



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิม
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง: การศึกษานำร่อง

Effects of a Family Participation Promotion Program on Medication Adherence in
Muslim Elderly Patients with Myocardial Infarction: A Pilot Study

อามีเนาะ ดาเต^{1*} พงศ์ศิลป์ เพ็งมาก¹ อูมาพร บุญญโสพรรณ¹
Ameenoh Datae¹ Pajongsil Perngmark¹ Umaporn Boonyasopun¹

(Received: October 13, 2023; Revised: December 18, 2023; Accepted: January 17, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง วิธีการศึกษา เป็นการศึกษา นำร่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและผู้ดูแล จำนวน 12 ราย (6 คู่) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และได้รับการดูแลตามโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ ทดสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 20 ราย วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการทดสอบสมมติฐานการวิจัยใช้สถิติวิลคอกชัน

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้สูงอายุมุสลิมฯ หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.20, -2.21, p < .05$)

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Faculty of Nursing, Princess of Songkla University

* Corresponding Author: sirisalamat@gmail.com



ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถส่งเสริมดูแล ผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัย ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งสามารถทำให้เกิดความต่อเนื่องได้ในระยะยาวและควรมี การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมกับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ในกลุ่มที่นอกเหนือไปจากผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว, พฤติกรรมการรับประทานยา, ผู้สูงอายุ มุสลิม, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

Abstract

The purpose of this study was to determine the effect of a family participation promotion program on medication adherence in Muslim elderly patients with myocardial infarction. Research's methodology: A pilot study. Twelve patients with myocardial infarction and family members (six pairs) were used as study samples. They were selected based on predetermined criteria and received the program. Medication adherence behavior questionnaires for patients with myocardial infarction and family member participation questionnaires were utilized to collect data. All questionnaires were validated by three experts. Alpha's Cronbach's reliability results were 0.95 and 0.93, respectively. Twenty samples that were comparable to the research sample were used to test the reliability of the questionnaires. Personal data were analyzed by using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and the assumptions of the Wilcoxon sign test.

The findings showed that the mean scores for medication adherence and family member participation of Muslims elderly patients with myocardial infarction after receiving program were statistically significantly higher than before receiving the program. ($Z = -2.20$ and -2.21 , $p < .05$)

The results indicated that a family participation promotion program can enhance caring of Muslims elderly patients with myocardial infarction by encouraging family members to assist in providing continuous long-term care. The program's impact on other health-related behaviors should also be assessed in patients with other diseases.

Keywords: A family participation promotion program, Medication adherence, Muslim elderly, Myocardial infarction



บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีความรุนแรงนำไปสู่สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีการเสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มมากขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก (American Heart Association, 2019) และในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึง 432,943 คน และเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึง 37,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยเสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน (Thai Health Stat, 2020) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าที่อื่น ประมาณ 4 - 6 เท่า รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี (Department of Disease Control, 2020) โดยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านการทำงานของหัวใจ จึงเป็นเหตุให้หัวใจต้องทำงานมากกว่าปกติในการเอาชนะความต้านทานของหลอดเลือด เพื่อส่งเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ ได้อย่างเพียงพอ (Dai et al., 2015) ความเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค (Penpimol et al., 2016)

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกำเริบซ้ำ ในผู้ป่วยสูงอายุ หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายภาวะเจ็บหน้าอกได้สูงที่สุด (Supanam et al., 2020) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำคือ การควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่เหมาะสมและเลิกสูบบุหรี่ โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสามารถทำนายระดับไขมันในเลือดได้มากที่สุด (Kanbuala et al., 2021) โดยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 พบว่าในปี พ.ศ. 2561 ประชากรในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจังหวัดปัตตานีมีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากที่สุดคิดเป็น 42.2 ต่อประชากร 100,000 คน (Department of Disease Control, 2019) พบในผู้สูงอายุมุสลิมคิดเป็นร้อยละ 80 (Pattani Provincial Public Health, 2019) เนื่องจากบริบทของพื้นที่และวัฒนธรรม ความเชื่อของประชาชนชาวไทยมุสลิมมีการดำเนินชีวิตที่เป็นไปตามหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามและยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เช่น อาหารที่รับประทานต้องเป็นอาหารฮาลาลและอาหารที่ดี (ตอຍຍັບ) ที่มีคุณค่าและดีต่อสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่ชาวไทยมุสลิมจะเน้นรับประทานอาหารจำพวกแป้ง



น้ำตาล กะทิและรสเค็ม เช่น แกงไตปลา น้ำบูดู มัสมั่น โรตีสี มะตะบะ เป็นต้น (Lillahkul & supanakul, 2018)

ในปัจจุบันการดำเนินกิจกรรมของคลินิกโรคหัวใจ (ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข) ได้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในคลินิก เช่น การให้คำปรึกษารายกรณี การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยเภสัชกร ทั้งนี้ก็ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องเนื่องจากการมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (Penpimol et al., 2016)

จากรายงานข้อมูลของคลินิกโรคหัวใจโรคพยาบาลมหาย พบว่า ยังมีผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่ไม่ได้มาตามนัด ขาดยา คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งในปี 2563 พบผู้สูงอายุมุสลิมที่อยู่ในระยะที่ 3 หลังการจำหน่าย มีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดกำเริบซ้ำจำนวน 5 ราย และเสียชีวิตจำนวน 3 ราย จากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมบางส่วนมีความเชื่อหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยเชื่อว่า “เป็นพระประสงค์ของอัลลอฮ์ให้เกิดการเจ็บป่วย จะหายหรือไม่หายก็เกิดจากพระเจ้า” (Lutfi, 2013) จึงไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือบางคนเข้าใจว่า “ตนเองหายดีแล้ว ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก” (Samae et al., 2016) บางคนไม่มีผู้ดูแลนำส่งเพราะผู้ดูแลไปทำงาน สิ้นวันนัด รวมถึงความเชื่อเรื่อง “การรับประทานยาจำนวนมากทำให้เกิดไตวายได้เร็วขึ้น” หรือการรับประทานอาหารหรือผลไม้บางชนิดอาจทำให้เกิดปฏิกิริยากัน ทำให้ละเลยการรับประทานยา โดยสาเหตุหลัก คือ การลืมรับประทานยา สาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมยังคงมีพฤติกรรมการควบคุมโรคไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวอีกด้วย

โดยหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดกำเริบซ้ำ คือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรค มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ข้อดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและข้อเสียของการขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และช่วยทำให้ลดการเกิดโรคหัวใจกำเริบซ้ำได้

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดกลยุทธ์การกำกับการรับประทานยาต่อหน้า (directly observe treatment: DOT) และแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Suwannapong et al., 2016; World Health Organization [WHO], 2010) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุมุสลิมให้มีพฤติกรรมการรับประทานยา



อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกำเริบซ้ำในอนาคตกายได้บริบทของพื้นที่ และวัฒนธรรม ความเชื่อของประชาชนชาวไทยมุสลิม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาการรับรู้หรือความคิดเห็นต่อโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยอาศัยแนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามซึ่งมี 6 ประการแต่ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้หลักศรัทธาในศาสนาอิสลามเพียง 5 ประการ คือ 1) ศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าแห่งสากลโลก 2) การศรัทธาบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน 3) ศรัทธาในบรรดาเทวทูต 4) ศรัทธาในท่านศาสดาและ 6) ศรัทธาต่อสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้น (การเปลี่ยนแปลงหรือดับสูญเนื่องจากความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า) ยกเว้นข้อที่ 5 (Lutfi, 2013) ร่วมกับประยุกต์ใช้กลยุทธ์การกำกับกำกับการรับประทานยาต่อหน้า (directly observe treatment: DOT) โดยผู้ดูแล ดูแลการกินยาทุกขนานและมีการจดบันทึกการรับประทานยา (WHO, 2010) รวมทั้งแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) การรู้เรื่องยาอย่างถูกต้อง 2) การเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม 3) การกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และ 4) การมีส่วนร่วมในแผนการรักษาอย่างเหมาะสม (Suwannapong et al., 2019) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีประสิทธิผลที่ดีต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
2. โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่อง (pilot study) โดยมีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม



ประชากร

ประชากรมี 2 กลุ่มคือ 1) ผู้สูงอายุมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รับการรักษาด้วยยา (Non-Invasive) อยู่ในระยะที่ 3 หลังการจำหน่าย จำนวน 6 ราย และ 2) ผู้ดูแลที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย (6 คู่)

กลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติของผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีประวัติจากเวชระเบียนว่ารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และได้รับการรักษาล่าสุดก่อนการทดลองภายใน 3 เดือน
3. ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และภาวะหัวใจล้มเหลว
4. มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ โดยจำแนกตามความรุนแรงของโรคตามสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก ระดับ 1 - 2 (New York Heart Association FC I - II) คือ มีอาการของโรคที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และความผิดปกติใดๆภายหลังการได้รับยาขยายหลอดเลือด

5. ปฏิเสธการทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจและหลอดเลือด

คุณสมบัติผู้ดูแล

1. ผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วง 30-59 ปี (Middle age)
2. สามารถติดต่อสื่อสารและเขียน ภาษาไทยและภาษามลายูได้
3. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือการใช้สายตา ยกเว้นสายตาสั้น หรือสายตายาว
4. เป็นผู้ดูแลหลักและเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยไปรับการรักษาตามนัด
5. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมฯ ปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วยช่วยกัน” แผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ และแบบบันทึกการนับเม็ดยา

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อ



หัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามร่วมกับการประยุกต์กลยุทธ์การรับประทายาต่อหน้า DOT (WHO, 2010) และแนวคิดการรับประทายาอย่างต่อเนื่อง

1.2 ปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วยช่วยกัน” สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นปฏิทินใช้ประกอบการสอนเรื่องยา ผลข้างเคียงของยา การจดบันทึกการรับประทายาเพื่อให้ผู้ดูแลติดตามการรับประทายาของผู้สูงอายุในแต่ละสัปดาห์ ฉบับร่างให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามลายูแปลเนื้อหาจากภาษาไทยเป็นภาษามลายู

1.3 แผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สร้างขึ้นเพื่อประกอบการสอนให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุทำความเข้าใจการปฏิบัติตัว การป้องกันการกำเริบซ้ำ และเป็นแผ่นพับ 2 ภาษาที่มีภาษามลายูท้องถิ่นให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความเข้าใจมากขึ้น

1.4 แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.5 แบบบันทึกการนับเม็ดยา เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการนับเม็ดยาของ Wangji et al. (2015) เพื่อความเหมาะสมในการนำมาใช้ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การพักอาศัย หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ มีทั้งหมด 9 ข้อ

2.2 แบบสอบถามข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและการรักษา ประกอบด้วยข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการรับประทายาอาหารประเภทไขมัน ประวัติการออกกำลังกาย ประวัติความเครียด ระยะเวลาที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีทั้งหมด 9 ข้อ

2.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หน้าที่รับผิดชอบ มีทั้งหมด 10 ข้อ

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม แบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านการรู้เรื่องยาอย่างถูกต้อง ด้านการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม ด้านการกำกับตนเองให้รับประทายาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และด้าน การมีส่วนร่วมในแผนการรักษา (Suwannapong et al., 2019) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (ratio scale) 5 ระดับ ดังนี้ เป็นจริง = 5 ก่อนข้างจริง = 4 ปานกลาง = 3 ก่อนข้างไม่จริง = 2 ไม่จริง = 1 วิเคราะห์การแบ่งพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมี 3 ระดับ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย > 3.68 ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย < 2.34 (Suwannapong et al., 2019)



