



ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษา
ด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรค
ความดันโลหิตสูงไม่ได้

**Effect of Behavioral Modification Program on Medical Adherence and
Blood Pressure for Muslim Elderly with Uncontrolled Hypertension**

นันทิกานต์ หวังจิ

Nanthikarn Wangji

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University**

2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้
ผู้เขียน	นางนันทิกานต์ หวังจิ
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมามพร ปุญญโสพรรณ)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมามพร ปุญญโสพรรณ)
..... (รองศาสตราจารย์ใหม่ไทย ศรีแก้ว)กรรมการ (รองศาสตราจารย์ใหม่ไทย ศรีแก้ว)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์)
กรรมการ (ดร.ปิยะนาถ รักษาพรหมณ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวช
ปฏิบัติชุมชน

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือ

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุณฺณโกสพรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางนันทิกานต์ หวังจิ)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางนันทิกานต์ หวังจิ)

นักศึกษา

วิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้
ชื่อผู้เขียน	นางนันทิกานต์ หวังจิ
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2557

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ จำนวน 30 ราย ระยะเวลาในการศึกษามีทั้งหมด 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะควบคุม เริ่มต้นจากสัปดาห์ที่ 1 จนถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 และระยะทดลอง เริ่มต้นจากสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 จนถึงสัปดาห์ที่ 8 โดยในช่วงระยะการทดลอง ผู้สูงอายุมุสลิมจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ได้รับพัฒนาโดยใช้แบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลักความเชื่อของศาสนาอิสลามและหลักฐานเชิงประจักษ์ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย (1) แนวทางการใช้โปรแกรม (2) แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา และ (3) ปฏิทินการรับประทานยา โปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี (2) แบบบันทึกระดับความดันโลหิต และ (3) แบบการนับเม็ดยาที่เหลือ ค่าความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำของแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกีมีค่าเท่ากับ 0.9 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยได้รับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสมมติฐานการทดลองได้รับทดสอบโดยวิธีของฟริดแมน (Friedman test) และแบบเนเมนยี (Nemenyi test)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในสัปดาห์ที่ 8 เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในสัปดาห์ที่ 1 ($p < .05$) และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่ระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 8 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 1 ($p < .05$) และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้

(6)

เวลานาน 8 สัปดาห์สามารถทำให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นได้และยังสามารถลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้อีกด้วย

Thesis	Effect of Behavioral Modification Program on Medical Adherence and Blood Pressure for Muslim Elderly with Uncontrolled Hypertension
Author	Mrs. Nanthikarn Wangji
Major	Community Nurse Practitioner
Academic	2014

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a behavioral modification program on medical adherence and blood pressure. The sample comprised 30 Muslim elderly with uncontrolled hypertension. The 8-week study consisted of two periods. The control period was from the 1st week until the end of 4th week, and the experimental period was from the end of the 4th week until the end of the 8th week. During the experimental period, Muslim elderly received the behavioral modification program, which was developed based on the stage of change model, Islamic faith concept, and empirical evidence. The behavioral modification program consisted of (1) program guideline, (2) plan for modification of medication-taking behavior, and (3) the medication-taking calendar. Three experts validated the program. The research instruments were (1) the Morisky's medical adherence scale, (2) blood pressure record, and (3) pill count sheet. Test-retest reliability of Morisky's medical adherence scale was 0.9. Descriptive statistics were employed to analyze the demographic data. Friedman and Nemenyi tests were used to test the study hypothesis.

The findings showed that at the 8th week, medical adherence score increased as compared to the score at the 1st week ($p < .05$) and that at the end of 4th week ($p < .05$), whereas blood pressure level decreased as compared to blood pressure at the 1st week ($p < .05$) and that measured at the end of 4th week ($p < .05$). The results suggest that the 8-weeks stage-based behavioral modification program can be used to enhanced medical adherence and decrease blood pressure level among Muslim elderly with uncontrolled hypertension.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมภาพร ปุญญโสพรรณ และ รองศาสตราจารย์ ไหมไทย ศรีแก้ว ที่กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด รวมถึงคอยให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพมาส ชินวงศ์ และแพทย์หญิงสกวรัตน์ เบ็ญจือราแม ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ความเป็นไปได้ และความเหมาะสมในการนำไปโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้โดยได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ที่ให้โอกาสศึกษาต่อในครั้งนี้ รวมถึงเพื่อนร่วมงานที่ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรัง ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือจัดทำโปรแกรม และขอขอบคุณ หัวหน้าเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ที่ให้กำลังใจ และเข้าใจในบริบทของการเป็นนักศึกษาในการให้เวลาจัดทำวิทยานิพนธ์ที่สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีในครั้งนี้

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 ราย ที่ให้ความร่วมมืออย่างดีตลอดจนการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่สามารถนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมทั่วไป

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณพระผู้เป็นเจ้าที่ผู้วิจัยนับถือ ที่ได้ให้ข้าพเจ้าได้เกิดเป็นบุตรของคุณพ่อ และคุณแม่ของข้าพเจ้า ที่ท่านยอมเหนื่อย สละเวลาในการอบรมเพื่อให้บุตรคนนี้ได้ศึกษาเล่าเรียน อยู่ในหลักการดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม และให้กระทำความดี ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบให้ดีที่สุด จึงทำให้ข้าพเจ้ามีแรงบันดาลใจในการศึกษาครั้งนี้ และที่สำคัญที่สุดที่ต้อง ขอขอบคุณ คือ คุณสามี ที่คอยช่วยเหลือทางด้านการเงิน กำลังใจ แรงจูงใจ และช่วยในการเลี้ยงดูบุตรทั้ง 2 คน เป็นอย่างดี และขอขอบคุณบุตรทั้ง 2 คน ถึงแม้ว่าอายุยังน้อยทั้ง 2 คน ในช่วงที่แม่กำลังศึกษาลูกทั้ง 2 คนเป็นเด็กดี และเป็นลูกที่ดีของแม่เสมอมา สามารถเป็นแรงบันดาลใจในจบการศึกษาในครั้งนี้ไปได้ด้วยดี

นันทิกานต์ หวังจิ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(9)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมโรคในผู้สูงอายุ.....	13
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	13
แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (Non communicable diseases: NCD)	14
ความล้มเหลวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	17
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	18
แนวคิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา.....	18
ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา.....	21
หลักอิสลามที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง.....	25
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา..	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้	29
ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	29
การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิม ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้.....	32
หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดัน โลหิตสูงไม่ได้.....	34
สรุปผลการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง.....	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
ประชากร.....	37
กลุ่มตัวอย่าง.....	38
เกณฑ์การคัดออก.....	39
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
เกณฑ์การให้คะแนน.....	45
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	46
การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา.....	46
การหาความเที่ยงของเครื่องมือ.....	46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
ขั้นตอนการทดลอง.....	47
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	52
ผลการวิจัย.....	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	53
ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย.....	54
ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย.....	56
อภิปรายผลการวิจัย.....	61
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	62
ผลการศึกษาตามสมมติฐาน.....	63
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
สรุปผลการวิจัย.....	69
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	69
ข้อเสนอแนะ.....	70
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	70
เอกสารอ้างอิง.....	72
ภาคผนวก.....	79
ก การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	80
ข การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	82
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	84
ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	89
จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	131
ฉ สูตรคำนวณเปรียบเทียบพหุคูณ.....	134
ช ลิขสิทธิ์การใช้แบบประเมินของมอริสกี.....	135
ซ ตารางคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา.....	137
ฌ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	138
ประวัติผู้เขียน.....	139

รายการตาราง

ตาราง	หน้า	
1	สูตรคำนวณ ร้อยละความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา ในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4.....	45
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	53
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	54
4	ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's test.....	57
5	เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ในแต่ละช่วงสัปดาห์ โดยใช้การทดสอบ เนเมนยี (Nemenyi test)	58
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบรายคู่ คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา ในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's Test.....	58
7	เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา ในแต่ละช่วงโดยใช้การทดสอบ เนเมนยี (Nemenyi test)	59
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's test.....	60
9	เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในแต่ละช่วงสัปดาห์โดยใช้การทดสอบ เนเมนยี (Nemenyi test).....	60
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's test.....	61
11	เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในแต่ละช่วงสัปดาห์ โดยใช้การทดสอบ เนเมนยี (Nemenyitest).....	61
จ 1	แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี.....	131

