

บทความปริทัศน์

โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติสำหรับประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย หลังโรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

วันรับ : 29 สิงหาคม 2566
วันแก้ไข : 19 มีนาคม 2567
วันตอบรับ : 21 มีนาคม 2567

เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ปริญญาตรี¹, เกษร สายธนู, พย.ม²,
ปริญญานิพนธ์ สันตะพันธ์, พย.ม¹, เกษร กุญพันธ์ สมิต, พย.บ³
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี¹,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี²,
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติและความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการ : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตจากบทความวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล ThaiJO, ThaiLIS, PubMed, CINAHL, PsycINFO และ Web of Science ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2565 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ สติ, การเจริญสติ, โรคหลอดเลือดสมอง, mindfulness, mindfulness-based interventions และ stroke survivors ประเมินคุณภาพงานวิจัยอย่างอิสระโดยผู้วิจัย 2 คน ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Joanna Briggs institute และคัดงานวิจัยที่มีคุณภาพต่ำออก

ผล : ค้นพบงานวิจัย 101 เรื่อง สามารถนำมาสังเคราะห์จำนวน 15 เรื่อง โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติมีผลต่อการฟื้นตัวด้านร่างกาย ช่วยลดความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้า และเพิ่มสมรรถนะการรู้คิดและการสื่อสาร รูปแบบการบำบัดส่วนใหญ่เป็นการเผชิญหน้าระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดหรือแบบผสมผสานทั้งเผชิญหน้าและออนไลน์ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย มี 1 เรื่องให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรม โปรแกรมส่วนใหญ่มีระยะเวลาบำบัดประมาณ 8 สัปดาห์ และได้รับการยอมรับดีจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และไม่มีการทดสอบทางสถิติ

สรุป : มีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการเจริญสติในการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังมีความต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์คุณภาพสูง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองอย่างองค์รวม

คำสำคัญ : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต, การบำบัดด้วยการเจริญสติ, ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

ติดต่อผู้นิพนธ์ : เกษร สายธนู; e-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

Review article

Mindfulness-based interventions in nursing care for stroke survivors: a scoping review

Received : 29 August 2023

Revised : 19 March 2024

Accepted : 21 March 2024

Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D.¹, Kesorn Saithanu, M.N.S.²,

Proithip Suntaphun, M.N.S.², Keyoon Kujapan Smith, B.N.S.³

Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Ubon Ratchathani Province¹,

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani Province²,

Det Udom Royal Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani Province³

Abstract

Objective: To review the feasibility and potential effects of mindfulness-based rehabilitation programs that can be applied in nursing care for stroke survivors.

Methods: Research articles in Thai and English from databases including ThaiJO, ThaiLIS, PubMed, CINAHL, PsycINFO, and Web of Science, published in 2012 - 2022, were reviewed. Keywords used for document retrieval included mindfulness, mindfulness-based interventions, and stroke survivors. Research quality was independently assessed by two reviewers using the Joanna Briggs Institute (JBI) appraisal checklist. Studies with low quality were excluded.

Results: A total of 101 research studies were identified, of which 15 were synthesized. Mindfulness-based rehabilitation programs had positive effects on both the physical and psychological aspects of patients, including reducing anxiety and depression and enhancing cognitive abilities and communication skills. The programs were mostly delivered either in face-to-face sessions between therapists and patients or in combination with online sessions. Only one study involved primary caregivers in the program. Most programs were conducted in 8 weeks and showed good acceptance by patients. However, most studies had limited sample sizes, no comparative groups, and no statistical testing.

Conclusion: Mindfulness-based therapy programs are feasible in the physical and psychological rehabilitation nursing for post-stroke patients, although high-quality evidence is still in need. Nurses should be equipped with skills in mindfulness-based rehabilitation in holistic care for post-stroke patients.

Keywords: mindfulness-based interventions, post-stroke survivors, scoping review

Corresponding author: Kesorn Saithanu; e-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

ความรู้เดิม : การบำบัดด้วยการเจริญสติช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

ความรู้ใหม่ : มีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อลดปัญหาทางอารมณ์จิตใจ และความเหนื่อยล้า เพิ่มการทำหน้าที่ของร่างกาย และเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่มีคุณภาพสูง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการพัฒนาและทดสอบผลของการบูรณาการโปรแกรมการเจริญสติในการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อฟื้นฟูคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง โดยควรออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปฏิบัติเองได้อย่างต่อเนื่อง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ¹ โดยแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคน² ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ประสบทั้งปัญหาทางร่างกายและความผิดปกติทางจิต^{2,3} ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (post-stroke depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นหลังโรคหลอดเลือดสมองทันทีหรือเกิดภายหลังเมื่อระยะเวลาผ่านไป³⁻⁵ มีความชุกร้อยละ 29 - 31 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁶⁻⁹ และพบได้ถึงร้อยละ 55 หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 15 ปี¹⁰ ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองสูงขึ้นนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และยังมีอัตราความพิการ ความบกพร่องของการรู้คิด และการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น^{11,12}

การบำบัดด้วยสติหรือการเจริญสติสามารถลดอาการซึมเศร้าจากการเพิ่มทักษะและกลยุทธ์การเผชิญปัญหาหรือความกดดันทางจิตใจ^{13,14} สติ (Sati) หรือการเจริญสติในทางพระพุทธศาสนามีมานานมากกว่า 2,500 ปี ความหมายตามพจนานุกรมพุทธศาสตร์ของสติ คือ การระลึกได้ นึกได้ ไม่ปล่อยใจไว้กับกิจ หรือกุ่มจิตไว้กับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการที่ทำและ

