

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุน
จากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิต
ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

The Effects of Self-Management Promoting with Family
Support Program on Recurrence-Prevention Behaviors and
Blood Pressure for Muslim Elderly with Ischemic Stroke

ซาลีฮา สาและ^{1*} เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์² จารุวรรณ กฤตย์ประชา³
Saliha Salaeh^{1*} Ploenpit Thaniwattananon² Charuwan Kritpracha³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี

¹Registered Nurse, Professional Level, Pattani Hospital, Pattani, Thailand.

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: iamsally24@gmail.com

*Corresponding author: iamsally24@gmail.com

Received 15 February 2022 • Revised 29 April 2022 • Accepted 9 May 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จากคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง **วิธีการ:** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย และติดตามเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .96) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83) และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบทีคู่และสถิติทดสอบทีอิสระ **ผลการศึกษา:** พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .001$, $p < .05$ ตามลำดับ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) **สรุป:** การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดปรับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ต่อเนื่องและช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้รับความรู้และทักษะในด้านการจัดการตนเองโดยมีครอบครัวสนับสนุน เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง; พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ; ความดันโลหิต; ผู้สูงอายุมุสลิม; โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

Abstract

Objective: This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-management promoting with family support program on recurrence-prevention behaviors and blood pressure for Muslim elderly with ischemic stroke. The sample comprised Muslims with ischemic stroke from the chronic disease clinic in a tertiary hospital. **Methods:** Samples were purposively recruited and divided into control and experimental groups, with 25 participants in each group, and followed for eight weeks. Research instruments included the self-management promoting program with family support (content validity index: CVI = .96), the recurrence-prevention behaviors questionnaire (Cronbach alpha coefficient = .83) and digital blood pressure monitor. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and independent t-test. **Results:** The mean score of the recurrence-prevention behaviors in Muslim elderly with ischemic stroke at eight weeks was higher than that before receiving the program and was significantly higher than that in the control group ($p < .001$). Systolic blood pressure and diastolic blood pressure in Muslim elderly with ischemic stroke were lower at eight weeks than before receiving the program ($p < .001$, $p < .05$ respectively) and were statistically significant lower than those in the control group ($p < .001$). **Conclusion:** The results of this study indicate that the self-management promoting with family support program led to better control of blood pressure levels among Muslim elderly with ischemic stroke. Therefore, elderly Muslims with ischemic stroke should receive additional knowledge and skill on self-management with support from the family to improve their recurrence-preventive behaviors.

Keywords: self-management promoting program; recurrence-prevention behaviors; blood pressure; elderly Muslims; ischemic stroke

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 75-80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹ มักเกิดในผู้ป่วยช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป เนื่องมาจากความเสื่อมของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น และพบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวนทั้งสิ้น 31,605 33,920 และ 35,981 ราย ตามลำดับ² ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองนอกจากมีอัตราการตายสูงแล้ว ยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงด้วย³ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ใน 4 จะกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ⁴ โดยพบว่า

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้แล้ว มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้เร็วกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่าถึง 3 เท่า หรือมากกว่าร้อยละ 20-30 และมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 3-12 เดือน (ร้อยละ 16.60)⁵ โดยมีอัตราการเกิดที่ 1 เดือน (ร้อยละ 3-10) ที่ 3 เดือน (ร้อยละ 10-20) ที่ 1 ปี (ร้อยละ 6.10) ที่ 4 ปี (ร้อยละ 14.20) และที่ 10 ปี (ร้อยละ 39.20) และมีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี⁶ เห็นได้ว่าความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและระยะเวลาที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลกระทบจากการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการที่รุนแรงมากขึ้น และพบว่าอัตราการตายในระยะแรกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 2 สูงถึงร้อยละ 56.20 หรือ