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
จ 2	แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา.....	131
จ 3	แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก.....	132
จ 4	แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก.....	132
จ 5	แสดงการทดสอบความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี.....	132
จ 6	แสดงการทดสอบความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา.....	133
จ 7	แสดงการทดสอบความแปรปรวนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก.....	133
จ 8	แสดงการทดสอบความแปรปรวนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก.....	133

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับ ความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้.....	8
2	รูปแบบการวิจัย.....	37
3	ขั้นตอนการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	50

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ทั่วโลกมีผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง (World Health Organization, 2012 [WHO], 2012) จากสถิติการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในโลกลีความสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีรายงานอัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี จาก 10,902 ในปี 2553 เพิ่มเป็น 11,622 ในปี 2554 และในปี 2555 เพิ่มเป็น 12,682 ต่อแสนประชากร และพบว่าจะมีจำนวนมากในกลุ่มที่มีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งจากสถิติสาธารณสุข ปี 2551 - 2555 ของจังหวัดปัตตานี (สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดปัตตานี, 2556) พบความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุดังนี้ กลุ่มอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 44 อายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 51.7 และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ร้อยละ 55.9 ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสถิติการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ที่รายงานว่าผู้สูงอายุมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ซึ่งค่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก คือค่าแรงดันเลือดมีการสูบฉีดเลือดที่กระทำต่อพื้นผิวบนหลอดเลือด บุคคลในวัยสูงอายุจะมีการเสื่อมสภาพร่างกายทางด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต คือ หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลงและมีการแข็งตัวบริเวณหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดดังกล่าวมาข้างต้น หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ตามเป้าหมายของระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอัมพฤกษ์ อัมพาตได้มากกว่าวัยอื่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับสถิติสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่าอัตราการตายด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ต่อแสนประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี จาก 2,071 ราย ในปี 2553 เพิ่มเป็น 2,281 ราย และ 2,448 ราย ในปี 2554 และ 2555 ตามลำดับ ซึ่งโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ถ้าผู้สูงอายุมีระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายที่วางไว้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

สำหรับในปัจจุบันมีการจัดทำกิจกรรมตามคลินิก NCD คุณภาพ (non-communicable disease) หรือคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีระบบการดูแลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เพื่อจัดกิจกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียดซึ่งมีการจัดคลินิกต่างๆ เช่น คลินิกลดพุง คลินิกโรคไต คลินิกให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา และมีระบบการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงคือ การเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งจากการประเมินภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งสาเหตุสำคัญเกิดจากการไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และสูงมากต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (พิสนธิ์, 2556) ดังนั้นผู้สูงอายุทุกรายที่ได้รับการรักษาด้วยยา จำเป็นต้องมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพได้มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและมีการติดตามผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน้อย ซึ่งบุคคลที่สำคัญที่สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอคือ ครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (medical adherence) หมายถึง การรับประทานยาตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วย มีความเต็มใจและยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ในเรื่องการรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง (ฐาณิษญาณ์, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คิดเป็นร้อยละ 50 (Conn et al., 2009) เนื่องจากปัจจัยหลายๆ ด้านที่ส่งผลต่อการไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุ เช่น การเสื่อมสภาพทางด้านร่างกาย สายตามีการมองเห็นที่ไม่ชัด (ปิยนุช, 2549) การหลงลืม (Conn et al., 2009) บางระยะของโรคที่ไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง การได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยา จำนวนมียา และจำนวนเม็ดยาที่มีปริมาณมาก (Krousel-Wood & Frohlich, 2010; Lau et al., 2010; & Muntner et al., 2011) ซึ่งทุกปัจจัยมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จากงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมุสลิม ยังมีปัจจัยที่นอกเหนือจากปัจจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้น เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและความเชื่อที่ยึดถือปฏิบัติ มีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทิพย์วดี (2552) ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุมุสลิมจะให้ความสำคัญกับหลักศาสนาอย่างเคร่งครัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมต้องให้หลักศาสนาอิสลามมาใช้ตามหลักความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิม พบว่ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาคิดเป็นร้อยละ 42 (รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2556) ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี (โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2556) ซึ่งจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูง พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน้อยเนื่องจาก ผู้สูงอายุให้ความหมายและความสำคัญของการรักษาจากอิทธิพลของหลักคำสอนทางศาสนาบางข้อจึงทำให้มีอำนาจในการควบคุมโรคได้ ต่อการรักษาในผู้สูงอายุมุสลิม ที่กล่าวว่า “ทุกสิ่งทุกอย่างเกิดขึ้นจากความประสงค์ของพระเจ้า ผู้เป็นเจ้าของบ้านนั้นที่จะทำให้หาย หรือไม่หายจากการเป็นโรค” ซึ่งบทบัญญัติมีความต่อเนื่องอีกหลายวรรคและ หลายขั้นตอนมาใช้ในการดูแลสุขภาพแต่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการนำบทบัญญัติในการดูแลสุขภาพมาใช้ไม่ครบถ้วน ซึ่งพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าของได้เขียนบทบัญญัติต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอัลกุรอานอย่างชัดเจน ว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งจำเป็น (วาญิบ) เพื่อเป็นการทดสอบถึงความศรัทธาจากพระเจ้า โดยให้รับบ่าบัด รักษาเมื่อเจ็บป่วย (อิสมาอีลลูตี, 2556) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ คณะทำงานวิชาการและวิจัย สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข (2552) ได้กล่าวว่าความหายหรือไม่หายจากการป่วย เกิดจากพระประสงค์ของพระเจ้า แต่เรามีหน้าที่ที่ต้องดูแลตนเองให้ดีที่สุดเพื่อสามารถผ่านการทดสอบจากพระเจ้า และสามารถที่จะปฏิบัติศาสนกิจที่พระเจ้าให้ปฏิบัติได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง และจากปัจจัยอื่นๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น เช่น มีการหลงลืม ดาพร่ำมัว ไม่มีผู้ดูแลจัดยาเนื่องจากไม่รู้จักยาที่รับประทานประจำและไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ จึงทำให้ไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลการใช้ยาฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลโคกโพธิ์ (2556) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น เหน็บววม อาการไอ เพลีย ไม่ได้รายงานอาการกับเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่จะพึ่งการรักษาโดยทางอื่น เช่น รับประทานยาสมุนไพร ไปหาหมอบ้าน เมื่ออาการทุเลาลงก็จะกลับมารักษาทางการแพทย์ เมื่อลิ้มรับประทานยา ก็จะหยุดยามื่อนั้นทันที หรือบางครั้งจะรับประทานยาซ้ำกัน จึงทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและลดระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้ใช้แนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 แนวคิดดังนี้ คือ 1) แนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกา นาคอส และดิคลีเมน (Prochaska, Nacross, & Diclimen, 1994) ซึ่งกล่าวว่าบุคคลมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างกันการจัดกิจกรรมที่จำเพาะกับบุคคลในแต่ละระยะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมได้ ดังนั้นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องออกแบบให้สอดคล้องตามระยะพฤติกรรม 2) หลักศาสนาอิสลามกับหลักการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนี้ จากหลักความเชื่อของผู้สูงอายุมุสลิมที่มีความเชื่อในบัพัญญูติทางศาสนาในบางข้อที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น ศรัทธาต่อบัพัญญูติศาสนาอิสลาม และศรัทธาต่อสภาวะการณ์ที่พระเจ้าเป็นเจ้าให้มาโดยนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมตามระยะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ดังนี้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะที่ 3 ใช้หลักการทำพันธะสัญญาโดยได้นำบัพัญญูติทางศาสนาใช้ในการทำพันธะสัญญา 3) ใช้หลักการครอบครัวกระตุ้นเตือนช่วยเหลือในการรับประทานยา ในผู้สูงอายุในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 โดยมีการจัดทำแนวคำถามและคำตอบเกี่ยวกับการใช้ยา โรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมและครอบครัวเกิดการเรียนรู้และสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ ใช้หลักการเพิ่มปัจจัยสนับสนุนโดยการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยาและเพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมเกิดสมรรถนะในการดูแลตนเองได้ ซึ่งในปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้จะมีการติดหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเพื่อให้ครอบครัวอ่านกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามหลักของศาสนาอิสลาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงในระยะทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงในระยะทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงที่ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงในระยะทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$) หรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงในระยะทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$) หรือไม่
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$) หรือไม่
4. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$) หรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 3 แนวคิด ดังนี้

1) แนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model-TTM) ของ Prochaska และคณะ (Prochaska et al., 1994) มีความเชื่อว่า บุคคลมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างกันการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในแต่ละระยะพฤติกรรมสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ กระบวนการที่สำคัญที่จะทำให้อุบัติการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมี 2 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด และ 2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านกิจกรรมขั้นพื้นฐาน 10 ประการ ตามระยะพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลปรับความรู้สึกนึกคิด และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งบุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต้องอาศัยกระบวนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง จากการศึกษาในครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุมุสลิมที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีความต้องการในการช่วยเหลือด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการใช้แนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ได้ เช่น จากผลการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชนิดที่ 2

ของนิซาพัณณ์, ปาหนัน, และสุณีย์ (2556) ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการเลิกบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของ เบญจมาศ, วันเพ็ญ, สุรินทร, และนันท์วัช (2555) และผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มระดับประคองต่อพฤติกรรมด้าน โภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ของดวงตา (2552) พบว่า ภายหลังจากทดลองการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) แนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม มุสลิมทุกคนจะต้องมีการยึดถือหลักศรัทธา ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเคร่งครัด และหลักศรัทธาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมี ทั้งหมด 6 ข้อ คือ ต้องศรัทธาว่าพระผู้เป็นเจ้ามีอยู่จริง ศรัทธาบทบัญญัติในคัมภีร์ ศรัทธาในบรรดา ศาสนทูต ศรัทธาในท่านนบี ศรัทธาในวันสิ้น โลก และสุดท้ายต้องศรัทธาต้องสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้น (อิสมาอีลตุตฟี, 2556) ทางผู้วิจัยได้ใช้หลักศรัทธาในบทบัญญัติของคัมภีร์ต่างๆ ที่พระผู้เป็นเจ้าได้มีการ เขียนไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ของตนเองตามบทบัญญัติที่ได้เขียนไว้เพื่อสามารถที่จะผ่านบททดสอบ จากพระผู้เป็นเจ้าได้ให้ สภาวะการณ์ โรคความดันโลหิตสูง เพื่อทดสอบถึงความศรัทธาโดยได้นำศาสตร์ทางการแพทย์มา เชื่อมโยงกับหลักในการดูแลสุขภาพตนเองตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลาม จากการทำทบทวนวรรณกรรมที่มีการ ใช้หลักศรัทธาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ รุ่งนภา (2555) ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการ ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์มุสลิม พบว่าสามารถปรับพฤติกรรมลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนุรีซัน (2557) ที่มีการจัดทำโปรแกรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีการใช้หลักศรัทธาในการจัดโปรแกรม พบว่าหลังได้รับ โปรแกรมผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) แนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือการรักษาด้วยยาจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้องมีการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาด้วย วิธีการต่างๆ เช่นการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ (Con et al., 2009; Dalem, Krass, & Aslani, 2012) การติดตามทางโทรศัพท์ (นรรัตน์, ชิดชนก, และอัญชลี, 2549; Lau et al., 2010) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเชิงช่วยเหลือ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ชลการ, 2557; Feng, 2009; & Grant, 2013) ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการใช้แรงสนับสนุน โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยการจัดทำคำถามและคำตอบ ในการจัดการดูแลตนเองเบื้องต้น (Neafsey et al., 2009; & Rose et al., 2010) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

จากแนวคิดต่างๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาใช้บูรณาการร่วมกันในการดูแล ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมุสลิมผ่านกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ

ในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมุสลิมโดยได้นำแนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใน ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เป็นกลุ่มที่มีความต้องการ ในการช่วยเหลือทางด้านพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและได้มีการจัด กิจกรรมต่างๆ ตามระยะพฤติกรรมตามทฤษฎีมาบูรณาการกับหลักศาสนาอิสลามและการส่งเสริม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดย กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 จัดกิจกรรมทำพันธสัญญาโดยการ พูดคุยเกี่ยวกับความสำคัญของหลักศาสนาในการดูแลตนเองและนำหลักศาสนา มา ตัดคำสำคัญตาม หลักศาสนาเพื่อกระตุ้นเตือนการรับประทานยา ตัดแนวคำถามและคำตอบเกี่ยวกับการรับประทาน ยาโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ครอบครัวและผู้สูงอายุสามารถจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นและมีการ ติดตามทางโทรศัพท์เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคจากการรับประทานยาส่งเสริมให้กำลังใจ ชมเชย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีสมรรถนะในการดูแล ตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอ ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1 ดังนี้

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. การประเมินระยะพฤติกรรมและจัดกิจกรรมให้สอดคล้องตามระยะพฤติกรรม

ขั้นประเมินสภาพ ประเมินระยะพฤติกรรม ระยะที่ 3 และระยะที่ 4

ขั้นเตรียมความพร้อม เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการนำเสนอภาพนิ่งเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค

และการใช้ยาและชมวิดีโอบุคคลต้นแบบที่อยู่ในระยะที่ 5

ขั้นปฏิบัติการพยาบาลจัดกิจกรรมต่างๆตามระยะพฤติกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ญาติ สัญญาใจ” (ใช้กับผู้ป่วยระยะที่ 3) ทำพันธะสัญญา

กิจกรรมที่ 2 “ร่วมทำ สร้าง เนียมดี” (ใช้กับผู้ป่วยระยะที่ 3 และระยะที่ 4) จัด

ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้

กิจกรรมที่ 3 “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องกินยาความดัน” (ใช้กับผู้ป่วยระยะที่ 3

และระยะที่ 4) .ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเชิงช่วยเหลือ

กิจกรรมที่ 4 “อิงะ โทรศัพท ซารี” (ใช้กับผู้ป่วยระยะที่ 3 และระยะที่ 4)

2. ใช้หลักศรัทธา คือศรัทธาในบทบัญญัติต่างๆ และศรัทธาต่อสภาวะการณ์ที่พระเจ้าผู้
เป็นเจ้าของโรคมาเพื่อการทดสอบ

3. ใช้การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากการทบทวนวรรณกรรม

- การมีสิ่งกระตุ้นเตือนในการรับประทานยา (ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วย
การใช้, การใช้โทรศัพท์ติดตาม)

- การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเชิงช่วยเหลือ (ครอบครัวมีส่วนร่วม, เจ้าหน้าที่ให้
แรงสนับสนุนด้านต่างๆ)

ขั้นประเมินผล

1. ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2. ประเมินระดับความดันโลหิต



มีความร่วมมือ
ในการรักษา
ด้วยยา



ระดับความดัน
โลหิตน้อยกว่า
150/90 mmHg

ภาพ 1 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับ
ความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงในระยะทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)

2. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงในระยะทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)

4. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงมุสลิมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีองค์ประกอบในชุดกิจกรรมคือ 1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้และ 3) ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ โดยนำแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกา และคณะ (Prochaska et al., 1994) หลักศรัทธาของศาสนาอิสลาม และหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม คือแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะพฤติกรรมโดยมีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องในแต่ละระยะพฤติกรรม แนวคิดหลักศรัทธาในผู้ปวยมุสลิมที่มีความเชื่อถือและยึดถือเป็นแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยใช้หลักศรัทธาต่อบทบัญญัติต่างๆ ในคัมภีร์ และหลักศรัทธาต่อสภาวะการณ์ต่างๆ ที่พระผู้เป็นเจ้าให้มา และหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ โดยมีการใช้การพยาบาลตามคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (NCD คุณภาพ) มาใช้ในการจัดกิจกรรมและติดตามผลลัพธ์ร่วมด้วย

2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์และ เป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ป่วยเองมีการประเมินผลโดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี (Morisky, 2008) ใช้วิธีการนับเม็ดยา ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอส่งผลต่อระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท (JNC 8, 2014)

