

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกัน
การกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิม

Development of Self-Management Promoting with Family Support Program on
Recurrence Prevention Behaviors of ischemic stroke for Elderly Muslims

ชาลีสา สาและ¹

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์²

Email: ploenpit.t@psu.ac.th

จารุวรรณ กฤตย์ประชา³

Email: charuwan.kr@psu.ac.th

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Email: 6010420020@email.psu.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 ราย จากคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีวิธีดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์ปัญหา 2) พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย แผนการจัดการตนเอง ดำเนินกิจกรรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ สื่อนำเสนอภาพนิ่งสำหรับให้ความรู้ คู่มือการจัดการตนเอง สมุดบันทึกการจัดการตนเอง แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านของ 3) ทดสอบโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างและประเมินผลใช้โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่คู่

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.20, p < .001$) ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, โรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research aimed to develop and evaluate of self-management promoting with family support program on recurrence prevention behaviors for elderly muslims with ischemic stroke. The sample was 15 elderly muslims with Ischemic Stroke from chronic disease clinic in tertiary hospital and were selected by purposive sampling. The studying

period was divided into 3 phases: 1) problems analysis, 2) development of the self-management promoting with family support program that consist of the 8-week for self-management activity plan, a PowerPoint for educating, booklet for self-management, phone call follow-up form and home visit form 3) program testing with the subjects for 8 weeks and evaluated by using recurrence prevention behaviors questionnaire (Cronbach's alpha coefficient was 0.83). Data were analyzed using by paired samples t-test.

The findings showed that after the subjects participated in the program, a mean score of recurrence prevention behaviors (good part) were higher, While recurrence prevention behaviors (bad part) was lower than before ($t = -11.20, p < .001$). These findings indicated that self-management promoting with family support program for elderly muslims with ischemic stroke could increase recurrence prevention behaviors.

Keywords: recurrent prevention behaviors, ischemic stroke, self-management promoting program, elderly muslims with ischemic stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 75-80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดในผู้ป่วยช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป เนื่องมาจากความเสื่อมของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น และผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ใน 4 จะกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้แล้วจะมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้เร็วกว่าคนที่อายุน้อยกว่า และพบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 64.6 (Zhu, Xu, Shi, & Yan, 2016) รวมทั้งมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 3-12 เดือน (ร้อยละ 16.6) จะเห็นได้ว่าความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและระยะเวลาที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Sun, Lee, Heng, & Chin, 2013) ผลกระทบจากการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการที่รุนแรงมากขึ้น และพบว่าอัตราตายในระยะแรกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 2 สูงถึงร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับครั้งแรก (สมศักดิ์, 2554)

จากแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติในอเมริกา (NSA, 2013) มีหลายองค์ประกอบด้วยกัน แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ 3 ด้าน คือ 1) การรับประทานยา 2) การรับประทานอาหาร และ 3) การออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจเป็นผลจากความเชื่อและหลักคำสอนที่ว่ามนุษย์ทุกคนจะได้รับการทดสอบจากอัลลอฮ์ ดังนั้นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงเป็นการทดสอบถึงความอดทนในการบำบัดรักษา บุคคลที่เจ็บป่วยจึงวิงวอนขอพรจากพระองค์ให้หายจากโรค (ดำรงค์, 2547; ศศิกาญจน์, 2557) จากสาเหตุดังกล่าวนี้ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมขาดความเคร่งครัดในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานยา และขาดความสม่ำเสมอในการรักษา ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นผลจากวิถีชีวิตของชาวมุสลิมมีความนิยมบริโภคอาหารรสเค็มและรสมัน อาหารทอด อาหารมัน (เพ็ญญา, 2555) ส่งผลต่อการควบคุมและป้องกันภาวะโรค

เรื้อรังเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ปัจจัยด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ยังพบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40 ไม่มีการออกกำลังกาย (Billinger et al., 2014)