คำที่พูดแล้ว^{15,16} ส่วน Kabat-Zin^{17,18} ได้ให้ความหมายของสติ (mindfulness) ว่าเป็นการใส่ใจในจุดมุ่งหมายและอยู่กับปัจจุบันโดยไม่ตัดสินคุณค่าใด ๆ โดยสติช่วยควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ของกายและจิต ในปี ค.ศ. 1990 Kabat-Zin¹⁷ ได้บูรณาการการฝึกสติทั้งวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการมาใช้ร่วมในโปรแกรมการลดความเครียดด้วยการเจริญสติ (mindfulness-based stress reduction: MBSR) เพื่อเพิ่มประสบการณ์ของความตระหนักรู้ในปัจจุบันจากขณะหนึ่งสู่ขณะหนึ่ง จากนั้นในปี ค.ศ. 2000 Segal และคณะ¹⁹ ได้บูรณาการ MBSR เข้ากับเทคนิคการบำบัดบนพื้นฐานปัญญา (cognitive-based therapeutic strategies) เป็นรูปแบบการบำบัดแนวใหม่ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีทางปัญญา เรียกว่า โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT) และมีงานวิจัยรายงานผลด้านบวกของ MBCT ในผู้ป่วยหลากหลายโรค เช่น โรคซึมเศร้า โรคกระเพาะ และโรคเบาหวาน²⁰ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบอภิมานการทดลองแบบสุ่มในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองรวม 502 คน พบว่า ทั้ง MBSR และ MBCT มีผลลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (SMD = -0.93, 95% CI = -1.34 - 0.53, Z = 4.48, p < .001)²¹ ซึ่งอาการซึมเศร้าที่ลดลงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ดีขึ้น⁷⁻⁹

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม ตั้งแต่การประเมินอาการ การวางแผนทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล โดยประสานงานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร และแพทย์แผนไทย ตลอดจนการเตรียมครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อฟื้นฟูและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง²² พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะและทักษะในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่ทันสมัย โดยเฉพาะการดูแลจิตใจของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาศึกษาผล

ทางด้านคลินิกของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติ เช่น อาการซึมเศร้า ยังไม่พบว่ามีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบำบัดด้วยการเจริญสติมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติและลักษณะโปรแกรมที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติในการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

วิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (scoping review) ตามขั้นตอนของ Joanna Briggs institute (JBI) 2015²³ กรอบการสืบค้นประกอบด้วย 1) กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แนวคิด ได้แก่ การเจริญสติหรือการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน การบำบัดเพื่อลดความเครียดโดยใช้สติ การบำบัดด้วยการเจริญสติ และการตระหนักรู้ความคิด และ 3) บริบท ได้แก่ ประเทศไทยหรือต่างประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษ สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ThaiJO, ThaiLIS, PubMed, CINAHL, PsycINFO และ Web of Science ที่ได้รับการเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2555 - 2565 กำหนดคำสำคัญทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ “โรคหลอดเลือดสมอง” “ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง” “stroke survivors” “สติ” “การเจริญสติ” “mindfulness” “mindfulness-based interventions” “อาการซึมเศร้า” และ “ภาวะซึมเศร้า” จากนั้นคัดเลือกงานวิจัยโดยประเมินจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) เป็นบทความวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ศึกษาเกี่ยวกับสติหรือการเจริญสติ และ 3) ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ การสกัดข้อมูล (data extraction) ทำโดยผู้วิจัย 2 คนแยกกันอ่านบทความวิจัยที่สืบค้นได้ ใช้แบบตรวจสอบรายการเพื่อประเมินคุณภาพของบทความวิจัยของ JBI (JBI appraisal checklist) โดยหากพบว่าบทความวิจัยแสดงข้อมูลตรงตามข้อความที่ประเมินให้ 1 คะแนน ไม่มีข้อมูลหรือไม่ชัดเจน ให้ 0 คะแนน และหากไม่เกี่ยวข้อง ไม่คิดคะแนนข้อนั้น จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้มาแปลงเป็นค่าร้อยละและ

แปลผล ดังนี้ คะแนนเท่ากับและมากกว่าร้อยละ 75 คุณภาพระดับสูง คะแนนร้อยละ 50 - 74.99 คุณภาพระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 คุณภาพระดับต่ำ²⁴ จากนั้นบันทึกและนำเสนอข้อมูลของงานวิจัยตามหัวข้อที่กำหนดได้แก่ ผู้วิจัย ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์เผยแพร่ รูปแบบงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนา ผลการศึกษา และข้อจำกัดของการวิจัย กรณีผู้วิจัยมีความเห็นไม่ตรงกันมีการปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปร่วม กรณีไม่สามารถตกลงกันได้มีการจัดให้ผู้วิจัยคนที่สามร่วมลงมติ

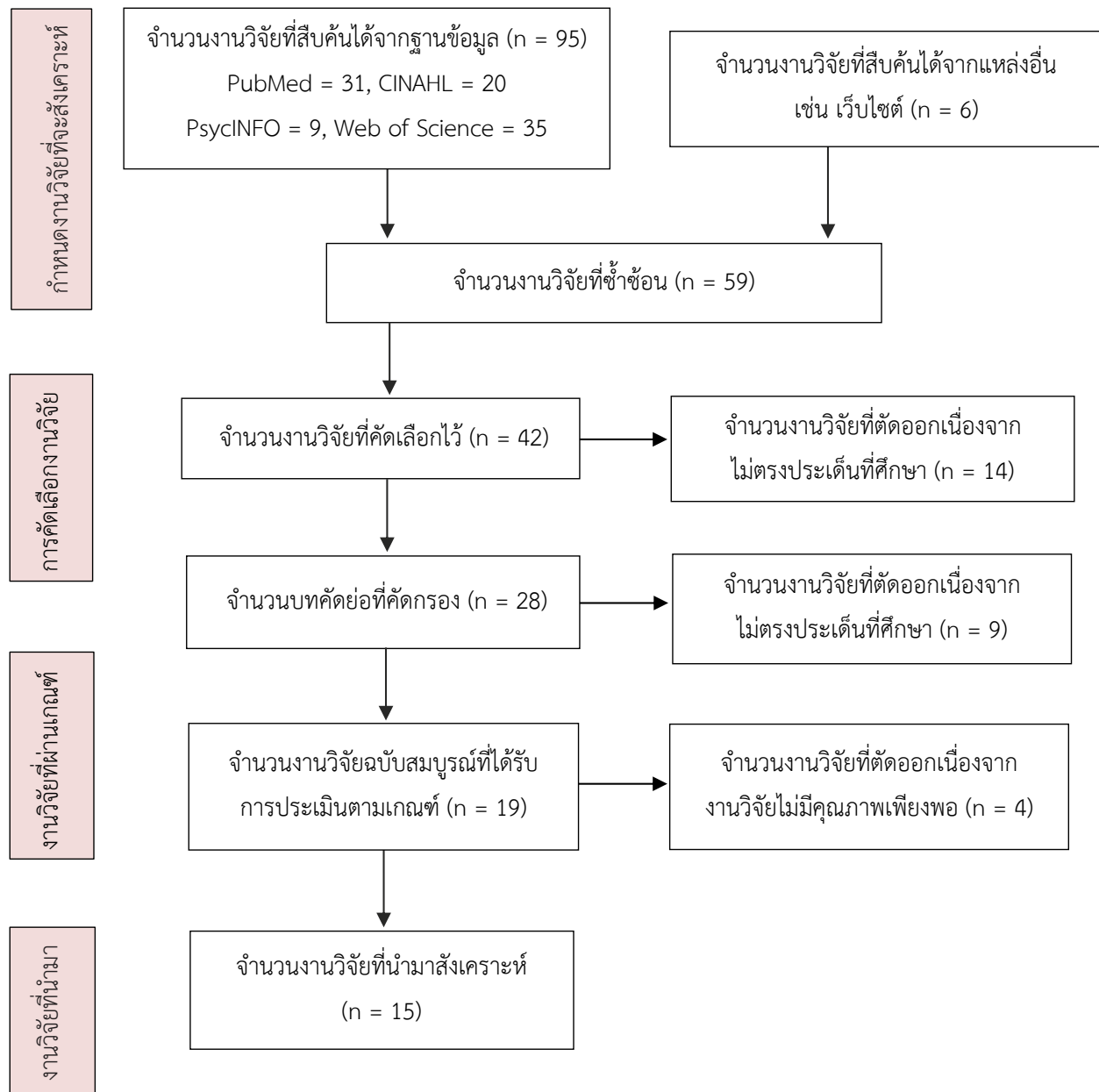
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสรุปรายงานวิจัย นำเสนอข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสังเคราะห์ข้อมูลโดยจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่และนำเสนอโดยใช้การสรุปความ