3. การพยาบาลตามปกติ ตามคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (NCD คุณภาพ) หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการเชื่อมโยงในการบริหารจัดการ และดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรัง แก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วยเพื่อการดูแล ลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง โดยมีการจัดทำกิจกรรม สอนสุขศึกษารายบุคคล ส่งพบแพทย์ และส่งพบเภสัชกรเมื่อมีปัญหาการใช้ยา และจำหน่ายกลับบ้านโดยมีการนัดตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิตที่มาแต่ละครั้ง เช่น ถ้าระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท นัดทุก 2 เดือน ระดับความดันโลหิตมากกว่า 150 มิลลิเมตรปรอทนัดทุก 1 เดือนและถ้าระดับความดันโลหิตมากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท นัดมาทุก 2 อาทิตย์ ซึ่งเกณฑ์และผลลัพธ์ของการรักษาดูแลผู้ป่วย คลินิก NCD คุณภาพ คือ การติดตามผลการป้องกัน และการจัดการดูแลทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการลดเสี่ยง ลดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิต ในผู้สูงอายุมุสลิม ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2557 และเริ่มเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2557

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อย่างมีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่อง โดยมีความสอดคล้องกับหลักความเชื่อ วัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติกันมาเพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีความร่วมมือใน

การรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอสามารถควบคุมโรคได้ ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนอัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมโรคในผู้สูงอายุ
 - 1.1 โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.2 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน NCD คุณภาพ
 - 1.3 ความล้มเหลวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 แนวคิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.3 หลักศาสนาอิสลามที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้
 - 3.1 ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - 3.2 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูง
 - 3.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

โรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมโรคในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาด้วยโรคอย่างอื่นและตรวจพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยจะมีเกณฑ์ การประเมินระดับความดันโลหิตตามสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเสื่อมสภาพของร่างกายคือ หลอดเลือดมีการแข็งตัวและมีการยืดหยุ่นลดลง เมื่อหลอดเลือดมีการเสื่อมสภาพตามอายุที่มากขึ้น ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายที่วางไว้ก็จะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะส่งผลให้หัวใจต้องมีการบีบตัวต่อต้านต่อภาวะความดันโลหิตสูง ผลตามมา คือ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจปรับตัวให้มีความหนามากขึ้น มีผลทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต เมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายมีความหนา และโตมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายในการบีบเลือดเข้าสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลงจะส่งผลต่อการเดินของหัวใจเสี่ยงการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (ผ่องพรรณ, 2552) เนื้อสมองจะได้รับอาหารและออกซิเจนจากเลือด ถ้ามีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดสมองเกิดการตีบแคบและอุดตัน เมื่อขาดเลือดทำให้ขาดออกซิเจนมาเลี้ยงทำให้สมองตาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียการทำงานของอวัยวะที่ควบคุมด้วยสมองส่วนต่างๆ และถ้าเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากๆ ก็จะทำให้หลอดเลือดในสมองแตกซึ่งส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วยได้ด้วย (ประสาร, 2551) ไต ความดันโลหิตที่สูงอยู่นานจะทำให้ไตเสื่อม เมื่อไตเสื่อมจะทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงซึ่งจะกระตุ้นให้ไตสร้างฮอร์โมนบางชนิด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นไปอีก ทำให้หลอดเลือดเสื่อมทั่วร่างกายขณะเดียวกันไตมีหน้าที่สร้างฮอร์โมนชนิดหนึ่งที่กระตุ้นไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือดแดง หากไตเสื่อมจะทำให้การสร้างฮอร์โมนนี้ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีด เหนื่อยง่ายขาบวมและเกิดภาวะไตวายได้ในที่สุด ทำให้ตาบอดหรือการมองเห็นลดลงกว่าเดิม เนื่องจากหลอดเลือดแดงบริเวณเรตินา มีการตีบตัวลง ทำให้มีการหดเกร็ง ทำให้การมองเห็นสูญเสียไปได้ (ศิริอร และพิเชต, 2556)

สมาคมความร่วมมือคูแล โรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 8 (Joint National Committee 8 [JNC 8], 2014) เสนอเกณฑ์ เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยแบ่งตามอายุ และโรคแทรกซ้อน โดยในกลุ่มผู้สูงอายุใช้เกณฑ์และเป้าหมายในการควบคุมโรค 2 ประเภทคือไม่มีโรคไตหรือโรคเบาหวานร่วม เป้าหมายของระดับความดันโลหิตคือน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้สูงอายุที่มีโรคไตหรือโรคเบาหวานร่วมคือ ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทแต่จากการศึกษางานวิจัยมีการใช้แนวทางตามมาตรฐาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คุณภาพ

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (Non communicable disease: NCD)

เป้าหมายในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งมีวิธีการรักษาด้วยกัน 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน และการได้รับการรักษาด้วยวิธีการใช้ยาตาม ดังนี้

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacologic-treatment) มีหลายวิธีด้วยกัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ที่แตกต่างกัน ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากที่สุด คือ การลดน้ำหนัก การควบคุมดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) 18.5-24.9 kg/m² สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก 20-50 มิลลิเมตรปรอท/น้ำหนักตัวที่ลด 10 กิโลกรัม การควบคุมรับประทานอาหาร (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) คือ พยายามรับประทานผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำและลดไขมันรวมและไขมันอิ่มตัวสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก 8-14 มิลลิเมตรปรอท การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็วๆ อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5-6 วันขึ้นไป สามารถลด ความดันโลหิตซิสโตลิก 4-9 มิลลิเมตรปรอท/ปรอท การลดเกลือโซเดียมที่รับประทานไม่ให้เกินวันละ 100 มิลลิโมล (โซเดียม 2.4 กรัม หรือ โซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม) สามารถลด ความดันโลหิตซิสโตลิก 2-8 มิลลิเมตรปรอท และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พอประมาณมีวิธีการ คือ ในผู้ชายไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ เกินวันละ 30 มิลลิลิตร และไม่ควรดื่มเบียร์วันละ 720 มิลลิลิตร ไม่ควรดื่มไวน์เกินวันละ 90 มิลลิลิตร สามารถลด ความดันโลหิตซิสโตลิก 2.5-4 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจากข้อมูลข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ทั้งหมดดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ประมาณ 50 มิลลิเมตรปรอท แต่พบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ได้ซึ่ง ถ้าระดับความดันโลหิตสูงมากที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการให้ยาร่วมด้วย (ศุติพร, 2553)

2. การรักษาโดยวิธีการใช้ยา (pharmacologic treatment) ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะไม่ได้รับการรักษาด้วยยาทุกราย ผู้ป่วยจะได้รับการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น เมื่อได้รับการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท จะได้รับการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ถ้ามีความเสี่ยงสูงหรือสูงมากต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาทุกราย ซึ่งระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

วิกฤต (hypertensive crisis) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ถ้าระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท เป็นผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูงขึ้นเร่งรีบ (hypertensive urgency) โดยยังไม่มีอาการแสดงความผิดปกติของอวัยวะเป้าหมาย (target organ damage, TOD) ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายเก่าที่เกิดจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องควรจะให้การรักษาโดยวิธีการปรับยาเพื่อให้ระดับความดันลดลงตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างเหมาะสม และติดตามผลการรักษาใน 1 สัปดาห์ โดยไม่จำเป็นต้องเร่งการรักษาเพื่อให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว เพราะการลดความดันอย่างเร่งรีบจะส่งผลให้เกิดอันตรายร้ายแรงกับผู้ป่วยได้ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย สมองขาดเลือดเฉียบพลัน และถ้าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 180/120 มิลลิเมตรปรอท เป็นระดับความดันโลหิตขั้นฉุกเฉิน (hypertensive emergency) มีความจำเป็นต้องลดระดับความดันโลหิตอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะเป้าหมายถูกทำลายมากขึ้น แต่ไม่จำเป็นต้องลดระดับความดันโลหิตลงอย่างเร่งด่วนเช่นกัน เพราะจะส่งผลต่อการเกิดอันตรายมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้ควรจะได้รับ การฉีดยาลดระดับความดันโลหิต และมีเกณฑ์ในการลดระดับความดันโลหิตลงไม่เกินร้อยละ 25 ภายในเวลาเป็นนาทีถึง 1 ชั่วโมง แล้วค่อยๆ ลดความดันลงไปสู่เป้าหมายที่ 160/100-110 มิลลิเมตรปรอท (JNC 8, 2014) การพิจารณาให้การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างเช่น อายุ ระดับความดันโลหิต โรคต่างๆ ที่พบร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease, CVD) ใน 10 ปีข้างหน้าซึ่งยาโรคความดันโลหิตสูงจะส่งผลต่อการรักษา โดยการลดความดันโลหิตมีผลป้องกันโรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต (พิสนธิ์, 2556)