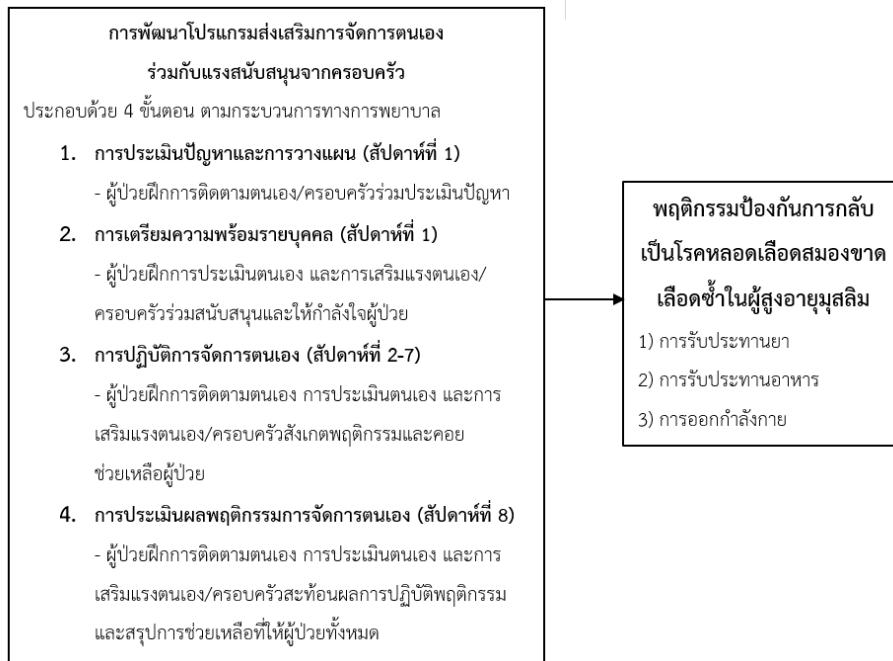
จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองยังขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเองที่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย จึงเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการจัดการตนเองเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเองจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่อย่างไรก็ตามการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำยังจำเป็นต้องอาศัยการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมด้วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดตามอายุที่แก่ชราลง (ดวงสุดา, 2559) จนต้องเปลี่ยนบทบาทจากที่เคยพึ่งตนเองได้มาเป็นบทบาทที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (รัชฎา, 2556) โดยจะมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้คอยเตือนความจำในการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี และคอยให้ความช่วยเหลือ (Chambers et al., 2011) การศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวให้มีความสอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่ยึดถือตามบทบัญญัติของศาสนา โดยใช้แนวคิดของการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพผู้ป่วยในการจัดการตนเองและส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าวิจัยพัฒนาโปรแกรมพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) ของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยมีครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และตามแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติในอเมริกา (NSA, 2013) โดยเลือกการจัดการตนเองมา 3 ด้าน คือ 1) การรับประทานยา 2) การรับประทานอาหาร และ 3) การออกกำลังกาย เพื่อให้มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตและหลักคำสอนทางศาสนาอิสลาม จนสามารถควบคุมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ โดยแบ่งตามกระบวนการทางการพยาบาลออกเป็น 4 ขั้นตอน สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาการพัฒนาและผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิม โดยศึกษาผลของโปรแกรมจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ที่ไม่มีประวัติกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง และนับถือศาสนาอิสลาม ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน 2562

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ระเบียบวิธีการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิม โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และ พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัส PSU IRB 2019 – Nst 010

2. ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบ PICO (P = population, I = intervention, C = comparison, O = Outcome) เพื่อคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาโปรแกรม โดยใช้ key word จากฐานข้อมูล Pubmed, Proquest, CINAHL, Thailis, TCI and google Scholar ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2562 (10 ปีย้อนหลัง)

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) ของแคนเฟอร์และแกลลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว สร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ด้วยกลวิธีการจัดการ

ตนเอง ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)

ระยะที่ 3 ทดสอบและประเมินผลโปรแกรม โดยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ใช้เวลาในการดำเนินงานทั้งหมด 8 สัปดาห์ และประเมินผลโปรแกรมโดยเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนต่อไปนี้

1. การประเมินและวางแผนปัญหา (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการประเมินปัญหาพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิม โดยพิจารณาว่าการปฏิบัติที่ผ่านมาพบปัญหาอะไรบ้างตามการรับรู้ของตนเอง เพื่อให้เกิดความต้องการที่จะแก้ไขปัญหานั้น ๆ โดยมีครอบครัวเป็นผู้ร่วมสะท้อนปัญหาด้วย

2. การเตรียมความพร้อมรายบุคคล (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมการจัดการตนเอง สอนวิธีการจดบันทึกข้อมูลการจัดการตนเอง และมอบคู่มือเพื่อนำไปศึกษาขณะอยู่บ้าน มีการเปรียบเทียบการปฏิบัติของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐาน ร่วมกับกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติด้วยตนเอง ทำการบันทึกในสมุดบันทึก และให้ผู้ป่วยเสริมแรงในพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีแล้ว รวมทั้งเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยให้มีบทบาทในการคอยสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย

3. การปฏิบัติการจัดการตนเอง (สัปดาห์ที่ 2-7) เป็นขั้นตอนที่ผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ปฏิบัติพฤติกรรมจริงตามแผนที่กำหนดไว้ขณะอยู่บ้าน และติดตามบันทึกพฤติกรรมของตนเอง โดยประเมินผลการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ ร่วมกับมีครอบครัวคอยสนับสนุนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 3-7 ในระยะเวลา 8 สัปดาห์

4. การประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเอง (สัปดาห์ที่ 8) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (post-test)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากร คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยการแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งมารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง และนับถือศาสนาอิสลาม 2) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ที่ไม่มีประวัติกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง 3) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) 5) ไม่มีภาวะพึ่งพา คัดกรองโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ไม่มีภาวะพึ่งพา 12-20 คะแนน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) 6) ไม่มีภาวะซึมเศร้า คัดกรองโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) 7) สื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่น (มลายู) ได้ 8) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 9) มีสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนคุณสมบัติในการคัดออก คือ 1) มีอาการไม่คงที่ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงวิกฤต

ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 ข้อ 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL Index) จำนวน 10 ข้อ และ 3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด แบ่งเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ และข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของชลการ (2557) ประกอบด้วยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอนให้ความรู้สำหรับวิจัย สื่อนำเสนอภาพนิ่งให้ความรู้ คู่มือส่งเสริมการจัดการตนเอง สมุดบันทึกการจัดการตนเอง และแบบบันทึกการติดตามการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 พร้อมทั้งนำเครื่องมือทั้งหมดไปศึกษานำร่องกับผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย ซึ่งพบปัญหาว่าเวลาในการให้ความรู้ 1 ชั่วโมง ใช้เวลานานเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสนใจต่อการเรียนรู้ จึงปรับลดเวลาเหลือ 45 นาที

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา และประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวมของผลการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) ประกอบด้วย โดยใช้สถิติ Fisher Skewness coefficient และ kurtosis coefficient โดยข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ($p > .05$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบพาราเมตริก คือ สถิติทีคู่ (paired t-test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 ราย ร้อยละ 66.67 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 66.46 ปี (SD = 5.56) ร้อยละ 73.3 มีสถานภาพสมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 60 และสิทธิการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 60

1.2 ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.02 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 4.58) มีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 32.80 เดือน (SD = 32.49) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 133.13 มิลลิเมตรปรอท (SD = 15.04) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 77.40 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.31) โรคประจำตัวอื่นที่พบร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 46.9 และ 28.1 ตามลำดับ มีการรับประทานยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด ร้อยละ 25 ยาควบคุมความดันโลหิตและยาควบคุมระดับไขมันในเลือด ร้อยละ 23.3 ประวัติการสูบบุหรี่พบว่าเคยสูบแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 66.7 ไม่เคยสูบ ร้อยละ 33.3 ทั้งหมดไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 100 และผู้ป่วยทั้งหมดมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ร้อยละ 100 สำหรับแหล่งข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ทั้งหมดได้รับจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100

1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด 15 ราย ร้อยละ 86.7 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41.46 ปี (SD = 14.06) ร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาจบระดับประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40 เท่ากัน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.7 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 9933.33 (SD = 9369.15) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 66.7 และมีหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัว คือ ดูแลผู้ป่วยและทำงานบ้าน ร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร ร้อยละ 58.3 ด้านการควบคุมการรับประทานยา ร้อยละ 41.7 ผู้ที่ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยคือ บุตร/หลาน ร้อยละ 66.7 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ร้อยละ 36.8, 36.8 และ 23.7 ตามลำดับ ผู้ที่ให้ความรู้คือ พยาบาล แพทย์ ร้อยละ 50 และ 35.7 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุ muslim เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการ

จัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\bar{X} = 106.13, SD = 4.59$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.20, p < .001$) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำรายด้าน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) พบว่ากลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานยา ($\bar{X} = 25.67, SD = 1.99$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานยา ($\bar{X} = 27.73, SD = .59$) ซึ่งกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.07, p < .001$) ด้านการรับประทานอาหาร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 33.53, SD = 5.79$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 46.20, SD = 2.70$) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.53, p < .001$) ส่วนด้านการออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 12.36, SD = 8.58$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 32.20, SD = 2.76$) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.30, p < .001$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) ($n = 15$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวม	70.93	14.31	106.13	4.59	-11.20	.000***
- ด้านการรับประทานยา	25.67	1.99	27.73	.59	-5.07	.000***
- ด้านการรับประทานอาหาร	33.53	5.79	46.20	2.70	-9.53	.000***
- ด้านการออกกำลังกาย	12.36	8.58	32.20	2.76	-10.30	.000***