1.5 เท่า เมื่อเทียบกับครั้งแรก ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่ 3 อัตราตายจะสูงถึงร้อยละ 80⁷ นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น⁸ ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมในบริบทของผู้สูงอายุมุสลิม พบว่า พฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตหลักคำสอนทางศาสนาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้มี 3 ประการ คือ 1) การรับประทานยา 2) การรับประทานอาหาร และ 3) การออกกำลังกาย และจากสถิติสาธารณสุขของกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยมุสลิมกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวน 628 702 และ 729 ราย ตามลำดับ และจากรายงานจากเวชระเบียนของทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 พบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 35.48 ซึ่งมีสาเหตุจากการขาดยา ร้อยละ 44.73 ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการรับบริการเจ็บป่วยและความเชื่อว่า “มนุษย์ทุกคนจะได้รับการทดสอบจากอัลลอฮ์ ดังนั้นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงเป็นการทดสอบถึงความอดทนในการบำบัดรักษา บุคคลที่เจ็บป่วยจึงวิงวอนขอพรจากพระองค์ให้หายจากโรค”⁹ ทำให้ขาดความเคร่งครัดในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา อันเป็นผลจากวิถีชีวิตของชาวมุสลิมที่นิยมบริโภคอาหารรสเค็มและรสมัน ได้แก่ ไตปลา น้ำบูดู เนื้อติดมัน และในงานบุญต่าง ๆ มักประกอบอาหารประเภทแกงกะทิเป็นส่วนใหญ่¹⁰ ส่งผลต่อปัญหาการควบคุมและป้องกันภาวะโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40 ไม่มีการออกกำลังกาย¹¹ ทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมได้

การจัดการตนเองเป็นกลยุทธ์สำคัญที่เน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง จนสามารถควบคุมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำไปในทางที่ดีขึ้นและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผ่านขั้นตอนการติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมิน

ตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement)¹² อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดนั้นจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมสภาพของร่างกาย และในบริบทของมุสลิมนั้นครอบครัวมีบทบาทอย่างมากต่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ดังบทบัญญัติที่ว่า “ความกตัญญูการไม่ทิ้งบุพการีให้อยู่โดดเดี่ยวลำพัง และการกำหนดให้มีการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบอย่างเต็มที่ (อามานะห์)”¹³ เมื่อบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจนต้องการการพึ่งพา สมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะบุตรสาว จะเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลและจัดการอย่างใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัวยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ถือเป็นหน้าที่ที่ทุกคนต้องปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความใกล้ชิด ความรักความผูกพัน และความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยอยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด¹⁴ สอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมา¹⁵ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า สามารถทำให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นและสามารถลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคไม่ได้ด้วย ดังนั้นการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว จึงมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Kronish, et al.¹⁶ ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองที่ออกแบบให้มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่มีอายุ 62-78 ปี ดำเนินการ 8 สัปดาห์ และการศึกษาของ Wan, et al.¹⁷ ที่นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 35-86 ปี ติดตามผลการจัดการตนเองที่ 12 และ 24 สัปดาห์ โปรแกรมส่วนใหญ่ คือ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยา การมีกิจกรรมทางกาย การให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำแนะนำสำหรับการจัดการตนเอง การฝึกทักษะการจัดการตนเอง และวิธีแก้ไขปัญห และให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรม มีการติดตามผลทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มศักยภาพผู้ป่วย ทำให้มีการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมที่ดีขึ้นและช่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกวัย ไม่ได้แยกเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าวัยอื่น ๆ และโปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง พบเพียง 1 การศึกษา ที่ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁸ ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยมีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 19 และใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเป็นแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะแรกภายใน 90 วัน (early recurrent stroke) แต่ยังไม่พบการศึกษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะหลัง 90 วัน (late recurrent stroke) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มียุบัติการณ์ความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคมากที่สุด⁵ และการศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิม ซึ่งมีความเชื่อและความศรัทธาในหลักศาสนา มีวิถีชีวิตและพฤติกรรมปฏิบัติที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตและโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ระยะเวลามากกว่า 90 วัน ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง¹² มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมสามารถควบคุมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้ดีขึ้นและมีระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือไม่
2. การส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในกลุ่มทดลอง ก่อนหลังและเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และ