ผล

จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 101 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ซ้ำกัน 59 เรื่อง งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดกรองและนำมาประเมินคุณภาพ 19 เรื่อง มีงานวิจัยที่ถูกคัดออกเนื่องจากมีคุณภาพต่ำและไม่ตรงประเด็นที่ศึกษา 4 เรื่อง ดังนั้น มีงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ 15 เรื่อง ดังตารางที่ 1

งานวิจัยทั้ง 15 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2564 (ค.ศ. 2012 - 2021) รูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม 3 เรื่อง²⁶⁻²⁸ แบบกึ่งทดลอง 12 เรื่อง^{14,29-39} ซึ่งส่วนมากเป็นการศึกษาเบื้องต้นหรือศึกษาความเป็นไปได้เป็นการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา 5 เรื่อง^{27,28,36-38} ประเทศอังกฤษ 2 เรื่อง^{26,32} ประเทศสวีเดน 3 เรื่อง^{14,30,31} ประเทศนิวซีแลนด์ 1 เรื่อง³⁹ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ 1 เรื่อง²⁹ และประเทศจีน 3 เรื่อง³³⁻³⁵ สถานที่ทำการศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน 9 เรื่อง^{14,27,28,30,31,34,35,37,38} แผนกผู้ป่วยนอก 1 เรื่อง²⁹ และศึกษาในชุมชน 5 เรื่อง^{26,32,33,36,39} ลักษณะทั่วไปของโปรแกรมใช้การบำบัดแบบ MBCT 2 เรื่อง^{32,34} MBSR 5 เรื่อง^{28,14,30,31,37} และการเจริญสติหรือการฝึกสมาธิ 8 เรื่อง^{26,27,29,33,35,36,38,39} ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ระหว่างการฟื้นฟูสภาพและผู้ป่วยที่



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยตามหลักการของ PRISMA-ScR²⁵

ได้รับบาดเจ็บทางสมอง ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 4 คน มากที่สุด 134 คนต่อการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดรายบุคคล มีส่วนน้อยที่เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติต่อการฟื้นตัวด้านจิตใจหลังโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในช่วงเวลาฟื้นฟูสภาพร่างกายมักมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมด้วย เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความทุกข์ทางอารมณ์⁴⁰

นอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดความกดดันทางอารมณ์หลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ และการลดลงของความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่ออัตราการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติที่ช้า⁴¹ การทดลองแบบสุ่มศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ในกลุ่มผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous intracerebral hemorrhage) 134 คน พบว่า โปรแกรมส่งผลให้สุขภาพทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁵ การทดลอง

แบบสุ่มในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีการบาดเจ็บของสมองระดับต่ำพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม MBSR มีอาการทุกข์ใจจากความเมื่อยล้าด้านจิตใจ (mental fatigue) ลดลง¹⁴ และการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 8 คนที่ได้รับโปรแกรมที่บูรณาการการเจริญสติเข้ากับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy: CBT) และการบำบัดทางประสาทจิตวิทยา (neuropsychological interventions) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการทุกข์ใจจากความเมื่อยล้าด้านจิตใจลดลงภายใน 10 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโปรแกรกดังกล่าว²⁹

นอกจากนี้ การบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT ส่งผลต่อการรักษาอาการซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง^{32,39} โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT กับการสอนการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม MBCT มีภาวะซึมเศร้าลดลง ระดับสติดีขึ้น และคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความเครียด³⁵

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติต่อการฟื้นฟูร่างกายหลังโรคหลอดเลือดสมอง

อาการทางร่างกาย เช่น ความปวดและความบกพร่องของการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50⁴² แม้มีทฤษฎีแบบบิโอมิแกนสรุปว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติอาจช่วยลดอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค⁴³⁻⁴⁵ รวมทั้งมีข้อเสนอแนะให้ทำการบำบัดด้วยการเจริญสติมาใช้เพื่อลดอาการปวดเรื้อรังที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของจิตใจ⁴⁶ แต่งานวิจัยที่ทดสอบผลของการเจริญสติต่อการปวดในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองยังมีหลักฐานจำกัด โดยพบการศึกษา 1 เรื่องทดสอบนาร่องในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง 10 คน พบว่า การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิโดยใช้การฟังและนำด้วยเสียงตามหลักของ Kabat-Zinn อาจช่วยให้ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองมีการยืดหยุ่นหรือการปรับตัวของร่างกายได้ดีขึ้น³⁷

การบำบัดด้วยการเจริญสติสามารถช่วยแก้ไขปัญหายุ่งเกี่ยวกับการสื่อสารและความลำบากในการใช้ภาษาต่าง ๆ โดยเพิ่มทักษะภาษาและการจดจำ⁴⁷ การศึกษาในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในการสื่อสาร 8 คนที่เข้าร่วมกิจกรรมการเจริญสติ 5 วัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคล่องแคล่ว (fluency) ของการสื่อสารที่ดีขึ้น แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ³⁸ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การเจริญสติหรือการทำจิตสังคัมบำบัดด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น CBT ช่วยลดภาวะวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการสื่อสารหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง⁴⁸