*** ระดับนัยสำคัญที่ .001

อภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวมของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

หลังจากผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.20, p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ประยุกต์ใช้จากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลลิก-บาย (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ได้เน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อนตนเองจากพฤติกรรมที่พยายามจะแก้ไขปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ เพื่อเรียนรู้ทักษะใหม่และสามารถจัดการ

พฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม การฝึกทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยเริ่มจากการประเมินปัญหาด้วยตนเองก่อน ซึ่งการประเมินปัญหาด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองจนเกิดความรับผิดชอบที่ต้องการจะแก้ไขปัญหานั้น และตั้งเป้าหมายเพื่อการวางแผนปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง ช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตามกระบวนการจัดการตนเอง โดยโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองจัดให้มีการให้ความรู้ ฝึกทักษะ ให้คำปรึกษา ผู้ป่วยมีการกำกับตนเองที่บ้านในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ตลอดระยะเวลา 2 เดือน และทบทวนความรู้ที่ได้รับจากคู่มือส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ผู้วิจัยมอบให้ วางเป้าหมายและแผนการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ บันทึกการปฏิบัติในแบบบันทึกการจัดการตนเอง พร้อมทั้งให้การเสริมแรงในการปฏิบัติที่ทำให้พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยปรับเปลี่ยนได้ต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำรายด้านการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.07, p < .001$) เนื่องจากขณะอยู่บ้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามการจัดการตนเองตามเป้าหมายและแผนการปฏิบัติที่ได้วางไว้ เช่น ตั้งเป้าหมายเรื่องการรับประทานยาให้ครบตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่ง แผนการปฏิบัติ คือการกระตุ้นเตือนเวลาในการรับประทานยาตามเวลาการอาชานที่มีสติ เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา จัดทำภาชนะบรรจุยาแบ่งใส่เป็นมือ ๆ และทำฉลากสีลงบนซองยาแต่ละชนิด ช่วยให้การรับประทานยาง่ายขึ้นและรับประทานยาได้ตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้คอยกระตุ้นเตือนในการรับประทานยาและนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือในแต่ละอาทิตย์ เพื่อตรวจสอบการรับประทานยาตามจำนวน หากรับประทานไม่ครบตามจำนวน ต้องวางแผนการปฏิบัติใหม่ในสัปดาห์ถัดไป การติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น โดยตรวจสอบจากแบบบันทึกการจัดการตนเองของผู้ป่วย พร้อมกับการสะท้อนการปฏิบัติและประเมินผลพฤติกรรมของผู้ป่วยจากสมาชิกในครอบครัวที่เฝ้าติดตามขณะอยู่บ้าน โดยผู้ป่วยมีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติและผลสำเร็จตามเป้าหมายพบว่าสำเร็จทั้งหมดเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของเลสเนอร์และคณะ (Leistner et al, 2013) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวและโรคหลอดเลือดสมองแบบอาการไม่รุนแรง โดยใช้การติดตามและควบคุมการรับประทานยา การปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต หลังการติดตาม 5 ปี พบว่าสามารถลดอัตราการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและมีระยะเวลา การรอดชีวิตยาวนานขึ้น

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำรายด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.53, p < .001$) เนื่องจากผลของโปรแกรมผู้วิจัยได้ให้ความรู้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และตั้งเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ วางแผนการปฏิบัติ ลงบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารในแต่ละวัน โดยเน้นย้ำให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้คอยช่วยเหลือและกำกับให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เช่น การควบคุมอาหารรสเค็ม จากที่ผู้ป่วยรับประทานน้ำบูดูมากกว่า 1 ซ้อนชาทุกมื้อเป็นประจำทุกวัน เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการควบคุมอาหารรสเค็ม มีการวางเป้าหมายและแผนปฏิบัติ ผู้ป่วยสามารถลดปริมาณรับประทานน้ำบูดูเพียง 1 ซ้อนชาต่อวัน ในสัปดาห์ที่ 2-4 และปรับพฤติกรรมมารับประทานน้ำบูดูลงเหลือ 1 ซ้อนชาต่อวัน ใน 3-4 วันต่อสัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 5-8 และสมาชิกในครอบครัวช่วยปรุงอาหารเองแทนการซื้ออาหารนอกบ้าน เพื่อช่วยควบคุมเครื่องปรุงในอาหารตามสัดส่วนที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในคู่มือที่มอบให้ โดยประเมินจากแบบบันทึกพฤติกรรมและผลสำเร็จตามเป้าหมาย ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการ

ออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.30, p < .001$) เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสมได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยมีความสนใจและมีทักษะด้านการออกกำลังกายมากขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ในผู้สูงอายุมุสลิมเพศชายเลือกการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินไปกลับละหมาดที่มีสยิด วันละ 5 ฟิร์ดู (เวลา) รวม 5 เที้ยวต่อวัน สามารถปฏิบัติได้ง่ายและมีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิม ส่วนในผู้สูงอายุเพศหญิงเลือกวิธีการออกกำลังกายด้วยกายบริหารและละหมาดสุนัต เนื่องจากสามารถฝึกวิธีปฏิบัติได้ง่ายขณะอยู่บ้าน และให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วยหรือเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย พร้อมทั้งคอยกระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วยในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศและคณะ (2555) ที่ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กิจกรรมที่ให้ ได้แก่ การสร้างเสริมความรู้ พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง การสนับสนุนการให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือน ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของชลการ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าผลของของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เกิดความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้งาน พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ โดยให้ความสำคัญกับทุกขั้นตอนตามกระบวนการจัดการตนเอง โดยเฉพาะในขั้นตอนการให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเน้นให้ครอบครัวมีเข้ามามีส่วนร่วม คอยช่วยเหลือติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และควรจัดทำคู่มือสำหรับพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมและมีการศึกษาติดตามผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในระยะยาว 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของการจัดการพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- การिया ยื่อแร. (2553). *การส่งเสริมการออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลามในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จุฑามาส จันท์ฉาย, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี. (2555). โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *สาธารณสุขชุมชนมหาวิทยาลัยบูรพา*. 7(2): 69 - 83.
- ชลการ ชายกุล. (2557). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ดวงสุดา ศิริปิตุภูมิ. (2559). *มนต์ศักดิ์การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง*. ใน กิตติกรนิลมานัต และรัตใจ เวชประสิทธิ์ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (เล่ม 1) (หน้า 3-17)*. สงขลา: สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดำรงค์ แวอาลี. (2547). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส. พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- เพ็ญนภา มะหะหมัด. (2555). *การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการและกิจกรรมทางกายสำหรับสตรีมุสลิมที่มีภาวะเมตาบอลิกซิมโดรม*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มนัส วงศ์เอี่ยม. (2553). *ศาสนทูตมุฮัมมัดกับแนวทางสร้างสุขภาพ*. ใน อิศรา ศานติ (บรรณาธิการ), *นบีมุฮัมมัดความเมตตาแห่งมนุษยชาติ (หน้า 77-79)*. กรุงเทพมหานคร: มาร์ค เอ็ม พรีนติ้ง.
- รัชฎา แก่นสาร. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท (การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)*. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1 (หน้า 475-498)*. (พิมพ์ครั้งที่ 13). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- วรรณางามประเสริฐ. (2553). *ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชาวมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศศิกายจัน สกกุลปัญญาวัฒน์. (2557). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา อ.องครักษ์ ตำบลองครักษ์ จ.นครนายก*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 353-360.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2554). *Recurrent Ischemic stroke in Srinagarind Hospital*. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 6(3), 31-38.
- Billinger, S. A., Arena, R., Bernhardt, J., Eng, J. J., Franklin, B. A., Johnson, C. M., ... & Shughnessy, M. (2014). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(8), 2532-2553.
- Chambers, J. A., O'Carroll, R. E., Hamilton, B., Whittaker, J., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Adherence to medication in stroke survivors: a qualitative comparison of low and high adherers. *British journal of health psychology*, 16(3), 592-609.

- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), *Helping people change: A text book of methods* (4th Ed., pp. 305-360). New York: Pergamonpress.
- Leistner, S., Michelson, G., Laumeier, I., Ahmadi, M., Smyth, M., Nieweler, G., & Busse, O. (2013). Intensified secondary prevention intending a reduction of recurrent events in TIA and minor stroke patients (INSPIRE-TMS): a protocol for a randomised controlled trial. *BMC neurology*, *13*(1), 11.
- National Stroke association. (2013). Recovery After Stroke: Recurrent Stroke. Retrieved September 24, 2018, from <http://www.stroke.org/>
- Sun, Y., Lee, S. H., Heng, B. H., & Chin, V. S. (2013). 5-year survival and rehospitalization due to stroke recurrence among patients with hemorrhagic or ischemic strokes in Singapore. *BMC neurology*, *13*(1), 133.
- Zhu, R., Xu, K., Shi, J., & Yan, Q. (2016). Time interval between first ever and recurrent stroke in a population hospitalized for second stroke: A retrospective study. *Neurology Asia*, *21*(3).