จากการศึกษา JNC 8 (2014) ได้กล่าวถึงระดับความดันเลือดที่ควรให้การรักษาด้วยยาและเป้าหมายในการรักษา ดังนี้คือผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี ขั้นที่ 1 (step 1) ควรเริ่มให้การรักษาด้วยยาปิดกั้นการไหลเข้าของเกลือแคลเซียม (calcium-channel blocker, แคลเซียม ชันเนล บล็อกเกอร์) หากผู้ป่วยมีอาการของหัวใจวาย หรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหัวใจวาย ให้ใช้ยาขับปัสสาวะ (thiazide, ไทอะไซด์) แทน ขั้นที่ 2 (step 2) เพิ่มยาตัวบัยยัง แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (ACEI Inhibitor, เอ ซี อี ไอ) เช่น ยา อินาลาพริล (enalapril) หรือให้ใช้ยาแองจิโอเทนซิน ทุรีเซบเตอร์ แองจิโอเทนซิน หรือ เอ อาร์ บี (Angiotensin II receptor angiotensin, ARB) แทนถ้าไม่สามารถใช้ เอ ซี อี ไอ (ACEI) ได้ ขั้นที่ 3 (step 3) เพิ่มยาขับปัสสาวะเช่น thiazide และขั้นที่ 4 (step 4) (resistant hypertension) ควรรับปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยให้ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการรักษาด้วยยาโดยมีการปรับเพิ่มยาตามระดับความดันโลหิต ดังนี้ คือ

1. ให้เริ่มต้นการใช้ยาด้วยขนาดแรกด้วยปริมาณขนาดยาที่ต่ำๆ ก่อน ตามระดับกลุ่มอายุและโรคร่วมเสมอ เมื่อให้การรักษาแล้วระดับความดันโลหิตยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ให้เพิ่มขนาดยาสูงที่สุดของขนาดแรก เมื่อเพิ่มขนาดยาสูงสุดแล้วระดับความดันโลหิตยังไม่ผ่านเป้าหมายพิจารณาการใช้ขนาดที่ 2 ร่วมกัน

2. เพิ่มยาขนาดที่ 2 ก่อนถึงขนาดยาสูงสุดของยาขนาดแรกปรับขนาดยาตามระดับความดันโลหิตถ้ายังไม่ผ่านเป้าหมายให้เพิ่มขนาดปริมาณยาที่สูงที่สุดเมื่อเพิ่มขนาดยาสูงสุดแล้วระดับความดันโลหิตยังไม่ผ่านเป้าหมายพิจารณาการใช้ยาขนาดที่ 3 ร่วมกัน

3. เริ่มการรักษาด้วยยาทั้ง 2 ขนาดพร้อมๆ กัน

จากข้อมูลข้างต้น พบว่าการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูงจะมีการรักษาด้วยยาเป็นลำดับขั้นตอนตามระดับความรุนแรงของระดับความดันโลหิตเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาด้วยยา ซึ่งการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายสำคัญ คือ เพื่อลดระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนคือ โรคหัวใจและอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งประโยชน์ทางเภสัชศาสตร์ในการใช้ยามีดังนี้ (พิสนธิ, 2556)

1. ยาขับปัสสาวะ (thiazide-type diuretics) ยาที่นิยมใช้ได้แก่ Hctz และ Diuretic ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการดูดซึมกลับโซเดียมและคลอไรด์ โดยการลดปริมาณเลือดและเกลือแร่ในร่างกาย ทำให้มีการขับน้ำออกจากร่างกายมาก ซึ่งอาจจะทำให้มีการสูญเสียโปแตสเซียมในร่างกายมาก ส่วนใหญ่จะไม่ให้ในช่วงเย็นเนื่องจากจะทำให้มีการรบกวนแบบแผนการนอนหลับได้ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย (1-10%) ประกอบด้วย ความดันเลือดตกเมื่อขึ้นยืน ภาวะไวแสง ระดับโปแตสเซียมต่ำในเลือด เบื่ออาหาร อึดอัดบริเวณใต้ลิ้นปี่และอาการอื่นๆ เช่น ผื่นผิวหนังชนิดต่างๆ ห้ามใช้ยานี้ ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเก๊าท์

2. ยาปิดกั้นกลุ่มแคลเซียม (calcium channel blocker, CCBs) ยาที่นิยมใช้ได้แก่ Amlodine ยากลุ่มนี้ส่งผลให้หลอดเลือดแดงโคโรนารี และหลอดเลือดแดงอื่นของร่างกายขยายตัว ทำให้มีเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ร่วมกับส่งผลให้ลดการบีบตัวทำให้ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (ใช้ในการรักษาอาการปวดเค้นหัวใจ-angina) ใช้ในการรักษาความดันเลือดสูงและ angina ผลข้างเคียงที่สำคัญมีอาการบวมบริเวณ ข้อเท้า อาการหน้าแดง ปวดศีรษะ

3. ยาตัวยับยั้ง แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEIs) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ enalapril captopril ช่วยลดแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลาย และช่วยให้ cardiac output เพิ่มขึ้น ลดการดูดกลับของเกลือโซเดียม ทำให้ความดันลงผลข้างเคียงที่สำคัญ อาจมีผลต่อไตถ้าใช้ในระยะเวลาานาน รวมถึงอาจทำให้เกิดมีอาการไอแห้งๆ มักเกิดขึ้นภายในไม่กี่เดือน หลังการรักษา การใช้ยาแก้ไอมักไม่ช่วยบรรเทาอาการไอให้กับผู้ป่วยการหยุดยาชั่วคราวเป็นการยืนยันผลข้างเคียงนี้ หลังหยุดยาอาการไอมักหายไปภายใน 1-4 สัปดาห์

4. ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับสารแอนจิโอเทนซิน 2 (angiotensin II receptor blocker, ARBs) ยาในกลุ่ม ARB drugs ได้แก่ Lorsatan ยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ที่เหมือนกับเอซีอีไอ (ACEI) แต่ทำให้เกิดอาการไอแห้งๆ ได้น้อยกว่ากลุ่ม ACEI ดังนั้นยากลุ่มนี้จึงเป็นยาแทนที่ดี เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการไอจาก ACEI ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้มักไม่รุนแรง อาจพบอาการที่เกิดจากความดันเลือดต่ำ เช่น อาการวิงเวียนศีรษะ

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอาการไม่เด่นชัดและไม่สามารถรู้สึกถึงผลที่ดีขึ้นของการรักษาได้ นอกจากการใช้เครื่องมือวัดความดันจึงจะทราบระดับความดันโลหิต จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เกิดความตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและไม่มารับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

ความล้มเหลวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ไม่แสดงอาการอย่างชัดเจนส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเสื่อมสภาพตามร่างกายจากการรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค (2556) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เพียง 11.22 % อีก 88.77 % เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้และจากการประเมินข้อมูลประชากรในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามมากกว่าศาสนาอื่น คิดเป็นร้อยละ 64 และเกิดในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยอื่นคิดเป็นร้อยละ 50 (สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังปัตตานี, 2556) ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้คิดเป็นร้อยละ 44 และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้คิดเป็นร้อยละ 56 (กรมควบคุมโรค, 2556) จากข้อมูลข้างต้นพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมุสลิมในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง มีความรุนแรงของการเกิดโรคแทรกซ้อนอัมพฤกษ์ อัมพาตเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของมุนเตอร์และคณะ (Muntmer et al., 2011) กล่าวว่า ผู้สูงอายุถ้าไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ เนื่องจากบุคคลวัยนี้มีความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดตามอายุที่สูงขึ้น จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตมากกว่าวัยอื่นคิดเป็นร้อยละ 50

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาคิดเป็นร้อยละ 50 (Hacihasanoglu & Gozum, 2011) วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้สูงอายุมุสลิมพบว่า ถูกรับประทาน, อุปสรรคต่างๆ จากการรับประทานยาเช่น การเดินทาง ผู้ดูแล (ปิยบุษ, 2549) ซึ่งถึงแม้ว่ามีนโยบายการจัดการดำเนินกิจกรรมตามคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (NCD คุณภาพ) ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ แต่ในบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังพบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เนื่องด้วยบริบทของผู้สูงอายุมุสลิม การส่งเสริมสุขภาพต้องใช้หลักศาสนาอิสลามมาบูรณาการเนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมมีหลักความเชื่ออย่างเคร่งครัดและจะยึดถือปฏิบัติในการดำเนินชีวิต (ทิพย์วดี, 2552) ซึ่งในบทบัญญัติได้เขียนไว้ว่า