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติต่อการทำหน้าที่ของการรู้คิดหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์แบบบิโอมิแกนในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนปกติแสดงให้เห็นว่าการเจริญสติจนเกิดสมาธิช่วยลดความคิดฟุ้งซ่านที่ส่งผลเล็กน้อยต่อการเพิ่มขึ้นของการตระหนักรู้และการควบคุมตัวเอง⁴⁹ รวมทั้งการรู้คิดด้านการบริหาร⁵⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกเจริญสติอย่างต่อเนื่องทำให้เพิ่มความจำระยะสั้นและการคิดยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น^{51,52} การศึกษาในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการรู้คิดบกพร่อง เช่น การลดลงของความสามารถจดจำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับ MBSR ใน 8 สัปดาห์มีความสนใจและความเร็วของสมรรถนะด้านประสาทจิตวิทยาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด¹⁴ และยังพบว่ากลุ่มที่ยังคงฝึกเจริญสติขั้นสูงอย่างต่อเนื่อง 8 เดือนมีสมรรถนะดังกล่าวเพิ่มขึ้นในระยะ 1 ปี³¹ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทั้งแบบตัวต่อตัวและออนไลน์เป็นเวลา 8 สัปดาห์มีผลการทดสอบทางประสาทจิตวิทยาที่ดีขึ้นและมีความเมื่อยล้าของจิตใจลดลง³⁰

วิจารณ์

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

การบำบัดด้วยโปรแกรมการเจริญสติมีผลต่อการฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่รู้คิดในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากอาจช่วยเพิ่มการทำหน้าที่และความยืดหยุ่นหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วย

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยและ ปีศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ประเทศ/พื้นที่วิจัย	รูปแบบการบำบัดโปรแกรมบำบัด	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อจำกัด
Baylan et al. (2020) ²⁶	randomized controlled trial (a pilot study)	ประเทศอังกฤษ/ ในชุมชน	- การเปรียบเทียบรูปแบบการบำบัด ระหว่าง 1) การฟังเพลงพร้อมการฝึกสมาธิเบื้องต้น 2) การฟังเพลงเท่านั้น 3) การฟังหนังสือเสียง โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 72 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มฟังเสียงฝึกสติ (mindful music listening) 23 คน 2) กลุ่มฟังเสียงเพลง (music listening) 24 คน 3) กลุ่มฟังหนังสือเสียง (audiobook listening) 25 คน	- มีความเป็นไปได้ในการบำบัด โดยการให้คะแนนจากผู้บำบัด โดยเป็นร้อยละ 96.9 - การฟังเสียงฝึกสติ ได้รับการ ยอมรับจากผู้ป่วย	- ใช้เครื่องมือประเมินตนเอง ในการวัด อาจทำให้ได้ข้อมูลที่มี อคติ
Bannon et al. (2020) ²⁷	randomized controlled trial (a feasibility study)	ประเทศสหรัฐอเมริกา/ แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท (Neuro-ICU)	- การศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการ บำบัดรักษา Recovering intervention (RT) ที่มีการฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น การปรับตัว การจัดการความไม่แน่นอน การฝึกสมาธิในการ จัดการกับความกลัวและความกังวล เป็นต้น จำนวน 6 ครั้ง วัดก่อน-หลังการทดลอง และ ติดตามผล 3 เดือน - ทำการศึกษาเปรียบเทียบกับการบำบัดรักษา ตามปกติของผู้ป่วย (minimally enhanced usual care: MEUC) ซึ่งจะได้รับการดูแลตาม ขั้นตอนการรักษาและได้รับแผนฟื้นฟูความเกี่ยวข้อง โรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูหลังบำบัด	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 32 คน - ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และ ผู้ดูแลหลัก จำนวน 16 คู่ 1) กลุ่มทดลอง ได้รับ RT intervention จำนวน 7 คู่ 2) กลุ่มควบคุม ได้รับ MEUC จำนวน 9 คู่	- โปรแกรมมีความเป็นไปได้และ ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย และ ผู้ดูแลหลัก - ผู้ที่เข้าร่วมการบำบัดสามารถ จัดการความกังวล ความทุกข์ใจ ลดลง และอารมณ์ดีขึ้น	- เป็นการทดสอบความเป็นไปได้ และการยอมรับของผู้ป่วยและผู้ ดูแลเท่านั้น
Baldo et al. (2021) ²⁸	randomized, controlled (a pilot study)	ประเทศสหรัฐอเมริกา/ แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัด MBSR เปรียบเทียบ brain health บำบัด 8 สัปดาห์ และทดสอบความเป็นไปได้ เบื้องต้น	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่ม MBSR 16 คน และ Brain Health 16 คน	- โปรแกรม MBSR มีความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ในผู้ป่วยหลัง โรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง	- กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและไม่มี การทดสอบทางสถิติ
Johansson, et al. (2012) ¹⁴	quasi-experimental research	ประเทศสวีเดน/ หอผู้ป่วยใน	- การบำบัด MBSR 8 สัปดาห์	- กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 คน เป็นผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง 18 คน และ บาดเจ็บศีรษะ 11 คน - แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ได้รับ MBSR และ กลุ่มควบคุม 14 คน ไม่ได้ รับโปรแกรมบำบัดใด ๆ จนสิ้นสุด การวิจัยจึงได้รับโปรแกรม MBSR	- กลุ่มทดลองมีผลการประเมิน ด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้นหลังเข้าร่วม โปรแกรม MBSR	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และ ไม่ได้เปรียบเทียบกับการบำบัด แบบอื่น