3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัย

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว (ที่เป็นผู้ดูแลหลัก) ด้านการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสำหรับผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีคำตอบเป็นมาตรส่วนประเมินค่า (ratio scale) 4 ระดับคือ 4 = มีส่วนร่วมเป็นประจำ 3 = มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง 2 = มีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง 1 = มีส่วนร่วมน้อยมากหรือแทบไม่มี การวิเคราะห์โดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์คณะวิทยาการอิสลาม ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของหลักการอิสลามและการใช้ภาษามลายู 1 ท่าน เกษตรกรที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเข้าใจและความชัดเจนของข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษา สำหรับโปรแกรมฯ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ปฏิบัติจริงสำหรับแบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด ([S-CVI]) ได้เท่ากับ 0.96 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจใช้ของ Suwannapong et al. (2019) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม (ที่ผ่านการตรวจสอบมาแล้ว) ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.99 มีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี ($\alpha = 0.81$)

สำหรับสื่อที่ใช้ประกอบการดำเนินโปรแกรมได้แก่ ปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วยช่วยกัน” และแผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วยช่วยกัน” และแผ่นพับโรค



กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเข้าสู่กระบวนการแปลสองภาษาโดยอาจารย์ 2 ท่าน จากภาควิชามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ เอกภาษามลายู มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี และได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษามลายูและยังคงความหมายเดิมว่าถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ก่อนนำไปปฏิบัติจริง

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสัมภาษณ์ตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสัมภาษณ์

2.2 กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่ต้องการศึกษา

2.3 นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์คณะวิทยาการอิสลาม ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของหลักการอิสลามและการใช้ภาษามลายู 1 ท่าน เกษตรที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน พิจารณาประเด็นคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงความถูกต้องเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไขทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขปรับปรุงให้เรียบร้อยแล้ว ไปเก็บข้อมูลสำคัญในการวิจัยต่อไป

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงคือ 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลประจำคลินิก



โรคหัวใจ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมุสลิม ฯ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจง สั่งแบบสอบถามและแบบประเมิน (pre test) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองโดยการนำแบบสอบถามใส่ซองเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้ใส่ซองส่งกลับมา

1.3 ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมที่วางไว้ จำนวน 8 สัปดาห์ ตามแนวทางของโปรแกรม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจเป็นผู้ช่วยวิจัยและให้คำแนะนำตลอดการดำเนินการทดลอง

1.4 ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงและนำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแบบประเมินการรับประทานยา (post test) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองโดยการนำแบบสอบถามใส่ซองเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้ใส่ซองส่งกลับมา

1.5 นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมตามลำดับขั้นตอนดังนี้

2.1 ขออนุญาตแนะนำตัวผู้วิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในช่วงเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมุสลิม ฯ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งเป็นการสนทนากลุ่ม โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิม ฯ ครอบครัวผู้ดูแล ได้ทำการสัมภาษณ์เป็นเวลา 20 - 30 นาทีด้วยตนเองพร้อมกับแจกปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน” และแผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด รวมทั้งแนะนำการใช้สื่อทั้งสองให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้เรียนรู้ร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

2.วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นการตีความหมายของเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมของนักวิจัย โดยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ คณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พิจารณารหัสโครงการ PSU IRB 2022 – Nur 011 (Internal) ลงวันที่ 19



เมษายน 2565 จากนั้นทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลแก่โรงพยาบาลที่จะศึกษา ทีมวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกรายไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแนะนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ของการวิจัย การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งการปฏิเสธครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และครอบครัวผู้ดูแลหลัก มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบ่งเป็นเพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ 50.00 เท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี (S.D. = 6.47) ส่วนใหญ่จบการศึกษาภาคบังคับศาสนาอิสลาม ร้อยละ 50 ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉลี่ย 5.92 ปี (S.D. = 2.81) ผู้สูงอายุมีประวัติการสูบบุหรี่ร้อยละ 50

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักแบ่งเป็นเพศหญิง และเพศชายร้อยละ 50.00 เท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 47.17 ปี (S.D. = 6.34) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ๑ ส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอนุปริญญา ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ บุตรหลานเป็นผู้จัดหา ผู้ดูแลทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาก่อน (ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป และจำนวน (คน) ของผู้สูงอายุมุสลิม ๑ และผู้ดูแลหลักที่ได้ทดลองใช้โปรแกรม (นำร่อง)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			ผู้ดูแลหลัก		
เพศ			เพศ		
ชาย	3	50	ชาย	3	50
หญิง	3	50	หญิง	3	50
อายุ (ปี)			อายุ (ปี)		
60 - 69	4	66.67	40 - 49	4	66.67
> 70	2	33.33	> 50	2	33.33



