรา (Bandura, 1986) ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองด้วยวิธีการฝึกให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง ที่มีผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเอง สำหรับการฝึกให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากพฤติกรรมดูแลตนเองซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการเตือนตนเอง โดยเริ่มจากผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วย

ตนเองนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสามารถของตนเองและต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ และกำหนดพฤติกรรมกรรมเป้าหมายคือพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การบริหารร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันนั้นจะขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล โดยสังเกตจากการเกิดพฤติกรรมในแต่ละวัน และเมื่อผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายแล้ว ขั้นตอนที่สองเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอยู่ตลอดเวลาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักว่าขณะนี้ตนเองกำลังกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้มากน้อยเพียงใด เพราะข้อมูลที่ทำการบันทึกจะทำหน้าที่เป็นข้อมูลย้อนกลับให้ผู้ป่วยได้ใช้ความพยายามมากขึ้น ขั้นตอนที่สามเป็นการประเมินตนเอง โดยการนำพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สามารถทำได้มาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ตั้งไว้ขั้นแรก หากผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็จะได้รับการเสริมแรงต่อไป อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเพิ่มปริมาณกิจกรรมในการตั้งเป้าหมาย ซึ่งเทคนิคการเตือนตนเองเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยต้องเป็นผู้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ดังนั้นจึงเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จจากการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ บุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543) ที่ได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาเฮโรอีนของผู้เข้ารับการรักษาบำบัด ขั้นตอนการถอนพิษยา ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้ารับการรักษาบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในการไม่เสพยาเฮโรอีนซ้ำมีการรับรู้ความสามารถของตนในการไม่เสพยาเฮโรอีนซ้ำสูงกว่าผู้เข้ารับการรักษาบำบัดที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 นอกจากนี้ประทีป จินนัง (2543) ได้ศึกษาผลของการเตือนตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนที่ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จากผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่ได้รับการฝึกการเตือนตนเองเพื่อให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการทำงานที่มอบหมาย มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนด้านการทำงานที่ได้รับมอบหมายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนและมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนและมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่ต้องช่วยเหลือตนเอง (Self-help technique) ทั้งในด้านการตั้งเป้าหมาย การสังเกตและบันทึกพฤติกรรม และการประเมินตนเอง (ประทีป จินนัง, 2540: 133) ทำให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวไม่มีบทบาทต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรารงค์ทอง อภิปุทธิกุล (2550) ศึกษาการใช้โปรแกรมการควบคุมตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสุขภาพบำบัด กลุ่มผู้ป่วยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมตนเอง ที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสุขภาพบำบัด เมื่อใช้โปรแกรมการควบคุมตนเองในผู้ป่วยกลุ่มแต่ละกลุ่มอาการปวด และกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว พบว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำต่างมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสุขภาพบำบัดไม่แตกต่างกัน

3. จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากแบบสุรนาเน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไม่ได้เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีผลมาจากกระบวนการทางปัญญาด้วยกล่าวคือ ถ้ากระบวนการทางปัญญาเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลก็จะเปลี่ยนไปด้วย (ประทีป จินนัง, 2540: 95-96) ถึงแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำในงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ยากที่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะสามารถทำได้ แต่เมื่อการรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มขึ้นจะมีผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศุภลักษณ์ เข็มทองและคณะ (2552) ศึกษาผลของการจัดระบบสุขภาพของกิจกรรมบำบัดต่อทักษะการใช้ชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตและความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิต ($r = .75-.82$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 มีความสอดคล้องศึกษาของ บุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543) ที่พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการไม่เสพยาเฮโรอีนซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการไม่เสพยาเฮโรอีนซ้ำ ($r = .44$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ เนติ สุขสมบูรณ์ ปราณี ลัคนาจันทโชติ นลินี พูลทรัพย์ และ สิทธิพร ห่อหริตานนท์ (2548) ที่ศึกษาผลการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของโรบินสัน และคนอื่นๆ (Robinson & et al., 2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า หลังจากที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้ป่วย 63 ราย โดยวัดผลที่หลังจากเกิดโรค 1 เดือน และ 6 เดือน พบว่าที่ระยะ 6 เดือนผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่มากขึ้น คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ความสามารถของตน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. จากผลการวิจัยพบประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนมีการรับรู้ความสามารถของตนช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตน โดยที่ต้องฝึกให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จบ่อยครั้งในพฤติกรรมนั้นๆ ร่วมกับการใช้คำพูดจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในพฤติกรรมที่จะทำต่อไป