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ผู้วิจัยและปีการศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ประเทศ/พื้นที่วิจัย	รูปแบบการบำบัด/โปรแกรมบำบัด	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อจำกัด
Hofer, et al. (2014) ²⁹	quasi-experimental research (preliminary study)	ประเทศสวีเดน/เซอร์แลนด์/แผนกผู้ป่วยนอก	- การบำบัดด้วยการเจริญสติร่วมกับจิตประสาทบำบัด แบบรายบุคคล มีการปรับให้เหมาะสมในแต่ละคน	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเมื่อยล้าของจิตใจ จำนวน 8 คน	- ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกเมื่อลำพังจิตใจได้ดีขึ้น	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย
Johansson, et al. (2015) ³⁰	quasi-experimental research	ประเทศสวีเดน/แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัด MBSR 8 สัปดาห์โดยการฝึกเจริญสติแบบออนไลน์ เปรียบเทียบกับการฝึกเดินตามธรรมชาติ	- กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 18 คน และบาดเจ็บศีรษะ 16 คน - ได้รับการบำบัดแบบออนไลน์ จำนวน 12 คน - ได้รับการบำบัดแบบเผชิญหน้า จำนวน 13 คน - ได้รับการฝึกเดิน จำนวน 9 คน	- กลุ่มที่บำบัดแบบออนไลน์มีอาการเมื่อยล้าของจิตใจลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่บำบัดแบบเผชิญหน้าและกลุ่มที่ฝึกเดิน	- ไม่ได้แบ่งกลุ่มด้วยการสุ่ม - กลุ่มตัวอย่าง 7 คน ปฏิเสธการเข้ากลุ่มแบบออนไลน์
Johansson, et al. (2015) ³¹	quasi-experimental research	ประเทศสวีเดน/แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัด advanced MBSR แบบกลุ่ม 2 ชั่วโมง 30 นาทีต่อเดือน จำนวน 8 ครั้ง ต่อเนื่อง 8 เดือน กิจกรรมการบำบัดเน้นการพัฒนาเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิทุกวัน	- กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 คน และผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง 6 คน เคยได้รับโปรแกรมบำบัด MBSR มาก่อน มีประวัติเจ็บป่วยมาอย่างน้อย 1 ปี และมีปัญหาเมื่อยล้าของจิตใจ	- หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด ความเมื่อยล้าของจิตใจและความรู้สึกลดลงของผู้ป่วยดีขึ้น	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย - ไม่มีการเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่น
Meriman, et al. (2015) ³²	quasi-experimental research (a pilot study)	ประเทศอังกฤษ/ในชุมชน	- กลุ่มบำบัดด้วย MBCT สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 9 สัปดาห์	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 4 คน	- ผู้ป่วย 3 คน มีการซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง ภาวะกดดันทางจิตใจดีขึ้น แต่มี 1 คน ที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากไม่ได้ฝึกต่อเนื่องที่บ้าน	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย
Wang et al. (2019) ³³	quasi-experimental research (a feasibility study)	ประเทศจีน/ในชุมชน	- ประกอบด้วย 2 การศึกษา คือ 1) การศึกษาที่ 1 สสำรวจเทคนิคการเจริญสติและการผ่อนคลายที่ต้องการและวิธีการปรับเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสาร 2) การศึกษาที่ 2 ทดสอบความเป็นไปได้และการยอมรับของการบำบัดด้วยการประยุกต์เทคนิคการเจริญสติและการผ่อนคลายจากเอกสารฝึกตามวันละ 2 ครั้ง หรือ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ติดต่อกัน 4 สัปดาห์	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 38 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างการศึกษาที่ 1 จำนวน 13 คน และการศึกษาที่ 2 จำนวน 15 คน	- การบำบัดด้วยการประยุกต์เทคนิคการเจริญสติและการผ่อนคลายได้รับการยอมรับจากผู้เข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างและมีความเป็นไปได้ในการวิจัยต่อไป	- เป็นการศึกษาเบื้องต้น ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ผู้วิจัยและปีการศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ประเทศ/พื้นที่วิจัย	รูปแบบการบำบัดโปรแกรมบำบัด	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อจำกัด
Wang et al. (2019) ³⁴	quasi-experimental research	ประเทศจีน/แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัดด้วยการเจริญสติประยุกต์แบบสั้น สัปดาห์ละ 1.5 ชั่วโมง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและอยู่ในช่วงฟื้นฟูร่างกาย จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ 25 คน	- กลุ่มทดลองมีระดับของสติและความรู้สึกลึกซึ้งขึ้นหลังฝึกสมาธิ แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการพยาบาลปกติ	- การบำบัดมีระยะเวลาสั้น และ ไม่มีการสุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง
Wang et al. (2020) ³⁵	quasi-experimental research	ประเทศจีน/แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัด MBCT แบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 ครั้ง ในระยะเวลา 2 เดือน	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง และ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 134 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับ MBCT 67 คน และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสอนการจัดการความเครียด 67 คน	- กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง ระดับสติดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม	- ใช้แบบสอบถาม แบบประเมินตัวเอง ไม่มีการติดตามผลในระยะยาว
Love et al. (2020) ³⁶	quasi-experimental research	ประเทศสหรัฐอเมริกา/ในชุมชน	- โปรแกรมการบำบัดด้วยการฝึกสมาธิทุกสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 คน	- ความยืดหยุ่นของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นหลังการบำบัด แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ	- กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
Wathugala, et al. (2019) ³⁷	quasi-experimental research (a feasibility study)	ประเทศสหรัฐอเมริกา/แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัด MBSR ด้วยการฟังและฝึกสมาธิ ทุกวันติดต่อกัน 2 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกของการฝึกสมาธิ body scan 3 นาทีต่อวัน และสัปดาห์ที่ 2 การฝึกสมาธิช่วงที่นั่ง/การหายใจ ที่ใช้เวลา 5 นาทีต่อวัน	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองและ มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 10 คน	- กลุ่มตัวอย่างมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะข้อศอกและข้อมือ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	- กลุ่มตัวอย่างน้อยมากและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
Marshall, et al. (2018) ³⁸	quasi-experimental research (a feasibility study)	ประเทศสหรัฐอเมริกา/แผนกผู้ป่วยใน	- กลุ่มบำบัดโดยการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ 5 วัน	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาพบร่องรอยการสื่อสาร จำนวน 8 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ 5 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 3 คน ที่ไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ	- การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ มีความเป็นไปได้ในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง และการสื่อสารของผู้ป่วยดีขึ้นหลังการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและ ไม่มีการทดสอบทางสถิติ