“โรคที่เกิดขึ้นเกิดจากพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า จะหายหรือไม่หายจากการเป็นโรค เกิดจากความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าเช่นกัน” (อิสมาอีลลุดฟี, 2556) ซึ่งจากหลักคำสอนข้างต้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีการยึดหลัก นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ และยังพบปัจจัยด้านต่างๆ อีก เช่น การลืมการไม่สามารถอ่านฉลากยาภาษาไทยได้ และ เมื่อพบว่ามีอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเช่นมีอาการเห็บวม ไอ ผู้สูงอายุมุสลิมไม่ได้รายงานอาการกับเจ้าหน้าที่จะพึงการรักษาด้วยวิธีอื่นและจะหยุดรับประทานยาเมื่อมีอาการดีขึ้น จึงส่งผลต่อความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำหลักขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาบูรณาการในหลักศาสนาอิสลามและแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

แนวคิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (medical adherence) หมายถึง ขอบเขตพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้วยยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ และเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ป่วยเอง จากการศึกษางานวิจัยของคอนและคณะ (Conn et al., 2009) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของมันเตอร์และคณะ (Muntner et al., 2011) พบว่าลักษณะความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามี ดังนี้

1. การใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด (underdose) คือ ใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษาของแพทย์ เช่น หยุดใช้ยาก่อนกำหนด ไม่ใช้ยาที่แพทย์สั่งใช้ หรือไม่ไปรับยาเพิ่มหลังจากยาหมด ซึ่งการใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด สาเหตุสำคัญที่พบ คือ การลืมรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา ไม่มีผู้ดูแลในการรับประทานยา จึงทำให้หยุดยา
2. การใช้อยามากกว่าที่กำหนด (overdose) คือ การใช้อยามากกว่าที่กำหนดไว้ เช่น พบในผู้ป่วยที่ลืมการรับประทานยา ทำให้รับประทานยาซ้ำซ้อน สับสนในเรื่องยาที่ต้องใช้หรือเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้อยาเพื่อการรักษา
3. การใช้อยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เช่น การรับประทานยาสมุนไพร การไปรับบริการบริการหลายสถานที่ทำให้ได้รับการรักษาที่ซ้ำซ้อน และการซื้อยามารับประทานเองจึงทำให้ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
4. การใช้อยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม คือ การใช้อยาแต่ละครั้งไม่เหมาะสม ยกก่อนอาหารรับประทานหลังอาหาร

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
ด้วยหลากหลายวิธี ดังนี้

1. วิธีการวัดโดยตรง (direct method) มีรูปแบบการวัด ดังนี้

1.1 วิธีวัดระดับยาในเลือด (blood level monitoring) เป็นการวัดระดับความ
เข้มข้นของยา หรือเมตาบอไลต์ของยาในเลือดหรือพลาสมา ซึ่งจะบ่งบอกถึงขนาดของยาที่ผู้ป่วย
ได้รับเข้าไปเมื่อถึงระดับยาในเลือด

1.2 การวัดปริมาณของยาในปัสสาวะและการวัดปริมาณยาในน้ำลาย อูจจา
ระและลมหายใจข้อดี ให้ผลน่าเชื่อถือ ทำให้ทราบระดับยาในเลือดหรือสิ่งที่ขับออกมาสูงหรือต่ำกว่า
ระดับการรักษาแต่มีข้อเสีย คือ การวิเคราะห์หาระดับยาทำได้ยุ่งยาก เพราะต้องใช้วิธีที่เจาะจงในยา
แต่ละตัวและเสียค่าใช้จ่ายสูง

2. วิธีวัดโดยอ้อม (indirect method) มีดังนี้

2.1 การวัดที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลรายงานด้วยตนเอง โดยที่บุคลากรทางสุขภาพใช้
คำถาม หรือการใช้แบบสอบถาม (interview or questionnaire) โดยวิธีนี้มีข้อดี คือ ค่าใช้จ่ายน้อยทำ
ได้ง่ายและสะดวก สามารถทราบผลทันทีแต่ข้อเสียของวิธีนี้ คือ การรายงานด้วยตนเองเป็นความ
เฉพาะบุคคล อาจตอบเพื่อเอาใจพยาบาลหรือผู้ประเมินให้มีความพึงพอใจ มีข้อจำกัดในด้านของ
คำถามที่ใช้ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมตอบคำถามได้เนื่องจากเกรงว่าคำตอบที่ตอบไปจะส่งผล
ต่อตนเองและพยาบาล

2.2 วิธีนับเม็ดยา หรือชั่งน้ำหนักยา (pill count and canister weight) เป็นการ
นับเม็ดยาที่เหลือและคำนวณว่ายาที่หายไปตรงกับจำนวนที่แพทย์สั่งให้ใช้หรือไม่มีข้อดี คือ
สามารถคำนวณเม็ดยาที่หายไปตรงกับจำนวนที่แพทย์สั่งให้ใช้ แต่ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยสามารถเอายา
ออกจากภาชนะเพื่อให้ได้ตามปริมาณที่สั่งใช้ได้ ไม่สามารถบอกได้ว่ายาที่ใช้ไปนั้นมีการใช้ที่ถูกวิธี
ถูกเวลาหรือไม่

2.3 วัดผลทางด้านคลินิก (clinical judgment) ข้อดี คือ สามารถวัดผลการรักษา
ได้โดยดูจากค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับความดันโลหิตบนเครื่องวัดความดันโลหิต
แต่ข้อเสีย คือ ผลที่ได้นั้นอาจได้ค่าที่ไม่เป็นจริงจากสภาพเครื่องมือ และความถูกต้องของผู้ที่วัด
ความดันโลหิตและอาจเกิดจากผู้ป่วยใช้ยาชนิดอื่นร่วมด้วย โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบ

2.4 การติดตามทางอิเล็กทรอนิกส์ (electronic monitoring) โดยใช้อุปกรณ์ทาง
คอมพิวเตอร์ช่วยติดตาม เช่นการควบคุมการรับประทานยาด้วยระบบ (Medication event monitoring
system, MEMS) บริเวณฝาของภาชนะบรรจุยาจะมีแผ่นบันทึก (microprocessor) เพื่อบันทึกวันและ
เวลาที่ผู้ป่วยรับประทานยาโดยข้อมูลจะถูกส่งจากแผ่นบันทึกไปยังคอมพิวเตอร์ ข้อดี สามารถ

ประเมินได้ว่ายาในขวดออกไปเท่าไร แต่มีข้อเสียอุปกรณ์แพง ไม่สามารถบอกได้ว่าการเปิดฝาภาชนะบรรจุทุกครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ใช้ยาเสมอไป

2.5 อัตราการมารับยาตามนัด (medical-refill rate) เป็นการวัดพฤติกรรมการมารับยาตามนัด จากประวัติการมารับบริการข้อเสีย ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าผู้ป่วยที่มารับยาตามนัดจะมีการใช้ยาครบตามแพทย์สั่งใช้

2.6 การประเมินการจัดการยาโดยใช้เครื่องมือแบบสัมผัสภาพ และการสังเกตข้อดี คือ ค่าใช้จ่ายน้อย ทำได้ง่ายและสะดวก สามารถทราบผลได้ทันทีและสามารถทราบทักษะในการใช้ยาแต่ข้อเสีย การรายงานด้วยตนเองเป็นความเฉพาะบุคคล อาจตอบเพื่อเอาใจพยาบาลหรือผู้ประเมินมีความพึงพอใจ, มีความจำกัดในด้านของคำถามที่ใช้ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมตอบคำถามได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงอภิธาน ของดาเลมและคณะ (Dalem et al., 2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด พบว่ามีการใช้เครื่องมือ การนับเม็ดยามากที่สุด รองลงมา มีการใช้การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี (Morisky, 2008) ใช้เครื่องมือควบคุมการรับประทานยาด้วยระบบ และใช้บันทึกความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามลำดับ จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่าการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีหลายวิธีด้วยกัน แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป การเลือกวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ต้องการซึ่งต้องมีการพิจารณาหลายๆ องค์ประกอบด้วยกัน เพื่อนำไปพิจารณาการกำหนดวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากการศึกษาในครั้งนี้ ทางผู้วิจัยจึงเลือกใช้การประเมินการจัดการยาโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี การนับจำนวนเม็ดยา และการวัดผลทางด้านคลินิก เป็นเครื่องมือในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการใช้แบบประเมิน ดังนี้

1. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี (Morisky, 2008) มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อคำถาม มีการนำแบบประเมินนี้ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน นงลักษณ์ (2553) และโรคความดันโลหิตสูง (ศุทธิพร, 2553) และฮาซานอกกลูและโกซุม (Hacihasanoglu & Gozum, 2011) ซึ่งเครื่องมือแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผู้วิจัยได้ขอลิขสิทธิ์การนำเครื่องมือมาใช้จากผู้เชี่ยวชาญ ศาสตราจารย์ ดร.อี โคนันด์ มอริสกี ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการแปลโดยสถาบันการแปลมาตรฐานในประเทศฝรั่งเศส (ภาคผนวกที่ ข)

2. แบบประเมินการนับซองยาโดยผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมของนรรัตน์ และคณะ (2549) ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มโรคเอดส์ของ

จุฬารัตน์, ธนรรักษ์, อรอนงค์, และเบญจพร (2556) มีการจัดทำเกี่ยวกับคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วย ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ดผลการศึกษา พบว่าการ เข้าถึงยาต้านไวรัสภายใน 2 สัปดาห์หลังตรวจ CD4 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วย ยา พบว่ามีหลายปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ มีดังนี้

1.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางระบบสุขภาพ เช่น มีการ สื่อสารที่ดี ให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและมีการ วางแผนดูแลโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและมีการให้ คำปรึกษาติดตามอาการอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการรักษา ซึ่งมีความ สอดคล้องกับการศึกษาของลอและคณะ (Lau et al., 2010) พบว่าการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพที่ ให้ความสนใจเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย มีการพูดคุยส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความพึงพอใจในการให้บริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น

1.2 ระยะเวลาในการให้บริการ การให้บริการที่รวดเร็วเจ้าหน้าที่ที่มีความสนใจ เกี่ยวกับอาการและมีเวลาในการพูดคุยกับผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของศุทธิพร (2553) พบว่าระยะเวลาที่รวดเร็วส่งผลต่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุ

1.3 สถานที่พยาบาล มีระยะทางที่ใกล้กับบ้าน เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านสูงวัย ในการเดินทาง สถานที่พยาบาลจึงส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Conn et al., 2009)

2. ปัจจัยด้านบุคคล มีดังนี้

2.1 อายุ มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ มาก มีการเสื่อมสภาพทางด้านร่างกาย เช่น สายตามองไม่ชัดในการอ่านฉลากยาไม่สามารถอ่าน ฉลากยาได้ ข้อเข่าเสื่อมต้องมีการอาศัยพึ่งพาบุตรหลานในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมิ ความสอดคล้องกับการศึกษาของ รักษ์ชนก (2555) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยา อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากสภาพร่างกายที่แก่ชราและมีการเสื่อมสภาพทางด้านร่างกาย ส่งผลให้มีอุปสรรคในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น

2.2 ความเชื่อทางด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพลดลงทำให้ มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดลง จากการศึกษาของ ศิริลักษณ์ (2557) พบว่าปัจจัยที่บุคลากร ทางด้านสุขภาพมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการให้ความรู้จะส่งผลต่อการจัดการดูแลตนเองได้ และที่สำคัญ

ความเชื่อทางสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กันกับหลักความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตซึ่งถ้าบุคคลมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ในเรื่องการดูแลสุขภาพก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ (Bagwell, 2013) ศาสนาอิสลามมีหลักคำสอนและการดำเนินชีวิตในแนวทางของพระผู้เป็นเจ้าอย่างเคร่งครัด (จันจิรา, 2554) มุสลิมมีหลักความเชื่อที่ว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นมาเนื่องจากเป็นความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า เช่นเดียวกันกับโรคที่เกิดขึ้นก็เกิดจากพระผู้เป็นเจ้า ให้โรคมายาจะหายหรือไม่หายจากโรคก็เป็นพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า ซึ่งนับว่าเป็นความเชื่อที่มีความเข้าใจผิดไปในหลักศาสนา เนื่องจากพระผู้เป็นเจ้าทรงให้เกิดทุกสิ่งทุกอย่างจริงแต่พระผู้เป็นเจ้าให้โรคมายาเพื่อเป็นบททดสอบถึงความศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้าเช่นกัน ในหลักคำสอนในคัมภีร์อัลกุรอาน ได้กล่าวว่า ให้เรารักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วย เพราะพระผู้เป็นเจ้าไม่ได้ให้โรคมายาเพียงอย่างเดียวท่านให้การรักษาโรคมายาพร้อมกับโรคด้วย บุคคลใดที่ไม่รักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแน่นอนบุคคลนั้นไม่เป็นผู้ที่ศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้าและแน่แท้แล้วท่านนั้นจะได้รับโทษอย่างแน่นอนในโลกหน้า (อิสมาอีลลุดดี, 2556)

2.3 เพศ สถานะ พบว่าเพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าเพศชายและการมีสถานะคู่จะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่า สถานะเดี่ยวเนื่องจากสามารถเป็นแรงสนับสนุนกระตุ้นเตือนการรับประทานยาได้ (Allaire, 2011)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ จำนวนครั้งของการรับประทานยา ปริมาณยา ผลข้างเคียงจากการได้รับยา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากหยุดรับประทานยา เนื่องจากผลข้างเคียงของยา และบางรายเบื่อหน่ายกับการรับประทานยาเนื่องจากได้รับยาในปริมาณมากซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของคอนและคณะ (Conn et al., 2009) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยาและเบื่อหน่ายกับปริมาณยาที่มากเกินไป

4. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เป็นแรงเสริมทางบวกต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากที่สุด เนื่องจาก ครอบครัวเป็นระบบที่เล็กที่สุดที่มีความสัมพันธ์กัน มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลร่วมกัน (อุษณีย์, 2549) สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบ่งเป็น 2 ประเภทด้วยกัน คือ ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และ ได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังงานวิจัยของชลการ (2557) ได้จัดทำโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า การดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุไทยควรจะได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีการเสื่อมสภาพต่างๆ ทางด้านร่างกาย การดึงครอบครัวมาใช้สนับสนุนในการดูแลสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ (2557) มีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยในโปรแกรมให้ครอบครัวสนับสนุนการกระตุ้นเตือนการจัดการตนเองผลการศึกษาพบว่า การให้ครอบครัวมี

ส่วนร่วมในการดูแลในด้านการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมจะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ ซึ่งผลการศึกษาก็ไม่แตกต่างกับ เฟงและแกรนท์ (Feng, 2009; Grant, 2013) มีการจัดโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ครอบครัวสนับสนุนกระตุ้นเตือนการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการใช้แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการรักษาโรค เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยวิธีการต่างๆ ส่งผลต่อการจัดการดูแลตนเอง และมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มสูงขึ้น เช่น จากการศึกษาของ เนฟซี (Neafsey et al., 2009) มีการจัดทำแนวคำถามและคำตอบทางเว็บไซต์ ในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาโรส (Rose et al., 2010) มีการจัดทำโปรแกรมบนเว็บไซต์ เกี่ยวกับการคัดกรอง การดื่มสุราและจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการเลิกสุรา โดยใช้แนวคำถามและคำตอบ และให้คำปรึกษาบนเว็บไซต์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองเลิกการดื่มเหล้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าความเครียดมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเครียดทำให้ไม่มีกำลังใจ แรงจูงใจในการรักษาด้วยยาซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของครุสเชล-วูด และฟอลิช (Krousel-wood & Frohlich, 2010) พบว่าการลดปัจจัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเครียดส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

6. การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรง ประโยชน์ของการรักษา ก็จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น (Grant, 2013)

7. การมีสิ่งเตือนความจำหรือกระตุ้นเตือนในการรับประทานยาส่งเสริมต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีสิ่งกระตุ้นเตือนในการรับประทานยา คือ การจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ (Armstrong, 2010; Conn et al., 2009) และการโทรศัพท์ติดตาม (นรรัตน์ และคณะ, 2549; & Lau et al., 2010) ซึ่งรายละเอียดในการมีสิ่งกระตุ้นเตือนการรับประทานยาดังนี้

7.1 การจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ จะใช้ลักษณะการจัดยาในแต่ละวันซึ่งมีวิธีการที่แตกต่างกัน เช่น จัดยาใส่ในกล่องยา และจัดยาทำเป็นแผ่นปฏิทินยา ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการจัดในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเสื่อมสภาพทางด้านร่างกายต่างๆ เช่น สายตา ความจำ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากที่สุด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ไม่