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา			ระดับการศึกษา		
ไม่เรียน	2	33.33	มัธยมศึกษา	3	50
การศึกษาระดับมัธยมศึกษา	3	50	ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3	50
ประถมศึกษา	1	16.67			
การประกอบอาชีพ			การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	33.33	เกษตรกร	2	33.33
รับจ้าง	1	16.67	ค้าขาย	2	33.33
เกษตรกร	2	33.33	รับราชการ	2	33.33
ค้าขาย	1	16.67			
ระยะเวลาการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ปี)			การพักอาศัย		
1 - 9	5	83.33	อยู่บ้านเดียวกัน	4	66.67
> 10	1	16.67	อยู่คนละบ้าน	2	33.33
การสูบบุหรี่			สถานภาพสมรส คู่	6	100
ไม่สูบบุหรี่	3	50	ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย		
หยุดสูบบุหรี่	2	33.33	ไม่มีประสบการณ์	6	100
สูบบุหรี่	1	16.67	ผู้จัดยา		
โรคประจำตัว			จัดยาเอง	2	33.33
HT, DM	2	33.33	บุตร / หลาน	3	50
HT, DM, DLP	2	33.33	สามี / ภรรยา	1	16.67
HT	1	16.67	ความสัมพันธ์		
อื่นๆ	1	16.67	บุตร / หลาน	4	66.67
การออกกำลังกาย			สามี / ภรรยา	2	33.33
ไม่เคยออกกำลังกาย	3	50			
ออกกำลังกาย < 3 ครั้ง / สัปดาห์	3	50			
จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน					
< 5	1	16.67			
5 - 10	4	66.67			
> 10	1	16.67			

* หมายถึง HT = โรคความดันโลหิตสูง DM = โรคเบาหวาน DLP = โรคไขมันในเลือดสูง



1.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ ของผู้สูงอายุมุสลิม ฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.20, -2.21, p < .05$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ ของผู้สูงอายุมุสลิม ฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test ($n = 6$ คู่)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	Mean rank	Z	p
การรับ ประทานยาอย่างต่อเนื่อง	ก่อนการใช้โปรแกรม	3.50	-2.20	.03*
	Min 2.10, Max 2.30			
	หลังการใช้โปรแกรม			
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	Min 3.48, Max 3.96			
	ก่อนการใช้โปรแกรม	3.50	-2.21	.03*
	Min 2.10, Max 2.30			
	หลังการใช้โปรแกรม			
	Min 3.10, Max 3.90			

ตารางที่ 3 การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ

ข้อที่	การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	ก่อนการใช้โปรแกรมฯ		หลังการใช้โปรแกรมฯ	
		M	S.D.	M	S.D.
1.	ท่านมีการพูดคุย สอบถามปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	2.67	.82	3.67	.52
2.	เมื่อท่านพาผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาท่านได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาและการรับประทานยากับแพทย์	2.00	.00	3.50	.55



ข้อที่	การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	ก่อนการใช้โปรแกรมฯ		หลังการใช้โปรแกรมฯ	
		M	S.D.	M	S.D.
3.	ท่านมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการตัดสินใจวางแผนด้านการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมกับผู้สูงอายุ	2.17	.41	3.33	.52
4.	ท่านมีส่วนช่วยเหลือในการค้นหาและสาเหตุของการไม่ได้รับยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามแผนการรักษาร่วมกับผู้สูงอายุ	2.50	.55	3.33	.52
5.	ท่านมีส่วนช่วยเหลือในการกำหนดกิจกรรมหรือวิธีการในการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับผู้สูงอายุ	2.00	.63	3.33	.52
6.	ท่านมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามจำนวน และเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ครบทุกมื้อ	1.83	.41	3.50	.55
7.	ท่านมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.33	.52	3.67	.55
8.	เมื่อผู้สูงอายุไม่สบายหรือมีเหตุจำเป็น ท่านมีส่วนช่วยเหลือในการเดินทางไปรับยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแทนผู้สูงอายุตามที่แพทย์นัดหมาย	2.67	.52	3.17	.41
9.	ท่านมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น ไอแหว่ง ๆ จากยาขยายหลอดเลือด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะจากยาลดไขมันในเลือด เป็นต้น	2.00	.00	3.33	.52
10.	ท่านมีส่วนช่วยเหลือในการกระตุ้นเตือนเมื่อผู้สูงอายุลืมรับประทานยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	2.00	.63	3.50	.55
รวม		2.22	.07	3.43	.28

จากตารางที่ 3 แสดงการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในกลุ่มทดลองใช้โปรแกรม ฯ ก่อนการทดลองพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.22$, $S.D. = .07$) แต่ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรม ฯ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่สูงขึ้น ($M = 3.43$, $S.D. = .28$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ muslim โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาใช้ ทำให้ผู้ดูแลมีบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จาก



แบบสอบถามพบว่า ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการตัดสินใจวางแผนด้านการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์น้อย ผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่กล้าสอบถามในสิ่งที่สงสัย ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าอธิบายถึงความต้องการของตนเอง ทำให้ทีมผู้รักษาไม่สามารถที่จะวางแผนการรักษาร่วมกัน แต่ภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนและการตัดสินใจร่วมกับทีมผู้รักษาหรือการสอบถามแพทย์ในประเด็นที่สงสัย ทำให้ผู้ดูแลมีความกล้าในการสอบถามและแสดงความคิดเห็น กล้าที่จะบอกความต้องการของตนมากยิ่งขึ้น ประกอบกับแพทย์และทีมผู้รักษาเป็นผู้ที่สามารถใช้ภาษามลายูได้ ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถใช้ภาษามลายูในการสอบถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			
		ก่อนการใช้โปรแกรมฯ		หลังการใช้โปรแกรมฯ	
		M	S.D.	M	S.D.
(1)	ด้านการรู้เรื่องยาอย่างถูกต้อง	2.50	.25	3.88	.26
	1. ฉันรู้ประโยชน์ของยาตามที่แพทย์สั่งให้ผู้สูงอายุกิน	2.00	0.00	4.00	.63
	2. ฉันรู้ถึงอาการผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่ผู้สูงอายุกิน	2.33	.52	4.33	.52
	3. ฉันรู้ว่าผลที่ตามมาหากผู้สูงอายุไม่รับประทานยาที่แพทย์สั่ง	2.67	.52	3.83	.41
	4. ฉันรู้วิธีกินยาที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ	3.17	.98	3.83	.41
	5. ฉันรู้วิธีสังเกตอาการข้างเคียงของผู้สูงอายุที่ถูกต้องหลังจากรับประทานยาเช่น อาการไอแหว่งๆจากยาขยายหลอดเลือด	2.50	.55	4.17	.41
	6. ฉันรู้วิธีดำเนินการที่เหมาะสมหากเกิดผลข้างเคียงเชิงลบจากยากับผู้สูงอายุ	2.50	.55	3.67	.52
	7. ฉันรู้วิธีเก็บยาของผู้สูงอายุที่ถูกต้อง	2.33	.52	3.33	.52
(2)	ด้านการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม	2.33	.30	3.28	.26
	8. ฉันเก็บยาของผู้สูงอายุไว้ในที่แห้ง	2.17	.41	3.50	.55
	9. ฉันเก็บยาของผู้สูงอายุไว้ในภาชนะที่ปิดสนิท	2.33	.52	3.17	.41
	10. ฉันนำยาออกจากซองฟอยล์เมื่อฉันต้องการนำไปให้ผู้สูงอายุรับประทาน	2.50	.84	3.17	.41
(3)	ด้านการกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง	2.39	.16	3.74	.22
	11. ฉันตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนให้ผู้สูงอายุรับประทาน	2.17	.41	3.83	.41