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys¹² ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมากับมาตรฐาน ฝึกทักษะ และบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่อง 2) การประเมินตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) การเสริมแรงตนเอง ผู้ป่วยพิจารณาเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม เช่น การชมเชยตัวเอง การให้รางวัล เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี โดยมีครอบครัวให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำซ้ำ ตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติอเมริกา⁴ โดยเลือกพฤติกรรมจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ 1) การรับประทานยา 2) การรับประทานอาหาร และ 3) การออกกำลังกายเพื่อให้ความเหมาะสมกับวิถีชีวิตและหลักคำสอนทางศาสนาอิสลาม โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินปัญหาและการวางแผน โดยให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและครอบครัวได้ประเมินปัญหาพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็น

ซ้ำที่ผ่านมา 2) การเตรียมความพร้อมรายบุคคลโดยสอนทักษะการจัดการตนเองและมอบคู่มือการจัดการตนเอง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ครอบครัวเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ขณะอยู่บ้าน และติดตามบันทึกพฤติกรรมของตนเองในแต่ละสัปดาห์ โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม 4) การประเมินผลพฤติกรรม ใช้ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและประเมินค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในสัปดาห์ที่ 8

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และรับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และนับถือศาสนาอิสลาม 2) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรกที่ไม่มีประวัติกลับเป็นซ้ำ และได้รับการวินิจฉัยมาแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป 3) มีการรับรู้ปกติ โดยใช้แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 Mini 4) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งตนเองได้ (12-20 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) 5) ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q 6) สื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่น (มลายู) ได้ 7) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ 8) มีสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์ในการคัดออก คือ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามที่กำหนดไว้ ส่วนคุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม มีอายุตั้งแต่

18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณค่าอิทธิพลจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁹ กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 นำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพล ได้ค่าเท่ากับ .80 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 21 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดจำนวนกลุ่มเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวม 50 ราย กำหนดให้ 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วน 25 รายหลัง จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2019 - NSt 010 (วันที่ 23 พฤษภาคม 2562) ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และมีสิทธิเข้าร่วมโดยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย มีดังนี้

- เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย
 - แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002 Mini 4) ประกอบด้วยการประเมิน 3 ส่วน คือ 1) สภาพด้านจิตใจ ได้แก่ การแนะนำให้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2) ความจำและการระลึกได้ ได้แก่ สมมติและการคำนวณ ภาษา ปฏิกริยาตอบสนอง และ 3) ความสามารถในการเลียนแบบ มีคำถามจำนวน 11 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน 1.2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อคัดกรองความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

และ 1.3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q เพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้า มีจำนวน 2 ข้อ คะแนนเต็ม 2 คะแนน ผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ได้ 0 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุไม่มีโรคซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัว การรับประทานยา และประวัติการตรวจตามแพทย์นัด 2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หน้าที่ความรับผิดชอบอื่นในครอบครัว บทบาทที่เป็นผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ที่ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย 2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง²⁰ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 3 ด้าน คือ 1) การรับประทานยา จำนวน 7 ข้อ 2) การรับประทานอาหาร จำนวน 13 ข้อ และ 3) การออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 0-4 คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และคะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งข้อคำถามด้านลบจะมีการกลับค่าคะแนนการรวมคะแนนทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีค่าต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 0-120 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำมาก และ 2.4 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ จำนวน 1 เครื่อง ผ่านการตรวจสอบให้เครื่องมืออยู่ในสภาพที่ใช้การได้อย่างเที่ยงตรง และได้มีการสอบเทียบเครื่องมือกับค่ามาตรฐาน (calibration)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 3.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น 3.2 แผนการสอนโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง 3.3 สื่อการสอน 3.4 คู่มือส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 3.5 แบบบันทึกการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และ 3.6 แบบบันทึกติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านและติดตามทางโทรศัพท์ของผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้เท่ากับ .96 และได้ทดสอบความเที่ยง โดยนำไปใช้กับผู้ที่มิได้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งในช่วงดังกล่าวไม่มีเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อกรวิจัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