2. จากการวิจัยพบว่าเทคนิคการเตือนตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง เป็นการตรวจสอบพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้ทราบว่าในเวลาขณะนั้นตนเองกำลังทำอะไรอยู่ทำให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่าสามารถบรรลุพฤติกรรมเป้าหมายมากน้อยเพียงใด หากพบว่าพฤติกรรมของตนนั้นต่างไปจากเป้าหมายของตน ผู้ป่วยจะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย เมื่อผู้ป่วยการฝึกทักษะที่ประสบความสำเร็จบ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนมากขึ้น ร่วมกับการใช้คำพูดจูงใจให้ผู้เกิดความมั่นใจ การเตือนตนเองจึงเป็นเทคนิคกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มากขึ้น และลดภาวะการดูแลจากผู้อื่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการวิจัยเพื่อติดตามผลของพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อเปรียบเทียบการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

2. ควรศึกษาการแผ่ขยายข้ามสถานการณ์จากโรงพยาบาลไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ และ กิ่งแก้ว ปางริย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานเวชสถิติ. (2552). *สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฑารัตน์ สติปัญญา พรชัย สติปัญญา. (2548, ตุลาคม). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 142-149.
- เนติ สุขสมบุรณ์ ปราณิ ลักนาจันทโชติ นลินี พูลทรัพย์ และ สิทธิพร ห่อหริตานนท์. (2548, พฤศจิกายน). ผลการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*, 10, 145-153.
- แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (2550). *สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.
- บงอร ตั้งวิโรจน์ธรรม. (2545). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์)* กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญสิทธิ์ ไชยชนะ. (2543). *การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาเฮโรอีนซ้ำ ของผู้เข้ารับการบำบัด ขั้นตอนการถอนพิษยา ของคลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลของรัฐ. ปรินญาณินพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปรียา ตะรุตธรรม อัญชลี ศศิวรรณพงศ์ และโสภิตา จันทร์สด. (2546, ตุลาคม-ธันวาคม). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาผู้ป่วยในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. *สรรพสิทธิ์เวชสาร*, 24(4), 85-96.
- ประทีป จินน์. (2540). *การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม*. (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ: สถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประทีป จินน์. (2543, พฤษภาคม). ผลของการเตือนตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานตามที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 6(1), 71-82.
- ปรารค์ทอง อภิพทุธิกุล. (2550). *การใช้โปรแกรมการควบคุมตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษากายภาพบำบัด กลุ่มผู้ป่วยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง. ปรินญาณินพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิษณุ กัมทรทิพย์. (2547). *การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลภรณ์ อันฉิม. (2545). *การศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลผู้ใหญ่)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภลักษณ์ เข็มทอง และคณะ. (2552). *ผลของการจัดระบบสุขภาพของกิจกรรมบำบัดต่อทักษะการใช้ชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสก อักษรานูเคราะห์. (2551). *วิวัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร และประทีป จินน์. (2553, มกราคม). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชน ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 2(1), 43-54.

อรฉัตร โตชยานนท์. (2539). ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู:
การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค, 19.

อังคินันท์ อินทรกำแหง ทศนา ทองภักดี และ วรสรณ์
เนตรทิพย์. (2553, กรกฎาคม). ผลการจัดการ
โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน
ภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสาร
พฤติกรรมศาสตร์*, 16(2), 96-112.

Bandura. (1986). *Social foundations of thought
and action: A social cognitive theory*.
Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Robinson, R.G., Marata Y., & Shimoda K.
(1999). Dimensions of social impairment and
their effect on depression recovery following
stroke. *Int Psychogeriatr*, 11, 375-84.

Robinson, R.G. & M. V Johnston, J Allen. (2000,
April). Self-care self-efficacy, quality of life,
and depression after Stroke. *Arch Phys Med
Rehabil*, 81(4), 460-4.