ข้อ	คำถาม	พฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			
		หัวใจขาดเลือด			
		ก่อนการใช้โปรแกรมฯ	หลังการใช้โปรแกรมฯ		
		M	S.D.	M	S.D.
	12. ฉันอ่านฉลากบนภาชนะบรรจุอย่างละเอียดก่อนให้ผู้สูงอายุรับประทานยา	2.33	.52	3.67	.52
	13. ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งหมดที่เขียนฉลากทั้งหมดบนภาชนะบรรจุอย่างใกล้ชิด	2.83	.75	3.50	.55
	14. ฉันให้ผู้สูงอายุกินยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง	2.33	.52	3.83	.75
	15. ฉันให้ผู้สูงอายุทานยาทุกประเภทที่แพทย์สั่ง	2.50	.55	3.50	.55
	16. ฉันให้ผู้สูงอายุทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง	2.50	.55	3.67	.52
	17. ฉันไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาของผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์	2.33	.52	3.50	.55
	18. ฉันให้ผู้สูงอายุทานยาตามที่กำหนดต่อไปจนกว่าจะครบปริมาณ	2.33	.52	3.50	.55
	19. ฉันถามแพทย์ เภสัชกรหรือพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาก่อนที่จะเริ่มใช้ยาเหล่านั้น	2.00	.00	4.17	.41
	20. ฉันยังคงให้ผู้สูงอายุทานยาตามที่แพทย์สั่งแม้ว่าจะรู้สึกว่าการดีขึ้น	2.50	.52	4.00	.63
	21. ฉันนำยาของผู้สูงอายุไปด้วยเมื่อต้องออกไปข้างนอกแล้วถึงเวลารับประทานยา	2.50	.52	4.00	.63
(4)	ด้านการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา	2.58	.20	3.87	.14
	22. ฉันสังเกตว่าผู้สูงอายุดีขึ้นหรือไม่ หลังจากกินยา	2.83	.75	4.00	.63
	23. ฉันสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากรับประทานยา	2.83	.75	3.83	.41
	24. ฉันแจ้งให้แพทย์ทราบอย่างถูกต้องเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุเพื่อปรับวิธีการใช้ยาให้เหมาะกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ	2.17	.41	3.83	.41
	25. ฉันมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับแพทย์ในการเลือกยาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	2.50	.55	3.83	.41
รวม		2.45	.13	3.75	.15



จากตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.45$, $S.D. = .13$) และภายหลังการทดลองเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นรายด้านประกอบด้วย 4 ด้าน

1. ด้านการรู้เรื่องยาอย่างถูกต้อง ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับยาเพิ่มมากขึ้น ($M = 3.88$, $S.D. = .26$) คือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา การสังเกตอาการภายหลังการรับประทานยา และรับรู้เกี่ยวกับผลเสียของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เช่น จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ หรือการรับประทานยา ASA ให้สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการปวดมวนท้อง เลือดออกผิดปกติในตามร่างกาย เป็นต้น ซึ่งในด้านนี้ก่อนการทดลองผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้ในระดับปานกลาง ไม่ค่อยรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดการรับประทานยาแบบกินบ้าง ไม่กินบ้าง

2. ด้านการเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมมีผลด้านการเก็บรักษายาที่อยู่ในระดับสูงขึ้น ($M = 3.28$, $S.D. = .26$)

3. ด้านการกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง มีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น ($M = 3.74$, $S.D. = .22$) ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความพยายามที่จะทำให้เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ดูแลที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านจะจัดยาในแต่ละมื้อให้ผู้สูงอายุรับประทานตามเวลา แต่สำหรับครอบครัวที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตลอดเวลาจะมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยส่วนใหญ่จะยึดตามเวลาละหมาด มื้อเช้าจะรับประทานหลังอาหารเช้าเวลาประมาณ 7.00 - 9.00 น. มื้อเที่ยงจะรับประทานยาหลังอาหารหลังละหมาดซุริเวลา 12.30 - 13.30 น. มื้อเย็นจะรับประทานยาหลังอาหารที่รับประทานเพียงเล็กน้อยก่อนมืยายเวลา 15.30 - 16.30 น. และมือก่อนนอนจะรับประทานยาหลังอาหารมือเย็นเวลา 20.00 - 21.00 น. ซึ่งผู้สูงอายุก็จะรับประทานยาตามเวลาดังกล่าว

