

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านการใช้จ่ายอย่างสม่าเสมอ สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้: ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

นิอิมรอน ดอเลาะ¹ ผจญศิลป์ เฟิงมาก² อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ²

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากู ปัตตานี

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านการใช้จ่ายอย่างสม่าเสมอสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยประยุกต์ใช้หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม และแนวคิดการมีส่วนร่วม ของ Cohen & Uphoff (1980) ในการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว การพัฒนาโปรแกรม มี 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรม และระยะตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม ตามกระบวนการ PDCA ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเป็นไปได้และทดลองใช้โปรแกรม โดยพยาบาล 3 คน นำไปใช้กับผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาไม่สม่าเสมอและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 5 ครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย 1) แผนภูมิขั้นตอนการใช้โปรแกรม 2) แผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ใน 4 ขั้นตอน ร่วมคิด/ตัดสินใจ/วางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล) พร้อมแบบประเมินผลการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 3) คู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้จ่ายลดความดันโลหิต ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า โปรแกรมมีเนื้อหาถูกต้องเหมาะสม ลำดับขั้นตอนต่อเนื่องเข้าใจได้ง่าย เมื่อทดลองใช้โปรแกรมพบว่า องค์ประกอบของโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง เนื้อหาสอดคล้องกับบริบทมุสลิม โดยเฉพาะคู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้จ่ายลดความดันโลหิตสูง ที่นำหลักการทางศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้และสื่อสารด้วยภาษามลายู (อาหรับ) ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุมุสลิมและผู้ดูแลหลัก/สมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนชนบท กล่าวชื่นชมประโยชน์ของคู่มือในด้านต่าง ๆ ดังเช่น เนื้อหาอ่านเข้าใจง่าย และนำไปใช้ดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรรนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีปัญหาการใช้จ่ายไม่สม่าเสมอได้

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของครอบครัว/ ผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง/ การใช้จ่ายอย่างสม่าเสมอ

Corresponding author: ผจญศิลป์ เฟิงมาก, อีเมล: activejo409@gmail.com, โทร: 0649029229

Received: August 5, 2019; Revised: August 19, 2019; Accepted: September 18, 2019

Development of Family Participation Program to Promoting Medication Adherence for Muslim Elderly with Uncontrolled Hypertension: Feasibility Assessment

Nimron Doloh¹, Pajongsil Perngmark², Usanee Pechratachart²

¹ Nurse Practitioner, Paku Health District Hospital, Pattani Province

² Associate Professors, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkla

Abstract

This research aims to describe the development of family participation program to promoting medication adherence for Muslim elderly with uncontrolled hypertension and to assess program feasibility. The program was developed using PDCA guideline; applying Islamic doctrine as well as Cohen & Uphoff's participatory concepts in promoting anti-hypertensive medication adherence, through promoting family role and functions. The program held two phases: the development of program components and the testing of program qualification usage. Content validity was verified by three experts, while the program application was tested by three nurses upon five Muslim elderly having uncontrolled hypertension, and also upon their principal care giver.

Results showed that the program consisted of three main components: 1) a flow chart of program procedure guideline, 2) the participatory plan assisting family care givers in caring for elderly and its evaluation form. 3) the handbook of self-care management regarding anti-hypertensive drug use. Program content validity was appropriate and easy to follow. Program applicability test held its precise academic content, was appropriate for usage and relevant to Muslim context. Muslim elderly and their caregivers reported that the handbook of self-care management was very much appreciated and truly adaptable in daily living due to its beneficial effects of Arabic language provided. Nursing professionals and other relevant health care providers should incorporate the program to help family member taking better care for Muslim elderly with uncontrolled hypertension in the future.