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ผู้วิจัยและปีการศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ประเทศ/พื้นที่วิจัย	รูปแบบการบำบัด/โปรแกรมบำบัด	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อจำกัด
Wrapson et al. (2021) ³⁹	quasi-experimental research (a feasibility study)	ประเทศนิวซีแลนด์/ในชุมชน	- โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติ (Mindfulness-Based Intervention: MBI) แบบ จำนวน 6 ครั้ง และกระตุ้น 1 ครั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จำนวน 20 คน	- กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมครบจำนวน 15 คน ถอนตัวจากโปรแกรม 1 คน ได้รับการบำบัดลักษณะคล้ายกัน 1 คน บำบัดครบ 6 ครั้ง แต่ไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมกระตุ้น - MBI มีความเป็นไปได้หลังการบำบัด ในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสติเศร้าลดลงและรู้สึกชอบรูปแบบการบำบัด เห็นคุณค่า รู้สึกสบายใจในการทำบางกิจกรรม จำนวน 3 คน	- กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยและควรมีการศึกษาประสิทธิภาพเพิ่มเติมและควรมีก่อนเปรียบเทียบกับ

หมายเหตุ : MBSR = mindfulness-based stress reduction, MBCT = mindfulness-based cognitive therapy, CBT = cognitive behavioral therapy

หลังโรคหลอดเลือดสมองมีการยืดหยุ่นหรือการปรับตัวของร่างกายได้ดีขึ้น³⁷ และยังพบว่าช่วยลดอาการปวดเรื้อรังที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของจิตใจ⁴⁶ นอกจากนี้การบำบัดด้วยการเจริญสติสามารถช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะการสื่อสารและความลำบากในการใช้ภาษาต่าง ๆ โดยเพิ่มทักษะภาษาและการจดจำ^{38,47} รวมทั้งผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมหักการก้าวร้าวการก้าวร้าว ความวิตกกังวลภาวะกดดันทางจิตใจ และความเมื่อยล้าด้านจิตใจลดลง^{30,32,39} รวมทั้งระดับของสติและความรู้สึกดีขึ้นหลังการฝึกสมาธิ³⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผ่อนคลายความเครียด³³ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีอารมณ์ดีขึ้น²⁷ นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองมีสมาธิและความคิดฟุ้งซ่านลดลง²⁶ ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการรู้คิดบกพร่องพบว่าผู้ป่วยมีความสนใจและความเร็วของสมรรถนะด้านประสาทจิตวิทยาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด¹⁴ และยังพบว่ากลุ่มที่ยังคงฝึกเจริญสติขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง 8 เดือนมีสมรรถนะดังกล่าวเพิ่มขึ้นในระยะ 1 ปี³¹

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้นที่อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ เนื่องจากส่วนใหญ่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และไม่มีกลุ่มควบคุมตัวอย่างเข้ากลุ่มการทดลองตามโปรแกรม รวมทั้งไม่มีการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของความสนใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าการบำบัดด้วยการเจริญสติจะมีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในการสื่อสาร จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้แม้ว่าประมาณร้อยละ 30 - 70 ของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองมีอาการทุกข์ทรมานจากความเมื่อยล้าด้านจิตใจ แต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเจริญสติต่อความเมื่อยล้าด้านจิตใจในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำนวนน้อย⁴¹ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าวเพื่อสนับสนุนสมมติฐานเกี่ยวกับการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบสุ่มและมี

กลุ่มเปรียบเทียบ และควรศึกษาทั้งในหน่วยบริการสาธารณสุขและที่บ้านของผู้ป่วย ตลอดจนประยุกต์โปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยที่หลากหลายระดับ โดยคำนึงถึงเชื้อชาติและศาสนา³⁶

รูปแบบโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไปมาตรฐานของโปรแกรมการเจริญสติเพื่อลดความเครียดใช้เวลาต่อเนื่องนาน 8 สัปดาห์⁴⁷ ดังการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมของการบำบัดด้วยการเจริญสติด้วยรูปแบบกลุ่มและการเผชิญหน้าเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาบกพร่องความรู้คิดในระดับปานกลางถึงสูงจำนวน 32 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเจริญสติอย่างต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ มีอัตราการคงอยู่ถึงร้อยละ 87 โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมอยู่ในระดับดีและความพึงพอใจในระดับสูง²⁸ ทั้งนี้มีข้อจำกัดในการใช้ คือ โปรแกรมการเจริญสติเหมาะกับผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งการบกพร่องรู้คิดในระดับเล็กน้อยเท่านั้น¹⁴ แต่มีการศึกษาความเป็นไปได้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายที่ค่อนข้างมากโดยประยุกต์ให้เหมาะสมและปรับรูปแบบสำหรับการฝึกที่บ้านที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การเดิน การใส่เสื้อผ้า และการกิน โดยเป็นการฝึกแต่ละกิจกรรมอย่างมีสติ³⁹

ปัจจุบันมีการพัฒนาการบำบัดด้วยการเจริญสติในรูปแบบทางไกลเพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยผ่านช่องทางที่หลากหลายขึ้น โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มีการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความเครียด⁵³ การใช้โทรศัพท์ในการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง⁵⁴ และการบำบัดด้วยการเจริญสติโดยใช้เว็บแอปพลิเคชันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเมเร็งและผู้ดูแล⁵⁵ พบว่าโปรแกรมเหล่านี้ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

การนำไปใช้ในการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่าย และสามารถช่วยในการบำบัดรักษาตามโปรแกรมการเจริญสติในหลากหลายบริบท⁵⁶ การสนทนากลุ่มในพยาบาลที่ทำงานในหน่วยผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท พบว่า ผู้ป่วยต้องการได้รับการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อช่วยเร่งกระบวนการฟื้นฟูการหายของโรค ขณะอยู่ในหน่วยวิกฤต แต่พยาบาลไม่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติ⁵⁷ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติ จึงมีการพิจารณาความเป็นไปได้และแนวทางในการเพิ่มเนื้อหาการฝึกทักษะการบำบัดด้วยการเจริญสติในหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีเครื่องมือในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ โดยนักศึกษาพยาบาลควรได้รับการฝึกทักษะและนำไปใช้กับผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งการกระตุ้นผู้ป่วยหรือการพยาบาลรายบุคคล และระบบสาธารณสุขควรพิจารณาเพิ่มการฝึกอบรมโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในบุคลากรทางการแพทย์ในหลักสูตรการพยาบาลต่อเนื่อง⁵⁸

ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตในครั้งนี้เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เป็นการค้นคว้างานวิจัยที่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางออนไลน์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กำหนดขอบเขตการค้นหางานวิจัยย้อนหลังเพียง 10 ปี รวมทั้งค้นคว้าจากฐานข้อมูลเพียง 6 ฐานเท่านั้น อาจมีงานวิจัยที่เผยแพร่ในภาษาอื่น ๆ และฐานข้อมูลอื่นที่ไม่ได้สืบค้น

สรุป

ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองต้องประสบกับปัญหาทางร่างกายจนส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตามมา แม้การบำบัดด้วยโปรแกรมการเจริญสติมีประโยชน์ในการลดความเจ็บปวดและปัญหาทางอารมณ์และจิตใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ แต่การศึกษาวิจัยในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองยังมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการทดสอบความเป็นไปได้เบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมหรือได้รับโปรแกรมอื่น ๆ อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการเจริญสติไปใช้ในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองเพื่อช่วยลดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ปัญหาด้านร่างกายและความบกพร่องของกระบวนการทางความคิด ความเข้าใจ และการสื่อสาร โดยควรมีการปรับรูปแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้สามารถนำไปฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยกระตุ้นการฝึกพร้อมด้วย รวมทั้งการพัฒนาการบำบัดในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้พยาบาลสามารถติดตามผลการฝึกปฏิบัติที่บ้านได้นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศไทยเพื่อยืนยันผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World stroke day [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>
2. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*. 2014;45(7):2160-236. doi:10.1161/STR.0000000000000024.
3. Corbetta M, Ramsey L, Callejas A, Baldassarre A, Hacker CD, Siegel JS, et al. Common behavioral clusters and subcortical anatomy in stroke. *Neuron*. 2015;85(5):927-41. doi:10.1016/j.neuron.2015.02.027.

4. Ferro JM, Caeiro L, Figueira ML. Neuropsychiatric sequelae of stroke. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(5):269-80. doi:10.1038/nrneurol.2016.46.
5. Aniwattanapong D. Post-stroke depression. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(4): 383-418.
6. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):14-21. doi:10.1192/bjp.bp.111.107664.
7. Ayerbe L, Ayis SA, Crichton S, Rudd AG, Wolfe CD. Explanatory factors for the association between depression and long-term physical disability after stroke. *Age Ageing*. 2015;44(6):1054-8. doi:10.1093/ageing/afv132.
8. Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*. 2005;36(10):2296-301. doi:10.1161/01.STR.0000183622.75135.a4.
9. Hackett ML, Pickles K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2014;9(8):1017-25. doi:10.1111/ijss.12357.
10. Ayerbe L, Ayis S, Crichton S, Wolfe CD, Rudd AG. The natural history of depression up to 15 years after stroke: the south london stroke register. *Stroke*. 2013;44(4):1105-10. doi:10.1161/STROKEAHA.111.679340.
11. Bartoli F, Pompili M, Lillia N, Crocamo C, Salemi G, Clerici M, et al. Rates and correlates of suicidal ideation among stroke survivors: a meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2017;88(6):498-504. doi:10.1136/jnnp-2017-315660.
12. Blöchl M, Meissner S, Nestler S. Does depression after stroke negatively influence physical disability? a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2019;247:45-56. doi:10.1016/j.jad.2018.12.082.
13. Burgess DJ, Beach MC, Saha S. Mindfulness practice: a promising approach to reducing the effects of clinician implicit bias on patients. *Patient Educ Couns*. 2017;100(2):372-6. doi:10.1016/j.pec.2016.09.005.
14. Johansson B, Bjuhr H, Rönnbäck L. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2012;26(13-14):1621-8. doi:10.3109/02699052.2012.700082.
15. Payutto PA. The compilation of Buddhist dictionary. 34th ed. Bangkok: The Foundation of Peace Education: Venerable Prayudh Payutto; 2016.
16. The Free Encyclopedia. Sati [Internet]. 2020 [cited 2022 May 21]. Available from: <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%B4>
17. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Worcester: University of Massachusetts Medical Center/ Worcester; 1990.
18. Kabat-Zinn J. Mindfulness. *Mindfulness*. 2015;6(6): 1481-3. doi:10.1007/s12671-015-0456-x.
19. Segal, ZV, Williams, JM G, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press; 2002.
20. Segal ZV, Williams JM G, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2003.
21. Tao S, Geng Y, Li M, Ye J, Liu Z. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy on depression in poststroke patients systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res*. 2022;163:111071. doi:10.1016/j.jpsychores.2022.111071.
22. Tadi P, Lui F, Budd LA. Acute stroke (nursing). In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2024.
23. Peters MD, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2015.
24. Joanna Briggs Institute [JBI]. JBI critical appraisal tools [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
25. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. doi:10.7326/M18-0850.