4. ด้านการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในแผนการรักษามากยิ่งขึ้น ($M = 3.87$, $S.D. = .14$) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความกล้าที่จะสอบถามทีมผู้รักษาในประเด็นที่สงสัย เช่น รับประทานยาแล้วไอบ่อยหรือบวมบริเวณแขนขาเกิดจากผลข้างเคียงของยาตัวไหน สามารถปรับเปลี่ยนยาได้หรือไม่ ซึ่งทำให้การรักษามีความยืดหยุ่น จากเดิมที่เมื่อมีอาการไอบ่อยหลังการรับประทานยาผู้สูงอายุก็จะหยุดยาเอง หรือรับประทานยาตัวไหนแล้วรู้สึกเพลีย เวียนศีรษะ ผู้สูงอายุก็จะหยุดยาเอง ทำให้ทีมผู้รักษาไม่รับรู้ถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงไม่มีการปรับยา ทั้งนี้เมื่อมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ ผลที่เกิดขึ้นทั้ง



ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ มีความเข้าใจในตัวโรคและแผนการรักษามากยิ่งขึ้น รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังสามารถวางแผนการรักษาพร้อมกับทีมรักษาได้อีกด้วย

2. การรับรู้หรือความคิดเห็นต่อโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาใช้

ผลการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุมุสลิม ๑ โดยได้ทดลองใช้ในผู้สูงอายุมุสลิมเพศชาย 3 คน เพศหญิง 3 คน และผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมุสลิมเป็นบุตรหลานและสามี / ภรรยา จำนวน 6 คน พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิม ๑ และสมาชิกในครอบครัวทุกคนเห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยในด้านที่ 1 มีความเหมาะสมของขั้นตอนในแต่ละกิจกรรมของผู้สูงอายุมุสลิม ๑ และครอบครัว ซึ่งมีความเห็นว่าขั้นตอนในโปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด ด้านที่ 2 แผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบบันทึกการรับประทานยาสามารถบันทึกได้จริง และรูปแบบการบันทึกไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีแรงจูงใจให้ปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด และด้านที่ 3 สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้คือ ปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน” ผู้สูงอายุมุสลิม ๑ และผู้ดูแล มีความเห็นว่าสื่อที่นำมาใช้ในโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม และสอดคล้องกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยอาศัยกลยุทธ์การกำกับการรับประทานยาต่อหน้าควบคู่กับหลักศรัทธาของศาสนาอิสลามและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด อย่างไรก็ตามผู้ดูแลผู้สูงอายุมุสลิม ๑ ได้เสนอแนะให้มีการปรับระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมให้มีความกระชับมากยิ่งขึ้น

สำหรับปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน” และแผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้นำหลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยอาศัยกลยุทธ์การกำกับการรับประทานยาต่อหน้าร่วมกับหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้ โดยสื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษามลายูในท้องถิ่นนั้นมีส่วนที่ทำให้ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุมุสลิม ๑ ผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท รู้ลึก ประทับใจ และให้ความคิดเห็นที่ตรงกันว่า ปฏิทินโปสเตอร์ และแผ่นพับที่จัดทำนี้มีประโยชน์มาก ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้เป็นอย่างดี สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้และสอดคล้องกับบริบท ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้สูงอายุมุสลิม ๑ และผู้ดูแลหลัก

ตัวอย่าง 1 บางส่วนของการสนทนากับผู้วิจัยหลัก กับผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 78 ปี จำนวน 1 ราย เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของโปรแกรม ๑

“ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมเปาะจียังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นเลย คิดว่าภายหลังการรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในวันนั้นแล้วอาการดีขึ้น จึงหยุดยาไม่รู้ว่า เมื่อหยุดยาแล้วมีโอกาสที่จะเกิดอาการ



เจ็บหน้าอกที่รุนแรงซ้ำได้ แต่ภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจเกี่ยวกับโรคมามากขึ้น สามารถอ่านแผ่นพับภาษามลายูได้และเข้าใจเกี่ยวกับการทำบอลลูนที่เคยปฏิเสธการรักษาไปในตอนแรกเพราะไม่เข้าใจ และกลัวการทำหัตถการ และหลังจากนี้เปาะจิอาจะไม่ปฏิเสธการการทำหัตถการอีกและจะพยายามรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพราะเป้าหมายสูงสุดของการมีชีวิตอยู่ของเปาะจิในทุกวันนี้คือ การได้ใกล้ชิดอัลลอฮ์ ปฏิบัติศาสนกิจต่าง ๆ เท่าที่สามารถทำได้ แค่นี้ก็ดีที่สุดแล้ว”

ตัวอย่าง 2 บางส่วนของการสนทนากับผู้วิจัยหลัก กับผู้ดูแลหลักเพศหญิง อายุ 40 ปี ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 2 ราย สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ของคู่มือในโปรแกรม ฯ

“กะมัวแต่ทำงานไม่ค่อยดูแลการกินยาของมะ (แทนสรพนามของมารดา) เลย ไม่รู้ว่ามะกินยาอย่างไรบ้าง แต่หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกับเคะ (แทนสรพนามผู้วิจัย) ก็กลับไปอ่านแผ่นพับ และอ่านปฏิทินโปสเตอร์เกี่ยวกับกินยา ทำให้เข้าใจในตัวโรคและการรักษามากขึ้น และในคู่มือที่เคะให้มา (แทนสรพนามผู้วิจัย) มีรูปภาพประกอบเกี่ยวกับยาที่มะกิน มีตัวหนังสือสั้นๆและเป็นภาษามลายูมะเองก็สามารถอ่านได้ ทำให้ไม่พลาดมียาของมะได้ ตรีหมอกาสะ (ขอบคุณ) นะอาเคะที่มีการจัดกิจกรรมแบบนี้ขึ้นมา”