กลุ่มควบคุม ทำการวัดความดันโลหิต และประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ครั้งที่ 1 จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ได้รับคำแนะนำและข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหา จากนั้นผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างอีก 8 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลที่คลินิกโรคเรื้อรัง โดยการวัดความดันโลหิต และประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ครั้งที่ 2 หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมและมอบคู่มือการจัดการตนเอง

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็น

รายบุคคล ใช้เวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (วันแรก) ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง และ**ขั้นตอนที่ 2** เตรียมความพร้อมรายบุคคล โดยผู้วิจัยใช้ผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมก่อนการทดลองจากการสัมภาษณ์เป็นแนวทางในการให้ความรู้ที่ตรงตามปัญหาและความต้องการ มีการใช้สื่อการสอน และคู่มือการจัดการตนเอง และร่วมกันกำหนดเป้าหมาย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานจากความรู้ที่ได้รับ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติจริง โดยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายที่ต้องการในสัปดาห์ที่ 1 และระบุปัญหาของตนเอง วางแผนการปฏิบัติ สอนวิธีการจดบันทึกพฤติกรรมในแบบบันทึกการจัดการตนเอง โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผล ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเสริมแรงตนเองทางบวก โดยการชมเชยหากปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำได้ดีแล้ว หรือกำหนดของรางวัลให้ตนเอง หากปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย **สัปดาห์ที่ 1-7** **ขั้นตอนที่ 3** ปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยตนเอง พร้อมทั้งจดบันทึกพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติทุกวัน โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุนและช่วยประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายในแผนที่กำหนดไว้ในแต่ละสัปดาห์ โดยผู้วิจัยติดตามให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) 1 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์ เพื่อให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างมีการเสริมแรงตนเอง พร้อมทั้งวางแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป **สัปดาห์ที่ 8** **ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้สรุปผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยภาพรวม เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำหลังได้รับโปรแกรม (post-test)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูล โดยใช้สถิติไค-สแควร์ สถิติฟิชเชอร์ สถิติทดสอบทีอิสระ และสถิติแมนวิทนี

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ 1) ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) โดยตรวจสอบค่าคะแนนมาตรฐานการกระจายข้อมูลแบบปกติ (Z-score) ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ซึ่งค่าที่ได้ถ้าอยู่ในช่วง $\pm 3.29^{21}$ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ 2) ทดสอบความแปรปรวน (homogeneity of variance) ระหว่างชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Levene's test พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าความแปรปรวนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1

กลุ่มทดลองจำนวน 25 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 50) มีอายุเฉลี่ย 68.60 ปี (SD = 6.50) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 76) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68) กลุ่มตัวอย่างระบุมีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 64) และใช้บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 60)

กลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 50) มีอายุเฉลี่ย 65.71 ปี (SD = 5.21) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 84) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 84) กลุ่มตัวอย่างระบุมีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 52) และใช้บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 68)

ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) สถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t test) และใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL index) เฉลี่ยเท่ากับ 19.24 คะแนน (SD = 1.29) ทั้งสองกลุ่มสามารถพึ่งตนเองได้ ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.39 กก./ตร.ม. (SD = 4.49) มีระยะเวลาการเป็น

โรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 29.46 เดือน (SD = 26.21) ซึ่งอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 56) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 134.58 มม.ปรอท (SD = 13.79) และมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 76.56 มม.ปรอท (SD = 11.02) มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90) รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 84) และส่วนใหญ่รับประทานยามากกว่า 4 ชนิดขึ้นไป (ร้อยละ 72) ส่วนใหญ่มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 92)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92) มีอายุเฉลี่ย 37.15 ปี (SD = 11.64) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 40) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48) มีรายได้ของครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 40) ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 76) มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและทำงานบ้าน (ร้อยละ 84) มีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ กระตุ้นเตือนให้รับประทานยาตามเวลา (ร้อยละ 68) ช่วยเลือกและปรุงอาหาร (ร้อยละ 92) กระตุ้นเตือนให้ออกกำลังกาย (ร้อยละ 4) ผู้ที่ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 76) ได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา (ร้อยละ 96) การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 96) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 60) และการจัดการความเครียด (ร้อยละ 4)

กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92) มีอายุเฉลี่ย 38.36 ปี (SD = 12.98) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 24) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวน้อยไป 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60) มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 88) มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและทำงานบ้าน (ร้อยละ 64) มีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ กระตุ้นเตือนให้รับประทานยาตามเวลา (ร้อยละ 72) ช่วยเลือกและปรุงอาหาร (ร้อยละ 80) กระตุ้นเตือนให้ออกกำลังกาย (ร้อยละ 0) ผู้ที่ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 88) ได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา (ร้อยละ 96) การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 88) และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 44)

ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติไคสแควร์ สถิติทีอิสระ การทดสอบของฟิชเชอร์ และสถิติแมนวิทนีย์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .528, p > .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีเพียงด้านการรับประทานอาหารที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.56, p < .05$) ส่วนในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.44, p < .001$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำรายด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลอง ($M = 123.36, SD = 11.32$) ต่ำกว่าก่อนทดลอง ($M = 134.52, SD = 14.06$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.13, p < .001$) และมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลอง ($M = 70.28, SD = 7.07$) ต่ำกว่าก่อนทดลอง ($M = 75.64, SD = 11.55$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.84, p < .05$) ส่วนภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.06, t = -2.79, p > .05$) ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการใช้ยาเสพติด/รายด้าน ค่าเฉลี่ยความถี่โลหิตซิสโตลิกและความถี่โลหิตดีเอสโตลิกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงบันดาลใจ (Paired t-test) (N = 50)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 25)				t	p	กลุ่มทดลอง (n=25)				t	p
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวม	67	12.46	65.88	12.37	.528	.602	66.26	12.94	103.76	4.77	-17.44	0.000
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำรายด้าน												
- ด้านการรับประทานยา	24.888	2.64	25.96	1.57	-1.98	.059	25.48	1.76	27.52	0.82	-7.00	0.000
- ด้านการรับประทานอาหาร	29.76	4.87	31.56	5.03	-2.56	.017	32.08	5.15	45.36	2.16	-14.93	0.000
- ด้านการออกกำลังกาย	9.96	11.27	8.36	10.75	-.928	.362	8.70	8.48	30.88	3.43	-15.63	0.000
ความถี่ซิสโตลิก (ม.ม.ปรอท)	134.64	13.81	137.00	11.00	-1.06	.300	134.52	14.06	123.36	11.32	6.13	0.000
ความถี่ไดแอสโตลิก (ม.ม.ปรอท)	77.48	10.62	83.48	8.95	-2.79	.010	75.64	11.55	70.28	7.07	2.84	0.009

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.28, p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำรายด้านทั้ง 3 ด้านในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลความดันโลหิตซิสโตลิก

และความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ($M = 123.36, SD = 11.32$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 137.00, SD = 11.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.32, p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($M = 70.28, SD = 7.07$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 83.48, SD = 8.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.79, p < .001$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวม/รายด้าน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) (N = 50)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n = 25)				t	p	หลังทดลอง (n = 25)				t	p
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวม	67.00	12.46	66.26	12.94	0.21	0.83	65.88	12.37	103.76	4.77	-14.28	0.000*
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำรายด้าน												
- ด้านการรับประทานยา	24.88	2.64	25.48	1.76	-0.95	0.35	25.96	1.57	27.52	0.82	-4.41	0.000
- ด้านการรับประทานอาหาร	32.16	4.76	32.08	5.15	0.06	0.96	31.56	5.03	45.36	2.16	-12.60	0.000
- ด้านการออกกำลังกาย	9.96	11.27	8.70	8.48	0.45	0.66	8.36	10.75	30.88	3.43	-9.98	0.000
ความดันซิสโตลิก (ม.ม.ปรอท)	134.64	13.81	134.52	14.06	0.30	0.98	137.00	11.00	123.36	11.32	4.32	0.000
ความดันไดแอสโตลิก (ม.ม.ปรอท)	77.48	10.62	75.64	11.55	0.59	0.56	83.48	8.95	70.28	7.07	5.79	0.000

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดให้มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น โดยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ในกลุ่มทดลอง โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นกลวิธีจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ ฝึกทักษะการจัดการตนเอง พร้อมทั้งให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินกลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการติดตามตนเอง และเป็นผู้ออกประเด็นของพฤติกรรมที่ต้องการแก้ไขปัญหามากที่สุดก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการสะท้อนปัญหาสุขภาพ

ด้วยตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ปัญหาของตนเอง เกิดความรับผิดชอบที่ต้องการแก้ไข และสามารถตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น โดยมีสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ความต้องการแก้ปัญหาด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{16,22} นอกจากนี้ ในการฝึกทักษะการปฏิบัติทั้ง 3 ด้าน และการจดบันทึกพฤติกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 60) ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ช่วยจดบันทึกพฤติกรรมตามสิ่งที่เกิดผู้สูงอายุขณะอยู่บ้าน คอยกระตุ้นเตือนการรับประทานยา เป็นผู้ปรุงอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายตามแผนการปฏิบัติ และออกกำลังกายเป็นเพื่อนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีบทบาทในการเสริมแรงให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การชมเชยการให้กำลังใจ และการให้รางวัล ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้ได้อย่างต่อเนื่อง

ซึ่งผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วยด้วยการดูแลสุขภาพที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อทบทวนฝึกทักษะการจัดการ พร้อมทั้งสังเกตวิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาลงมือตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ และโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละครั้งตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²³ ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นและลดดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้และสอดคล้องกับอีกการศึกษา²⁴ พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองช่วยให้ภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง และส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากได้

2. เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อและยึดมั่นตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัดเมื่อได้รับการส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ให้เห็นถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักคำสอนที่ว่า “ผู้ศรัทธาที่แข็งแรงย่อมประเสริฐกว่าและเป็นที่ยกย่องของอัลลอฮ์ (พระเจ้า) มากกว่าผู้ศรัทธาที่อ่อนแอ...”¹³ นอกจากนี้ ได้มีการนำหลักปฏิบัติตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามมาบูรณาการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น ในด้านการรับประทานยา มีการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาของผู้สูงอายุมุสลิมด้วยวิธีการให้สังเกตเวลาในการอาชานที่มียึดตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม คือ เวลาอาชานตอนหัวรุ่ง (ศุบฮีย์) คือ เวลาในการให้เตรียมตัวรับประทานยาในช่วงเช้า เวลาอาชานตอนกลางวัน (ซุฮูรียะ) คือ เวลาในการให้เตรียมตัวรับประทานยาในช่วงเที่ยง เป็นต้น หรือในด้านการออกกำลังกาย โดยใช้การละหมาดสุนัตเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายแบบสะสมเวลา ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิม

สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่ดำรงอยู่ได้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดิมเมื่อมาตรวจตามนัด ซึ่งการจัดระบบในการให้ความรู้หรือฝึกทักษะการปฏิบัติยังมีข้อจำกัดไม่ได้ลงลึกในรายด้าน โดยเฉพาะด้านการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย อีกทั้งไม่มีการติดตามหรือประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังดำเนินโปรแกรม พบว่า ด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 1-5 ปี มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะได้รับข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับคอเลสเตอรอล ไชมันชนิด LDL ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานยาได้ดีขึ้นกว่าพฤติกรรมด้านอื่น ซึ่งผลสำเร็จของการใช้โปรแกรมในครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁵ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เมื่อพิจารณาระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองรับรู้เป้าหมาย เกิดความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการรับประทานยา การรับประทาน อาหาร และการออกกำลังกาย ร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพผ่านกลวิธีการจัดการตนเอง 3 ประการ ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง โดยการติดตามประเมินผลที่บ้าน 1 ครั้ง และติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ การใช้กลวิธีดังกล่าวนี้ต่อเนื่องตลอด

8 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งผลให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁶ ที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับอีกการศึกษา²⁷ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองในการฝึกการหายใจและการฟังอัล-กุรอาน มีผลช่วยให้ผู้ป่วยมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในการวิจัยนี้ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของ Chaikul²⁰ ซึ่งคิดคะแนนรวมก่อนและหลังการทดลองที่ครอบคลุมพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง ที่เป็นการวางแผนรายบุคคล ให้ผู้ป่วยสามารถเลือกจัดการกับพฤติกรรมด้านใดด้านหนึ่งก่อน จนบรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ แล้วจึงเพิ่มเป้าหมายจนครบในพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการจัดการตนเองในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการดึงศักยภาพของครอบครัวมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้มากที่สุด จนช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้ ผลของการศึกษานี้ทำให้มีแนวทางการจัดการตนเองโดยมีกระบวนการและกิจกรรมที่ได้ผลสอดคล้องกับบริบทของมุสลิม และสามารถเสริมระบบการบริการสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ โดยให้ความสำคัญกับทุกขั้นตอนตามกระบวนการจัดการตนเอง โดยเฉพาะในขั้นตอนการประเมินปัญหาและการวางแผนเป็นรายบุคคล เพื่อช่วยเหลือและให้คำแนะนำได้ตรงตามความต้องการและสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคตามบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมแต่ละราย

2. ผู้ใช้โปรแกรมควรดึงศักยภาพของครอบครัวให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมให้มากที่สุด เพราะครอบครัวเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้เกิดแรงผลักดันในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดีขึ้น

3. ควรเน้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเห็นความสำคัญในการควบคุมการรับประทานอาหารและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แม้ว่าปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในด้านนี้มีความเคยชินกับอาหารประเภทที่มีไขมันสูง ดังนั้นการปรับพฤติกรรมให้ยั่งยืนจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในระยะยาว โดยการติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง และอาจศึกษาตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติม ได้แก่ ระดับไตรกลีเซอไรด์และคอเลสเตอรอลในเลือด น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความวิจัยและการทำวิจัยทุกขั้นตอน รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

บทความวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Neurological institute of Thailand. Clinical nursing practice guidelines for stroke. Bangkok: Tana press & graphic company limited; 2015: Thai.
2. Health Data Center. Statistics of illnesses with non-communicable diseases [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 16]. Available from: http://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
3. Kocaman G, Duruyen H, Kocer A, et al. Recurrent ischemic stroke characteristics and assessment of sufficiency of secondary stroke prevention. *Noro Psikiyatr Ars.* 2015; 52(2): 139-44. doi: 10.5152/npa.2015.7499.
4. National Stroke Association. Recovery after stroke: Recurrent stroke [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 16]. Available from: <http://www.stroke.org/>
5. Cappellari M, Moretto G, Bovi P. Repeated intravenous thrombolysis after recurrent stroke. A case series and review of the literature. *J Neurol Sci.* 2014; 345(1): 181-3. doi: 10.1016/j.jns. 2014.07.039.
6. Kok W.G, Björck L, Ståhl CH, et al. Trends in risk of recurrence after the first ischemic stroke in adults younger than 55 years of age in Sweden. *Int J Stroke.* 2016; 11(1): 52-61. doi: 10.1177/1747493015607519.
7. Tiamkao S. Recurrent ischemic stroke in Srinagarind Hospital. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience.* 2012; 6(3): 31-8. Thai.
8. Suangpo P, Srisanpang P, Sangsuwan J. Self-care behaviors of older persons with recurrent stroke. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience.* 2014; 30(2): 9-25. Thai.
9. Skulpunyawat S. Health promotion behaviors of Muslim elders in case of Okarak district Nakornnayork province. *JRTAN.* 2014; 15(3): 353-60. Thai.
10. Mahamad P. Development of behavior modification program of dietary consumptions and physical activities for Thai Muslim women with metabolic syndromes [master's minor thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2012. 163 p.
11. Billinger SA, Arena R, Bernhardt J, et al. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke.* 2014; 45(8): 2532-53. doi: 10.1161/STR.000000000000022.
12. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH Goldstein AP, Editors. *Helping people change: A textbook of methods.* 4 th ed, New York: Pergamon press; 1991.
13. Japakeya I. *Guideline to patients and management in Islam.* 2nd ed. Yala: Office of the secretariat of Yala Islamic University; 2013. Thai.
14. Hemmam M. Muslim caregivers' experiences in caring for patients with end-stage renal disease receiving palliative care. [master' s thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2016. 110 p.
15. Wangji N. Effect of behavioral modification program on medical adherence and blood pressure for Muslim elderly with uncontrolled hypertension [master's minor thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2015. 139 p.
16. Kronish IM, Goldfinger JZ, Negron R, et al. Effect of peer education on stroke prevention: The prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. *Stroke.* 2014; 45(11): 3330-6. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.006623.
17. Wan LH, Zhang XP, Mo MM, et al. Effectiveness of goal-setting telephone follow-up on health behaviors of patients with ischemic stroke: A randomized controlled trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2016; 25(9): 2259-70. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.05.010.
18. Tepsuwan J, Leehakul V, Torsaakulkeaw T. The effects of recurrent prevention program for stroke patients at a tertiary level hospital in Nakhon Pathom Province. *J Thai Stroke Soc.* 2018; 17(1): 5-18. Thai.
19. Reanthong P, Thongjareon V, Jitmontree N, et al. The effectiveness of empowerment program on health behavior of older adults with stroke. *Songklanagarind J Nurs.* 2015; 35(Suppl): 143-58. Thai.
20. Chaikul C. Effects of self-management and family participation enhancing program on health behavior and blood pressure among elderly with hypertension [master's minor thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2014. 157 p.
21. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod.* 2013; 38(1): 52-4. doi: 10.5395/rde.2013.38.1.52.
22. Jiang SS, Shen LP, Ruan HF, et al. Family function and health behaviors of stroke survivors. *International Journal of Nursing Sciences.* 2014; 1(3): 272-6.
23. Chumchiang P, Supametaporn P, Songthai N. The effects of self-management support program on health behaviors and

- body mass index in people with pre-diabetes. *Nursing Public Health and Education Journal*. 2018; 19(1): 108-19. Thai.
24. Hehduereh S. Effects of Islamic based dyspnea management program on the dyspnea management ability and dyspnea status in Muslim elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease [master's minor thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2017. 125 p.
 25. Thungtong S. Effects of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus [master's minor thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2014. 148 p.
 26. Patiapinun A. The effects of self-management program of hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self-management behaviors and blood pressure at a secondary level hospital in Ratchaburi province [master's minor thesis]. [Bangkok]: Christian University of Thailand; 2017. 151 p.
 27. Nimo N. Effect of self-management program in breathing exercise and Al-Quran listening on blood pressure in Muslims with uncontrolled hypertension. [master's minor thesis]. [Bangkok]: Christian University of Thailand; 2018. 115 p.