26. Baylan S, Haig C, MacDonald M, Stiles C, Easto J, Thomson M, et al. Measuring the effects of listening for leisure on outcome after stroke (MELLO): a pilot randomized controlled trial of mindful music listening. *Int J Stroke*. 2020;15(2):149-58. doi:10.1177/1747493019841250.
27. Bannon S, Lester EG, Gates MV, McCurley J, Lin A, Rosand J, et al. Recovering together: building resiliency in dyads of stroke patients and their caregivers at risk for chronic emotional distress; a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud*. 2020;6:75. doi:10.1186/s40814-020-00615-z.
28. Baldo JV, Schendel K, Lwi SJ, Herron TJ, Dempsey DG, Muir J, et al. Mindfulness-based stress reduction intervention in chronic stroke: a randomized, controlled pilot study. *Mindfulness*. 2021;12:2908-19. doi:10.1007/s12671-021-01751-0.
29. Hofer H, Holtforth MG, Lüthy F, Frischknecht E, Znoj H, Müri RM. The potential of a mindfulness-enhanced, integrative neuro-psychotherapy program for treating fatigue following stroke: a preliminary study. *Mindfulness*. 2014;5(2):192-9. doi:10.1007/s12671-012-0167-5.
30. Johansson B, Bjuhr H, Karlsson M, Karlsson JO, Rönnbäck L. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) delivered live on the internet to individuals suffering from mental fatigue after an acquired brain injury. *Mindfulness*. 2015;6:1356-65. doi:10.1007/s12671-015-0406-7.
31. Johansson B, Bjuhr H, Rönnbäck L. Evaluation of an advanced mindfulness program following a mindfulness-based stress reduction program for participants suffering from mental fatigue after acquired brain injury. *Mindfulness*. 2015;6:227-33. doi:10.1007/s12671-013-0249-z.
32. Merriman J, Walker-Bircham S, Easton SA, Maddicks R. The development of a mindfulness group for stroke patients: a pilot study. *Clinical Psychology Forum*. 2015;267:26-30.
33. Wang X, Smith C, Ashley L, Hyland ME. Tailoring self-help mindfulness and relaxation techniques for stroke survivors: examining preferences, feasibility and acceptability. *Front Psychol*. 2019;10:391. doi:10.3389/fpsyg.2019.00391.
34. Wang M, Liao W, Chen X. Effects of a short-term mindfulness-based intervention on comfort of stroke survivors undergoing inpatient rehabilitation. *Rehabil Nurs*. 2019;44(2):78-86. doi:10.1097/rnj.0000000000000098.
35. Wang X, Li J, Wang C, Lv J. The effects of mindfulness-based intervention on quality of life and poststroke depression in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage in China. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35(5):572-80. doi:10.1002/gps.5273.
36. Love MF, Sharrief A, LoBiondo-Wood G, Cron SG, Sanner Beauchamp JE. The effects of meditation, race, and anxiety on stroke survivor resilience. *J Neurosci Nurs*. 2020;52(3):96-102. doi:10.1097/JNN.0000000000000509.
37. Wathugala M, Saldana D, Juliano JM, Chan J, Liew SL. Mindfulness meditation effects on poststroke spasticity: a feasibility study. *J Evid Based Integr Med*. 2019;24:2515690X19855941. doi:10.1177/2515690X19855941.
38. Marshall RS, Laures-Gore J, Love K. Brief mindfulness meditation group training in aphasia: exploring attention, language and psychophysiological outcomes. *Int J Lang Commun Disord*. 2018;53(1):40-54. doi:10.1111/1460-6984.12325.
39. Wrapson W, Dorrestein M, Wrapson J, Theadom A, Kayes NM, Snell DL, et al. A feasibility study of a one-to-one mindfulness-based intervention for improving mood in stroke survivors. *Mindfulness*. 2021;12:1148-58. doi:10.1007/s12671-020-01583-4.
40. Chemerinski E, Robinson RG. The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics*. 2000;41(1):5-14. doi:10.1016/S0033-3182(00)71168-6.
41. Duncan F, Wu S, Mead GE. Frequency and natural history of fatigue after stroke: a systematic review of longitudinal studies. *J Psychosom Res*. 2012;73(1):18-27. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.04.001.
42. Naess H, Lunde L, Brogger J. The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: the Bergen Stroke Study. *Vasc Health Risk Manag*. 2012;8:407-13. doi:10.2147/VHRM.S32780.
43. Anheyer D, Haller H, Barth J, Lauche R, Dobos G, Cramer H. Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2017;166(11):799-807. doi:10.7326/M16-1997.

44. Feng B, Hu X, Lu WW, Wang Y, Ip WY. Are mindfulness treatments effective for pain in cancer patients? a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain*. 2022;26(1):61-76. doi:10.1002/ejp.1849.
45. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2017;51(2):199-213. doi:10.1007/s12160-016-9844-2.
46. Castelnovo G, Giusti EM, Manzoni GM, Saviola D, Gatti A, Gabrielli S, et al. Psychological treatments and psychotherapies in the neurorehabilitation of pain: evidences and recommendations from the italian consensus conference on pain in neurorehabilitation. *Front Psychol*. 2016;7:115. doi:10.3389/fpsyg.2016.00115.
47. Medina AM, Mead JS. An exploration of mindfulness in speech-language pathology. *Commun Disord Q*. 2021;42(4):257-65. doi:10.1177/1525740120942141.
48. Ryan BJ, Clunne SM, Baker CJ, Shiggins C, Rose ML, Kneebone II. A systematic review of non-drug interventions to prevent and treat anxiety in people with aphasia after stroke. *Disabil Rehabil*. 2022;44(18):4997-5006. doi:10.1080/09638288.2021.1925752.
49. Gill LN, Renault R, Campbell E, Rainville P, Khoury B. Mindfulness induction and cognition: a systematic review and meta-analysis. *Conscious Cogn*. 2020;84:102991. doi:10.1016/j.concog.2020.102991.
50. Millett G, D'Amico D, Amestoy ME, Gyspeerdts C, Fiocco AJ. Do group-based mindfulness meditation programs enhance executive functioning? a systematic review and meta-analysis of the evidence. *Conscious Cogn*. 2021;95:103195. doi:10.1016/j.concog.2021.103195.
51. Youngs MA, Lee SE, Mireku MO, Sharma D, Kramer RSS. Mindfulness meditation improves visual short-term memory. *Psychol Rep*. 2021;124(4):1673-86. doi:10.1177/0033294120926670.
52. Zou Y, Li P, Hofmann SG, Liu X. The mediating role of non-reactivity to mindfulness training and cognitive flexibility: a randomized controlled trial. *Front Psychol*. 2020;11:1053. doi:10.3389/fpsyg.2020.01053.
53. Witarto BS, Visuddho V, Witarto AP, Bestari D, Sawitri B, Melapi TAS, et al. Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2022;17(9):e0274177. doi:10.1371/journal.pone.0274177.
54. Spruill TM, Reynolds HR, Dickson VV, Shallcross AJ, Visvanathan PD, Park C, et al. Telephone-based mindfulness training to reduce stress in women with myocardial infarction: rationale and design of a multicenter randomized controlled trial. *Am Heart J*. 2018;202:61-7. doi:10.1016/j.ahj.2018.03.028.
55. Dragomanovich HM, Dhruva A, Ekman E, Schoenbeck KL, Kubo A, Van Blarigan EL, et al. Being Present 2.0: online mindfulness-based program for metastatic gastrointestinal cancer patients and caregivers. *Glob Adv Health Med*. 2021;10:21649561211044693. doi:10.1177/21649561211044693.
56. Gray LA. Living the Full Catastrophe: a mindfulness-based program to support recovery from stroke. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(4):498. doi:10.3390/healthcare8040498.
57. McCurley JL, Funes CJ, Zale EL, Lin A, Jacobo M, Jacobs JM, et al. Preventing chronic emotional distress in stroke survivors and their informal caregivers. *Neurocrit Care*. 2019;30(3):581-9. doi:10.1007/s12028-018-0641-6.
58. Saban KL, Tell D, De La Pena P. Nursing Implications of Mindfulness-Informed Interventions for stroke survivors and their families. *Stroke*. 2022;53(11):3485-93. doi:10.1161/STROKEAHA.122.038457.