กล่าวโดยสรุปโปรแกรม ฯ มีลำดับขั้นตอนต่อเนื่องเข้าใจง่าย และมีองค์ประกอบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และมีสื่อที่สามารถนำหลักศรัทธาของศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้ และสื่อสารด้วยภาษามลายู พยาบาลประจำคลินิก ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมุสลิมฯให้ความเห็นตรงกันว่ามิประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คู่ (12 ราย) พบว่า มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพราะมีองค์ประกอบที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก) โปรแกรมที่สร้างขึ้นได้ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับ บริบท วัฒนธรรม และความเชื่อของชาวไทยมุสลิม และมีลำดับขั้นตอนการนำไปใช้ที่ดี โดยเริ่มจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม ถูกต้อง ทำให้ได้รำลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า ที่ได้ประทานโรคมารให้เพื่อเป็นบททดสอบถึงความยำเกรงของ



ป่าวที่มีต่อพระองค์ และไม่ลืมที่จะทำอิบาดะห์ (แสดงความภักดี) ต่อพระองค์โดยการหาแนวทางการรักษาเพื่อให้หายจากโรค ผู้ดูแลและผู้สูงอายุร่วมกันขอคูอาร์ให้เกิดพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนผู้ดูแลมีการจดบันทึกการรับประทานยา ซึ่งจะได้รับการบันทึกความดี จากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและการได้มีแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วยตามท่านศาสดาในศาสนาอิสลาม

การให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงอันตรายของโรคหาคับประทานยาไม่ต่อเนื่อง พร้อมทั้งนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ จนทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความความตระหนัก ตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งให้ผลการทดลองที่ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Wangji et al. (2015)

2. การศึกษาการรับรู้และความคิดเห็นต่อโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คู่ (12 ราย) พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมฯ และผู้ดูแลทุกคนมีความคิดเห็นตรงกันว่า โปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทั้งในด้านขั้นตอนของแต่ละกิจกรรม และแผนพับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดรวมทั้งปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน” เนื่องจากรูปแบบของกิจกรรมมีความสอดคล้องกับหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมฯ มีความสนใจ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมเหมาะสม ขั้นตอนในการทำกิจกรรมไม่ซับซ้อน ปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน” มีแบบบันทึกการรับประทานยาสามารถใช้บันทึกได้จริง รูปแบบของปฏิทินมีความน่าสนใจ มีรูปภาพประกอบตรงกับยาที่ผู้สูงอายुरับประทาน ขนาดอักษรที่มองเห็นชัดเจน และมีภาษามลายูท้องถิ่นที่เป็นจุดเด่นของโปรแกรม ซึ่งได้เขียนประกอบในแผนพับและปฏิทินโปสเตอร์อีกด้วย ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่าง (ทั้งผู้สูงอายุมุสลิมและผู้ดูแลหลัก) ส่วนใหญ่อ่านภาษาไทยไม่แตกฉาน การใช้ภาษามลายูท้องถิ่น ร่วมกับรูปภาพ กำกับไว้ จะทำให้ผู้ใช้สามารถอ่านเข้าใจเนื้อหาสาระและความรู้ได้มากขึ้น นอกจากนี้สามารถนำไปใช้ทบทวนด้วยตัวเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งมีส่วนช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bunchaisuriya (2011) ที่พบว่า การให้ความรู้เพียงครั้งเดียวผู้ป่วยไม่สามารถจำได้หมด ต้องมีการทบทวน ซ้ำ ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและสามารถควบคุมโรคได้ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้อาจมีข้อจำกัด ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างออกไป เนื่องจากเป็นการศึกษาในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ชนบทในเขตพื้นที่ของสามจังหวัดชายแดนใต้

นอกจากนี้ กิจกรรมของโปรแกรมยังไม่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการตรวจรักษาและส่งผลเสียต่อสุขภาพ ผู้วิจัยมีการนัดหมายการทำกิจกรรมในช่วงเวลาที่รอตรวจและทำกิจกรรมเพิ่มเติมทาง



โทรศัพท์เพื่อเป็นการลดการสัมผัสกับกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลตามมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 แต่จะต้องทำการอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากที่สุด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ดียิ่งขึ้น

สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ออกแบบโดยใช้องค์ความรู้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุมุสลิม พบว่าโปรแกรมมีความถูกต้องเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ การนำโปรแกรมไปทดลองใช้พบว่าผู้สูงอายุมุสลิม และผู้ดูแลมีความพึงพอใจ และโปรแกรมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผลการศึกษานี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุมุสลิม ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

การทดลองใช้โปรแกรมในครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลได้นำแนวปฏิบัติต่าง ๆ มาใช้แต่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุให้รับประทานยาต่อหน้าได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ดูแลจำเป็นต้องไปทำงานนอกบ้าน จึงมีการปรับใช้โปรแกรมนี้ด้วยการให้ผู้ดูแลจัดยาเตรียมยาโดยการเขียนป้ายยาที่มีขนาดตัวอักษรหรือรูปภาพที่ชัดเจน และกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเป็นระยะ ๆ ดังนั้น เมื่อนำแนวปฏิบัติ และเครื่องมือของโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมาปรับใช้ในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับติดตามและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคมมุสลิม

ด้านการบริหาร

ผู้บริหารของโรงพยาบาลที่มีบทบาทใกล้เคียงกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เป็นมุสลิม อีกทั้งยังช่วยเพิ่มผลงานตามตัวชี้วัดอีกด้วย



ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามประเมินผลในระยะยาว เป็นระยะเวลาทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือทุก 1 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
2. ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยใช้กลยุทธ์การกำกับการรับประทานยาต่อหน้าแบบมีผู้ดูแล (DOT) หลักศรัทธาในศาสนาอิสลามและแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องของการสูบบุหรี่ การออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จุดแข็งและข้อจำกัดในการวิจัย