Key words: Family Involvement/ Muslim Elderly with Hypertension/ Medication Adherence

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากทั่วโลก¹ จากการตรวจสุขภาพของคนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษา มีเพียงร้อยละ 20.9 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ (BP < 140/90 มม.ปรอท)² ทั้งนี้ โรคความดันโลหิตสูงพบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้สูงอายุไทย³ อายุที่มากขึ้นทำให้มีการเสื่อมสภาพของร่างกายในทุกระบบ โดยหลอดเลือดจะมีความยืดหยุ่นลดลง และมีการแข็งตัวบริเวณหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคแล้วส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องดูแลรักษาไปตลอดชีวิต เนื่องจากมีความเสื่อมตามวัย โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย⁴ ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จึงอาจไม่สามารถจัดการ หรือดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้

ในปัจจุบัน การดำเนินกิจกรรมของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข) มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ คลินิกให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา และมีระบบการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะระบบการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง^{5,6} ทั้งนี้ข้อมูลสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2557 พบว่า อัตราการตายด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตต่อแสนประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี สาเหตุหลักเกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีตามเป้าหมายได้ คล้ายคลึงกับข้อมูลการประเมินภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงซึ่งพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ รวมถึงภาวะ-

ไตเสื่อม ไตวาย^{2,3} ซึ่งมีส่วนเกี่ยวเนื่องจากพฤติกรรม การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง

ประชากรในจังหวัดปัตตานีร้อยละ 75.66 นับถือศาสนาอิสลาม⁷ สถิติการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดปัตตานีพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ในปี 2556 พบความชุกของโรคในกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีร้อยละ 48 กลุ่มอายุ 70-79 มีร้อยละ 53.6 และในกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 60.8⁸ ความชุกของโรคจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุของผู้ป่วยที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557

คติมุสลิมเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นบททดสอบจากองค์อัลเลาะห์ ที่ทดสอบชีวิตให้พบกับความเจ็บป่วย⁹ ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จึงควรรู้สาเหตุ วิธีป้องกันและควบคุมโรค และสามารถเผชิญโรคด้วยการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม บนพื้นฐานการปฏิบัติตามวิถีอิสลาม ด้วยการรับประทานยาให้ถูกต้องเหมาะสมตามแผนการดูแลรักษา เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงซึ่งเป็นการแสดงความจงรักภักดีต่อองค์อัลเลาะห์

อย่างไรก็ตาม รายงานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปาญา^{7,8} พบว่า ยังมีผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้มารับยาตามนัด และมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 38 ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมองจากโรคเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ตัวอย่างเช่น จากจำนวน 2 ราย ในปี 2557 เพิ่มเป็น 7 รายในปี 2558 ทั้งนี้ จากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมส่วนหนึ่งมีความเชื่อหรือความเข้าใจที่ผิดต่อการกินยา โดยเชื่อว่า “เป็นพระประสงค์ให้เจ็บป่วย” จึงไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาให้

สม่ำเสมอ หรือคิดว่า “ไม่มีอาการแล้ว หายแล้ว” จึงไม่ต้องกินยา รวมถึง “การกินยาทำให้มีอาการข้างเคียงต่าง ๆ ไม่สบาย” ทำให้ละเลยการกินยา ทั้งนี้ ผู้ป่วยสูงอายุ muslim ส่วนใหญ่ยอมรับว่าสาเหตุที่สำคัญคือ “การลืมกินยา” สาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ muslim ส่วนหนึ่งยังคงมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วย และต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย^{1,4} ดังนั้น ผู้ป่วยสูงอายุ muslim ที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต วิถีชีวิต รับประทานยาให้ตรงตามเวลา ไปพบแพทย์ตามนัด และเข้ารับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

หัวใจสำคัญของการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้รับบริการ ต้องตระหนักเห็นความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรค มีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ข้อดีของการรับประทานยาให้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ^{1,3} รวมทั้ง รับผิดชอบต่อผลเสียของพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง และ/หรือไม่สม่ำเสมอ ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ จนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา⁴ ผลจากการทบทวนงานวิจัย พบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่อง และช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสนับสนุน และช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ^{10,11} อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีรายงานการศึกษาวิจัยที่น้อยมากในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุไทย muslim และครอบครัว ในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศ

ผู้ให้บริการ (บุคลากรสุขภาพ และพยาบาลวิชาชีพ) ประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(รพ.สต.) ปากุ ตระหนักว่า ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นปัญหาหนึ่งทาง รพ.สต. ต้องการปรับปรุงแก้ไข และได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ในขณะนี้แม้ทางเจ้าหน้าที่จะได้จัดกิจกรรม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา (ตามนโยบายของกระทรวงฯ) แต่ก็เป็นไปได้ยาก สั้น ๆ ยังไม่มีรายละเอียดมากนัก ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การดูแลรักษาที่ตัวผู้ป่วยสูงอายุ แต่ยังไม่ได้นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเท่าที่ควร ดังนั้น คณะผู้วิจัย จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำเอา หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม และแนวความคิดมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้สูงอายุ muslim ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

แนวคิดพื้นฐานการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำเอา แนวคิดการมีส่วนร่วม ของ Cohen & Uphoff¹² ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ร่วมคิด/ตัดสินใจ/วางแผน 2) ร่วมดำเนินการ/ปฏิบัติ 3) ร่วมรับผลประโยชน์ และ 4) ร่วมประเมินผลมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว (เน้นที่ผู้ดูแลหลัก) รวมทั้ง ได้นำเอาหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม¹³ โดยเลือกใช้หลักศรัทธา ได้แก่ ศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า ศรัทธาบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน และศรัทธาต่อสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้น) และหลักปฏิบัติ (ได้แก่ การละหมาด) มาใช้พัฒนาโปรแกรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา มีระยะดำเนินการ 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และวิเคราะห์สาเหตุความไม่สม่ำเสมอในด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม และใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับผู้สูงอายุมุสลิม และสมาชิกที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์ ค้นหาสาเหตุของปัญหา และระบุความต้องการในการดูแลด้านการใช้ยาความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ยังได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ โดยการศึกษาข้อมูลสถิติการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปากู อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี จากฐานข้อมูลระบบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรัง จำนวนผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การติดตามเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนของทีมสหวิชาชีพในหน่วยบริการ

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ

1. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุมุสลิม การรับประทานยาความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ การมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ก่อนปี พ.ศ. 2558 ย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล Thailis, Google Scholar, Medline, PubMed, CINAHL Database, Science Direct, Pro Quest และการสืบค้นด้วยมือจากห้องสมุด

3. กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น โดยใช้กรอบแนวคิดพิโก (PICO Framework) ดังนี้ P (Population) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ ผู้สูงอายุมุสลิม ผู้ดูแลหลักในครอบครัว I (Intervention) คือ โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการควบคุมระดับความดันโลหิต C (Comparison) คือ เปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ O (Outcome) คือ พฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านการใช้ยาความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์โดยการกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจอันนาบริกส์¹⁴ ซึ่งจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ จำนวน 14 เรื่อง พบว่าเป็นหลักฐานระดับ 1 จำนวน 4 เรื่อง หลักฐานระดับ 2 จำนวน 8 เรื่อง และหลักฐานระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการพัฒนาโปรแกรม ตามที่ผู้วิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล (ไทยมุสลิม) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัว และชุมชน และมีความรู้ด้านวิถีอิสลาม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน โดยใช้แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบของโปรแกรม เนื้อหา วัตถุประสงค์ กิจกรรม และภาษา จากนั้นนำมาประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อความถามและวัตถุประสงค์ และปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต. จำนวน 3 ท่าน ได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้กับผู้สูงอายุมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และประเมินร่วมกับผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 5 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัยหรือไม่ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้งาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อให้พยาบาลประจำ

รพ.สต. และผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวประเมินความ ยาก-ง่ายของการปฏิบัติตามโปรแกรม และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ผ่านการประเมินคุณภาพและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วเข้าสู่การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ ศธ. 0521.1.05/2763 ลงวันที่ 21 กันยายน 2559)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิรวบรวมข้อเสนอแนะที่ได้รับ และผลที่ได้จากการทดลองใช้โปรแกรม ทำการวิเคราะห์โดยใช้แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา และแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้งาน รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ การนับเม็ดยาที่เหลือ การวัดระดับค่าความดันโลหิต และการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ

ผลการวิจัย

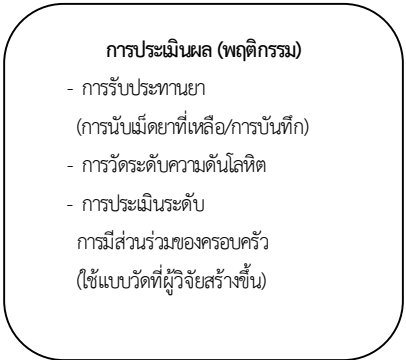
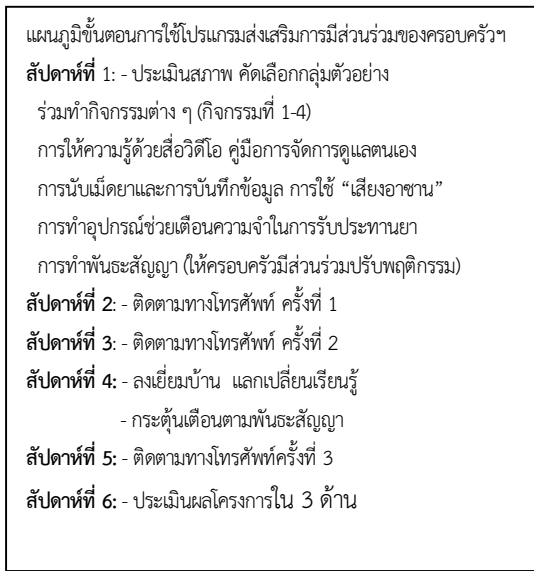
โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านการใช้อย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม¹¹ แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff¹² ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีองค์ประกอบดังนี้

1) แผนภูมิขั้นตอนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ

กิจกรรมในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ที่หน่วยบริการ ฅคลินิกโรคเรื้อรังประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ โดยมี ขั้นตอน และ/ หรือแนวทางการใช้โปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินสภาพ ชักประวัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนำร่อง (5 ครอบครัว) ให้ ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ (บุคคลตัวอย่างที่เป็น ผู้สูงอายุมุสลิมที่ดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ได้ดี) ร่วมกันค้นหาสาเหตุการรับประทานยาไม่ สม่าเสมอ มอบคู่มือการจัดการดูแลตนเองด้านการ รับประทานยา แนะนำการใช้ “เสียงอาซาน” ร่วมกันทำอุปกรณ์ช่วยเตือนความจำในการ รับประทานยา (ปฏิทินเตือนความจำ กล่องยาม ห้ศรจรรยา) และร่วมกันทำพันธะสัญญา (ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก) เพื่อดูแล

การใช้ยาให้สม่าเสมอ โดยประยุกต์ใช้หลักศรัทธา และหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามประกอบในทุก กิจกรรม สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ติดตามทางโทรศัพท์ ชักถามประเมินการนับเม็ดยา การลงบันทึกในคู่มือ สอบถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และกล่าวชมเชยสิ่งที่ดีรับบริการทำได้ดี สัปดาห์ที่ 4 ลงเยี่ยมบ้าน พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามชัก ประวัติ สอบถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ (ถ้ามี) ให้ คำแนะนำเพิ่มเติม กล่าวชมเชยให้กำลังใจ และ กระตุ้นเตือนพันธะสัญญา สัปดาห์ที่ 5 ติดตามทาง โทรศัพท์ นัดหมายการพบแพทย์ การมารับบริการ และประเมินผลโครงการ สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการ ประเมินผล (การวัดระดับความดันโลหิตสูง การ รับประทานยาโดยการนับเม็ดยาที่เหลือและการ บันทึกในข้อมูล และการประเมินระดับการมีส่วนร่วม ของครอบครัวฯ) ดังแผนภาพ



มุสลิมทุกคนจะต้องทำการละหมาดทุกวัน วันละ 5 เวลา ละหมาดภาคบังคับ (ฟัรฎู) ประกอบด้วย ย่ำรุ่ง (ศุบฮิ) ประมาณ 5-6 โมงเช้า บ่าย (ซุหริ) ประมาณ เที่ยงครึ่ง ถึง บ่ายโมงกว่า ๆ เย็น (อัสริ) ประมาณ บ่าย 3 ถึง 5 โมงเย็น พลบค่ำ (มัฆริบ) ประมาณ 6 โมงครึ่งถึงทุ่มกว่า ๆ และ กลางคืน (อิซฮาอ์) ก่อนนอน ประมาณ 1 ทุ่มเป็นต้นไป โดยก่อนการละหมาดทุกครั้งจะต้องมีการประกาศบอกเวลาละหมาด (อะซาน) ด้วยเสียงเรียกประกาศให้มุสลิมทุกคนได้รับรู้ ซึ่งมักเรียกกันง่าย ๆ ว่า “เสียงอาซาน” (เสียงเรียกเพื่อการละหมาดของอิสลาม)¹⁵

2) แผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลด้านการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 1) การประเมินสภาพผู้รับบริการ และประเมินระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) การจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้แก่ 1. ร่วมตัดสินใจ/ร่วมวางแผนกิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้ โรคความดันโลหิตสูง มฤตยูเงียบ และกิจกรรมที่ 2 แร่งแห่งศรัทธา เกิดปัญหาในการตัดสินใจ; 2. ร่วมในการปฏิบัติ กิจกรรมที่ 3 ร่วมปฏิบัติสร้าง “เนียะมัด” กิจกรรมที่ 4 ร่วมด้วยช่วยกันกระตุ้นควบคุมความดันโลหิตสูงให้พอดี และ 3. ร่วมรับในผลประโยชน์ ด้วยการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน 3) การประเมินผล ซึ่งใช้หลักการมีส่วนร่วมลำดับที่ 4 คือ ร่วมประเมินผล โดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลด้านการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้ประเมินตนเองด้วย

เนียะมัด คือ ความโปรดปรานที่พระองค์อัลเลาะห์ ประทานให้กับมนุษย์ (บ่าวของพระองค์) เป็นความเมตตาที่พระองค์ประทาน

มายังมนุษย์ อิสลามถือว่าการดูแลรักษาสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่ (วาอิบ) สำหรับมนุษย์⁹ ในมุมมองของอิสลามถือว่าสุขภาพอันสมบูรณ์เป็นสุดยอดแห่งความโปรดปราน (เนียะมัด) ที่มนุษย์พึงได้รับจากพระผู้เป็นเจ้า จึงเป็นหน้าที่ซึ่งมนุษย์จะต้องมีความสำนึกในคุณค่าและต้องแสดงถึงความกตัญญูต่อพระผู้เป็นเจ้าเมื่อเจ็บป่วยมุสลิมจึงต้องใส่ใจดูแลรักษาตัวเอง เพื่อการดำรงรักษาความโปรดปรานนั้นไว้อย่างที่สุด¹⁶

3) คู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้ตัวอักษรภาษาไทยและมีภาษามลายู (อาหรับ) กำกับไว้ด้วย ในตัวคู่มือมีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย สังคมของโรคและการหายป่วย การทำพันธะสัญญา (ทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก) ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (สรรพคุณ วิธีการใช้ อาการข้างเคียงและการจัดการตนเองเบื้องต้น) รวมทั้งได้แนบแบบบันทึกวิธีการปฏิบัติการกินยา และแบบบันทึกระดับความดันโลหิตสูงและจำนวนเม็ดของยา เพื่อการติดตามในแต่ละสัปดาห์ไว้ด้วย

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.81 และพบว่าโปรแกรมมีเนื้อหาที่ถูกต้องเหมาะสม มีลำดับขั้นตอนที่ต่อเนื่องเข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะให้ปรับขนาดและตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น (บางภาพ)

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคเรื้อรังประจำ รพ.สต. จำนวน 3 ท่าน ได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้กับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่

ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 5 ราย และผู้ดูแลหลัก จำนวน 5 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 5 ครอบครัว (ดูรายละเอียดในตาราง 1) พบว่า โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้ผลดี เนื่องจากมี

องค์ประกอบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบทมุสลิม มีรูปแบบของคู่มือที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย และมีขนาดตัวอักษรที่อ่านได้ชัดเจน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป และจำนวน (ราย) ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลหลัก และผู้สูงอายุที่ได้ทดลองใช้โปรแกรม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
พยาบาลวิชาชีพ	3 ราย	ผู้ดูแลหลัก	5	ผู้สูงอายุ	5
ศาสนา อิสลาม	ทุกคน (100%)	ศาสนา อิสลาม	ทุกคน (100%)	ศาสนา อิสลาม	ทุกคน (100%)
เพศ		เพศ		เพศ	
หญิง	ทุกคน (100%)	หญิง	4	หญิง	4
		ชาย	1	ชาย	1
อายุ (ปี)		อายุ (ปี)		อายุ (ปี)	
30-40	2	15-30	2	60-70	3
> 40	1	> 30	3	> 70	2
การศึกษา		การศึกษา		การศึกษา	
ปริญญาตรี	ทุกคน (100%)	ประถม-มัธยม	3	ภาคบังคับอิสลาม	ทุกคน (100%)
		ปริญญาตรี	2		
สถานภาพสมรส		สถานภาพสมรส		สถานภาพสมรส	
คู่	ทุกคน (100%)	คู่	3	คู่	2
		โสด	2	หม้าย	3
อาชีพ		อาชีพ		อาชีพ	
รับราชการ	ทุกคน (100%)	รับจ้าง	2	ไม่ได้ทำงานแล้ว	ทุกคน (100%)
		รับราชการ	1		
		ค้าขาย	2		
รายได้	N/A	รายได้		รายได้	
		< 5000	1	< 5000	2
		5000 ขึ้นไป	4	5000 ขึ้นไป	3
เคยเข้ารับการ	ทุกคน (100%)	พักอาศัยอยู่ใน	ทุกคน	พักอาศัยอยู่กับ	
อบรมดูแล		บ้านเดียวกันกับ		คู่สมรส	2
ผู้สูงอายุมาแล้ว		ผู้สูงอายุ		บุตรหลาน	3
มีประสบการณ์ใน	ทุกคน (100%)	ความสัมพันธ์		การจัดยา	
การดูแลผู้สูงอายุ		-บุตรหลาน	ทุกคน	จัดเอง	4
มาแล้ว		หน้าที่		บุตรหลานจัดให้	1
5-10 ปี		- ช่วยดูแล	ทุกคน	การไปพบแพทย์	
		ผู้สูงอายุ		ไปด้วยตนเอง	2
				บุตรหลานพาไป	2
				อสม. พาไป	1
				การไปพบแพทย์	
				สม่ำเสมอ	1
				ไม่สม่ำเสมอ	4

ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า 4 ใน 5 ราย มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 และอยู่ระหว่าง 23-24.9 1 ราย เป็นโรคความดันโลหิตสูง 5-10 ปี 2 ราย และ 10 ปีขึ้นไป 3 ราย มีค่าระดับความดันโลหิตสูงก่อนเข้าโปรแกรม 140/90-159/99 mmHg 2 ราย และ 160/100-179/109 mmHg 3 ราย ซึ่งพบว่าทุกรายมีค่าระดับความดันโลหิตที่ลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม (6 สัปดาห์) เป็น 120/80-140/90 mmHg ทุกรายได้รับยาลดระดับความดันโลหิต โดยที่ 2 ราย ใช้อาสาสมัครช่วยร่วมในการรักษา ส่วนอีก 3 ราย ใช้อาสาสมัครร่วมด้วย

สำหรับคู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาความดันโลหิตสูง ที่ได้นำหลักการของศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้และสื่อสารด้วยภาษามลายู (อาหรับ) เพิ่มเติมนั้น มีส่วนทำให้ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุมุสลิมและผู้ดูแลหลัก และ/หรือสมาชิกในครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท รู้สึกประทับใจ และให้ความคิดเห็นที่ตรงกันว่าคู่มือที่จัดทำนี้มีประโยชน์มาก อ่านเข้าใจเนื้อหาได้ดี และนำไปใช้ดูแลตนเองได้จริงดังตัวอย่างคำกล่าว (ของพยาบาล และผู้รับบริการ)

ตัวอย่าง 1 บางส่วนของการสนทนา (ผู้วิจัย 1) กับพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง (รพ.สต.) จำนวน 1 ราย เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

“แะ ๆ (แทนสรรพนามพี่ชาย) เต๊ะ (แทนสรรพนามน้องสาว) คิดว่าโปรแกรมนี้ น่าจะมีประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ของเรานะ เพราะในพื้นที่รับผิดชอบของเราก็มีเคสแบบนี้เยอะ พวกเราลองมาทำให้จริงจังดีไหมคะ เพราะเต๊ะรับผิดชอบงานนี้อยู่พอดีเลยคะ” (พยาบาล 1)