จุดแข็ง การศึกษาครั้งนี้มีจุดแข็งที่สำคัญ คือ การนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม ความเชื่อตามหลักศรัทธาของชาวมุสลิม และสื่อที่เป็นสื่อสองภาษาและมีรูปภาพประกอบที่มีความเหมาะสมในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆในครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักศาสนาสามารถนำไปใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลที่มีบริบทหรือสิ่งแวดล้อมและระบบบริการในโรงพยาบาลที่คล้ายคลึงกับที่ผู้วิจัยศึกษา
2. ในระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่ค่อยให้ความร่วมมือและกังวลเกี่ยวกับการตรวจรักษา ดังนั้นจะต้องเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมและชี้ให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเห็นถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรม
3. การทดลองใช้โปรแกรมฯในครั้งนี้เป็น pilot study ซึ่งไม่สามารถนำไปใช้ได้ทันที เพราะผู้วิจัยยังไม่ทดลองจริงกับสัดส่วนประชากรที่เหมาะสม แต่สามารถนำไปทดลองใช้ได้จริงโดยการเพิ่มเวลาในช่วงการเริ่มต้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งมีการทำแบบสอบถาม จำเป็นต้องใช้ภาษามลายูในการอธิบายเป็นส่วนใหญ่และการติดต่อสื่อสารต่าง ๆ ไม่สามารถใช้ไลน์ในการติดต่อได้ ผู้วิจัยต้องโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ในช่วงติดตามทางโทรศัพท์ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที และผู้ดูแลมีความเข้าใจในการจดบันทึกการรับประทาน
4. ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ในการปรับใช้โปรแกรมต้องมีการส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนในผู้สูงอายุที่ต้องมีการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยา



ผู้ดูแลที่มีความจำเป็นต้องทำงานนอกบ้าน การกำกับการรับประทานยาต่อหน้าไม่สามารถทำได้ครบถ้วน จึงมีการปรับใช้โดยการจดยาใส่ถุงยา เขียนรูปภาพแสดงเวลาการรับประทานยาให้ชัดเจน พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยาซึ่งส่วนใหญ่จะกระตุ้นเตือนในเวลาที่มีการอาซาน (การเรียกร้อง) ละหมาดของแต่ละเวลา

รายการอ้างอิง (References)

- American Heart Association. (2019). Heart disease and stroke statistics A Report from the American Heart Association. *Circulation*, 139 (10), e56 - e528. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
- Bunchaisuriya, D. (2011). *Program development according to Model of the process of changing behavior Food consumption for Thai Muslim patients with High blood pressure* [Master's thesis]. Prince of Songkla University.
- Dai, X., Hummel, S.L., Salazar, J.B., Taffet, G.E., Zieman, S., & Schwartz, J.B. (2015). Cardiovascular physiology in the older adults. *Journal of Geriatric Cardiology*, 12(3), 196 - 201. <http://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2015.03.015>
- Department of Disease Control. (2019, March 15). *Number and death rate of non-communicable diseases, 2016 – 2018*. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>
- Department of Disease Control. (2020, March 15). *Coronary Artery Disease (CAD) situation 2019*. <https://ddc.moph.go.th>
- Kanbuala, W., Aiadsuy, N., & Deenan, A. (2021). The Effects of a Health Literacy Promotion Program on Coronary Artery Disease Preventive Behaviors and Serum Lipid Levels Among People with Dyslipidemia. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(3), 186 - 195. <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/7683>
- Lillahkul, N., & supanakul, P. (2018). Way of Life of Muslim People in Thailand's Southern Provinces and Health Promoting Lifestyle. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 302 - 312. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/130912>
- Lutfi, I. (2013). *Muslim life principles* (4th ed.). Friendship Printing House.



- Pattani Provincial Public Health. (2019, January 17). *Chronic Disease Patient Statistics Pattani Province*. <http://www.chronic.sasukpattani.com>
- Penpimol, P., Charoenkitkarn, V., Wattanakitkrileart, D., & Dumavibhat, C. (2016). The Influence of Perceived Medication Necessity, Medication Concern, Patient-Healthcare Provider Communication, and Complexity of Medical Regimens on Medication Adherence in Patients with Acute Coronary Syndrome after Hospitalization. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(3), 149 - 157. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/73275>
- Samae, P., Komjakraphan, P., & Piriyaunthorn, S. (2016). Development of an Oral Medication Self-Management Handbook for Elderly Muslim Patients with Diabetes. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36(2), 171 - 180. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/65348>
- Supanam, S., Liangchawengwong, S., & Piyayotai, D. (2020). The factors predicting post-hospital discharge chest pain status among acute coronary syndrome patients during the first year. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(1), 283 - 292. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/241572>
- Suwannapong, K., Thanasilp, S., & Chaipayat, W. (2016). The Development of Medication Adherence Scale for Persons with Coronary Artery Diseases: a Delphi study. *Journal of Health Research*, 30(3), 149 - 154. <https://www.thaiscience.info/journals/Article/JHRE/10981369.pdf>
- Suwannapong, K., Thanasilp, S., & Chaipayat, W. (2019). The Development of Medication Adherence Scale for Persons with Coronary Artery Disease (MAS-CAD): A Nursing Perspective. *Walailak Journal of Science & Technology* 16(1), 19 - 25. <https://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/4046>
- Thai Health Stat. (2020, November). *Coronary and artery disease*. <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tm=2&tp=3303>
- Wangji, N., Boonyasopun, U., & Sikeaw, M. (2015). Effect of Behavioral Modification program on Medical Adherence and Blood pressure for Muslim Elderly with Uncontrolled Hypertension. In Faculty of Medicine, Khon Kaen University, *The national Graduate Research Conference (34th ed.)*. Faculty of Medicine, Khon Kaen University.



World Health Organization. (2010, December 14) . *Treatment of Tuberculosis Guidelines*.
<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/treatment-tuberculosis-guidelines-fourth-edition.pdf>