ตัวอย่าง 2 บางส่วนของการสนทนา (ผู้วิจัย 1) กับ ผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้) ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 2 ราย สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ของคู่มือในโปรแกรมฯ

“ช่วงที่บอมอ (คุณหมอ) ให้กะ (พี่สาว) ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้คู่มือนี้ กะ (พี่สาว) ไม่เคยนึกเลยว่าคู่มือเล่มนี้ จะมีประโยชน์กับครอบครัวเรามากแบบนี้ เพราะบางอย่างเมื่อแม่ (มารดา) มีอาการที่แปลก ๆ กะ (พี่สาว) ก็เฉย ๆ และบางครั้งกะ (พี่สาว) ก็รับพาแม่ (มารดา) ไปโรงพยาบาลทันที ทั้ง ๆ ที่มันเป็นอาการเบื้องต้น ซึ่งกะ (พี่สาว) ก็ไม่ได้เรียนทางนี้ด้วย” (ผู้ดูแล 1)

“มอเสะ (ขอบคุณ) บอมอ (คุณหมอ) นะ ที่เอาคู่มือเป็นภาษามลายูให้กับกะ (พี่สาว) เพราะที่ผ่านมามีไม่เคยเห็น เพราะบางครั้งพาแม่ (มารดา) ไปโรงพยาบาล บอมอ (คุณหมอ) ที่โรงพยาบาลก็อธิบายไป ก็ฟังแบบผ่าน ๆ แต่พอมือคู่มือนี้ ทำให้ได้ทบทวนในสิ่งที่ไม่รู้และไม่เข้าใจด้วย มอเสะนะ” (ผู้ดูแล 2)

ตัวอย่าง 3 บางส่วนของการสนทนา (ผู้วิจัย 1) กับ ผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมใน โครงการวิจัย จำนวน 1 ราย สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ของแบบบันทึกการกินยา

“แบบบันทึกการกินยาของแม่ (มารดา) ในคู่มือหน้าหลัง ๆ นั้น กะ (พี่สาว) ชอบอะ มันเป็นการเตือนให้ได้ระวังตัวเองในการกระตุ้นให้แม่ (มารดา) และกะ (พี่สาว) เองด้วย” (ผู้ดูแล 3)

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมที่พัฒนามีลำดับขั้นตอนต่อเนื่องเข้าใจง่าย เนื้อหาที่ถูกต้องเหมาะสม และมีองค์ประกอบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง เนื้อหาสอดคล้องกับบริบทมุสลิม และมี

คู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง ที่นำหลักการทางศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้และสื่อสารด้วยภาษามลายู (อาหรับ) ซึ่งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก และ/หรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม เห็นตรงกันว่า มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมได้มาก

การอภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านการใช้อย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ ที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุม ทั้งนี้เพราะมีองค์ประกอบที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก) โปรแกรมที่สร้างขึ้นได้ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรม และความเชื่อของชาวไทยมุสลิม และมีลำดับขั้นตอนการนำไปใช้ที่ดี เริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงอันตรายของโรค หากได้รับการรักษาที่ไม่ครบถ้วน พร้อมนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ จนทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความตระหนัก ตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้รับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมที่เข้าร่วมในการศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นได้ ซึ่งให้ผลที่คล้ายคลึงกับการศึกษาของนักศึกษานักศึกษา¹¹

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปทดลองใช้นำร่องกับผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมและผู้ดูแลหลัก

จำนวน 5 ครอบครัว โดยพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. จำนวน 3 ราย ผู้ให้บริการทั้งหมดซึ่งเป็นพยาบาลไทยมุสลิมทุกรายให้ความเห็นที่ตรงกันว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนานี้มีแนวทางการใช้ที่เข้าใจง่าย และมีลำดับขั้นตอนที่สอดคล้องต่อเนื่องดี

โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ มีจุดแข็งคือ เป็นโปรแกรมที่ใช้งานง่าย สะดวก รูปแบบสวยงาม ตัวอักษรใหญ่ มองเห็นชัดเจน ใช้ภาษาเข้าใจง่าย มีความเหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมและผู้ดูแลหลัก จุดเด่นของโปรแกรม คือ มีการใช้ภาษามลายู (อาหรับ) เขียนประกอบในคู่มือด้วย ซึ่งมีประโยชน์มาก เนื่องจากผู้รับบริการ (ทั้งผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมและผู้ดูแลหลัก) ส่วนใหญ่อ่านภาษาไทยไม่แตกฉาน การใช้ภาษามลายู (อาหรับ) เขียนกำกับไว้ จึงช่วยเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถอ่านเข้าใจเนื้อหาสาระและความรู้ได้มากขึ้น นอกจากนี้ การมอบคู่มือให้ผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก) เพื่อนำไปใช้ทบทวนด้วยตัวเองเมื่ออยู่ที่บ้าน มีส่วนช่วยให้ควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์รัตน์ที่กล่าวว่า การให้ความรู้เพียงครั้งเดียวผู้ป่วยไม่สามารถจำได้หมด การทบทวนซ้ำ ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและสามารถควบคุมโรคได้¹⁷

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้อาจมีข้อจำกัดไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างออกไป เนื่องจากเป็นการศึกษาในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ชนบทในเขตพื้นที่ของสามจังหวัดชายแดนใต้ โดยได้ศึกษาเบื้องต้นนำไป

ทดลองใช้นำร่องกับผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก) ชาวไทยมุสลิม เพียง 5 ครอบครัว จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยเพิ่มจำนวนผู้รับบริการให้มากขึ้น และควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการขยายโปรแกรมไปสู่การนำไปใช้ในรพ.สต.ที่มีบริบทตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนมุสลิมอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่บุคลากรสุขภาพ หรือพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดอบรมให้มีความรู้และความเข้าใจปัญหาด้านการใช้ยาความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุไทยมุสลิม และควรเสริมความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วม (ก่อนการนำไปใช้) เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. หลังจากนำไปใช้ ควรติดตามประเมินผลภายหลังการนำไปใช้ เพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมมากขึ้นและควรปรับปรุงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ ๆ (ในช่วง 3-5 ปี) เพื่อให้เนื้อหาในโปรแกรมทันสมัย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Zhou X, Wong FKY, Wu CL.H. Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model: A randomized controlled trial. *Inter J Nursing Studies* 2017; 77: 171-8.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย.

นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2557.

3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2556. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
4. Himmelfarbm C, Comondore-Mensah Y. Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Annals of Global Health* 2016; 82(2):243-253.
5. เขตบริการสุขภาพที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายที่สำคัญ กลุ่มวัยผู้สูงอายุ. 2557. [Internet] เข้าถึงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2559 เข้าถึงได้จาก http://203.157.229.33/archives/Files/plan57/plan_25.pdf
6. กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ. คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2558.
7. เขตสุขภาพที่ 12, สำนักงาน. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center. 2558. [Internet] เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2558. เข้าถึงได้จาก: https://hdservice.moph.go.th/hdc/admin/transfer_stat.php
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดปัตตานี [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.chronic.sasukpattani.com>
9. อิสมาอีลลุดดี จะปะเกีย. คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักศาสนาอิสลาม (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปัตตานี: สำนักเลขานุการ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา; 2556.

10. ชลการ ชายกุล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
11. นันทิกานต์ หวังจิ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
12. Cohen JM, Uphoff NT. Participation plan in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development* 1980; 8(3): 213-235.
13. มหามะ ฆะมาตุลา, ยูซุฟ นิมะ. การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพโรคเรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
14. Joanna Briggs Institute. [JBI] Institute for evidence based nursing & midwifery. 2008. [Internet] Cited October 14, 2009. Available from <http://www.joannabriggs.edu.au>
15. บรรจง บินกาซัน. อิสลามสำหรับผู้เริ่มสนใจอิสลาม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสืออิสลาม; 2546: หน้า 35-37. [Internet] เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2562 เข้าถึงได้จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/อิสลาม> & ละหมาด
16. คณะทำงานวิชาการและวิจัย สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: โรคเรื้อรัง (หัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
17. ดารารัตน์ บุญไชยสุริยา. การพัฒนาโปรแกรมตามแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง [สารนิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน] สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.