สามารถอ่านหนังสือเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาต่างๆ ก็จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีหลายการศึกษาด้วยกันที่มีการจัดทำสัญลักษณ์ต่างๆ เกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาและเวลาในการรับประทานยาเพื่อเป็นช่องทางสื่อสารเกี่ยวกับการรับประทานยาได้ ซึ่งจากการศึกษาของบวรรัตน์และสงวน (2557) ที่มีการศึกษาการใช้สัญลักษณ์ เกี่ยวกับเวลาและมื้ออาหารในผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ โดยมีการใช้สัญลักษณ์ พระอาทิตย์ขึ้นพร้อมไก่ขัน เป็นสัญลักษณ์มือเช้า พระอาทิตย์ตกเย็นเป็นสัญลักษณ์มือเย็น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้หนังสือสามารถเข้าใจเกี่ยวกับสัญลักษณ์ต่างๆ และมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของอาร์มสตรอง (Armstrong, 2010) และคอนและคณะ (Conn et al., 2009) ได้กล่าวว่าการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองก็จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาได้

7.2 การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการกระตุ้นเตือนทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมติดตามทางโทรศัพท์ ของนรรัตน์ และคณะ (2549) พบว่าหลังการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมาข้างต้น พบว่ามีหลายปัจจัยด้วยกันที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งวิธีการที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาให้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ คือ การมีสิ่งกระตุ้นเตือนความจำในการรับประทานยาโดยการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาเนื่องจากปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากการหลงลืม จากการศึกษาของอาร์มสตรอง (Armstrong, 2010) พบว่าการใช้สิ่งกระตุ้นเตือนการรับประทานยา โดยการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้จะมีความสัมพันธ์กันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง

เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองประสบความสำเร็จหลายครั้งก็จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมตามความคาดหวังเป้าหมายที่วางไว้ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษา ของลลิตา (2554) พบว่าสมรรถนะในการดูแลตนเองส่งผลต่อความเชื่อมั่น มั่นใจในการดูแลตนเองและสามารถทำตามความคาดหวังตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ

ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่กล่าวว่าบุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-efficacy) ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของแบคเวล (Bacwell, 2013) เป็นการศึกษาเชิงอภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้พฤติกรรมการรับประทานยา พบว่าการจัดทำพฤติกรรมการรับประทานยา ทำให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง และสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้ และเมื่อมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยมีการศึกษาเชิงอภิมาน ของเซงและคณะ (Cheng et al., 2012) และคอนและคณะ (Conn et al., 2009) พบว่าควรจะมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลายๆ ปัจจัยด้วยกันดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

หลักอิสลามที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามมีวิถีและวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด ซึ่งจะมีการใช้หลักศรัทธาในการยึดถือและเป็นแนวปฏิบัติดังนี้ (อิสมาอีลลูตฟี, 2556) ต้องศรัทธาต่อพระเจ้าผู้มีอยู่จริง ต้องศรัทธาในบรรดามลาอิกัต หรือศาสนทูต ต้องศรัทธาต่อท่าน นบีทุกพระองค์ ต้องศรัทธาต่อบทบัญญัติต่างๆ ที่พระเจ้าได้เขียนไว้ในคัมภีร์อย่างเคร่งครัด ต้องศรัทธาต่อสภาวะการณ์ต่างๆ ที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าให้มา ต้องศรัทธาและเชื่อมั่นว่าวันสิ้นโลกมีอยู่จริง การศึกษาที่ใช้หลักศรัทธาต่อบทบัญญัติต่างๆ ที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าได้เขียนไว้ในอัลกุรอานอย่างเคร่งครัด ซึ่งจากปัญหาที่พบในบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ มีความเชื่อว่า “โรคความดันโลหิตเกิดขึ้นเนื่องจากพระประสงค์ของพระเจ้าผู้เป็นเจ้า จะหายหรือไม่หายจากโรคก็อยู่ที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้า” ซึ่งจากหลักความเชื่อเป็นบทบัญญัติที่อยู่ในอัลกุรอาน แต่ยังมีอีกหลายวรรคและอีกหลายขั้นตอนในบทบัญญัติ ที่มีการสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองแต่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการนำมาใช้ไม่ครบถ้วน ในบทบัญญัติได้เขียนไว้ชัดเจนว่า “ต้องมีการศรัทธาต่อสภาวะการณ์ต่างๆ ที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าให้มา ซึ่งจากโรคความดันโลหิตสูงที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าให้มาเนื่องจากเป็นบททดสอบของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าเพื่อทดสอบถึงการศรัทธา” ผู้สูงอายุมุสลิมมีหน้าที่ต้องดูแลตนเองให้ดีที่สุด เพื่อสามารถผ่านบททดสอบจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้าได้ จากหลักศรัทธาที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวคิดหลักศรัทธาที่มีความต่อเนื่องในการดูแลรักษาตนเองตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลาม มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

ศาสนาอิสลามมีหลักคำสอนเพื่อใช้ปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตที่บัญญัติไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนในทุกๆ ด้าน ซึ่งถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจมีแนวคิดว่าชีวิตประกอบด้วยส่วนที่เป็นวัตถุและจิตวิญญาณ ศาสนาอิสลามต้องการให้องค์ประกอบของชีวิต

ทั้งสองส่วนดำรงอยู่ด้วยกันอย่างมีดุลยภาพ จึงมีหลักคำสอนที่ไม่ใช่เพียงแต่ความเชื่อทางศาสนา เท่านั้นแต่เป็นหลักปฏิบัติเพื่อให้มนุษย์สามารถมีชีวิตได้อย่างสมดุลให้มุสลิมมีความศรัทธาต่อ กำหนดศกาวการณ์ที่พระผู้เป็นเจ้าได้กำหนดไว้ เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า เพื่อเป็นบททดสอบในหลักความเชื่อต่างๆ ที่มีต่อพระเจ้า อิสลามถือว่า การดูแลรักษาสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่ (วาฮิบ) สำหรับมนุษย์ (อิสมาอีลตุคฟี, 2556) ในเมื่อมุมมองของอิสลาม ถือว่าสุขภาพอันสมบูรณ์ เป็นสุดยอดแห่งความโปรดปราน (เนียมะมัด) ที่มนุษย์พึงได้รับจากอัลลอฮ์ จึงเป็นหน้าที่ซึ่งมนุษย์ จะต้องมีความสำนึกในคุณค่าและต้องแสดงถึงความกตัญญูต่ออัลลอฮ์ ด้วยการดำรงรักษาความโปรดปรานนั้นไว้อย่างที่สุด (คณะทำงานวิชาการและวิจัย สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) ซึ่งจากหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสามารถนำมาใช้ได้ในการดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคเรื้อรังต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีเป้าหมายในชีวิตยอมรับในคุณค่าของตนเองจะช่วยให้มี กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคได้ (ลลิตา, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมของนูรีซัน (2557) ได้มีการศึกษาโปรแกรมสนับสนุน การเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้หลัก ศรัทธาในศาสนาอิสลาม มาบูรณาการ ในโปรแกรมคือการสร้างสัมพันธ์ภาพโดยกล่าวอัลลามูอาลัย กุม กระตุ้นผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุตามหลักศาสนาอิสลามคือ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุ มุสลิมขอคุดอ้อ ซิเกรหลังละหมาดและยามว่าง ให้ผู้ดูแลร่วมกันละหมาดช่วงหัวค่ำร่วมกันทุกวัน เพื่อขอคุดอ้อ ให้สามารถเลิกบุหรี่ และผู้ดูแลกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างรำลึกถึงคำคุดอ้อ ที่ช่วยชี้ แนวทางที่ถูกต้องให้มีจิตใจที่เข้มแข็ง มั่นคงต่อความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ภายหลังการ ทดลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

มีความสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา (2555) มีการศึกษาส่งเสริมการจัดการ ตนเองในหญิงตั้งครรภ์มุสลิมเพื่อลดภาวะซีด โดยใช้หลักศรัทธาในหญิงตั้งครรภ์มุสลิมในการดูแล ตนเองคือ การตั้งเป้าหมาย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการทำอามานะฮ (สัตย์ญาติ) ร่วมกันกับผู้วิจัยและมีการติดตามทางโทรศัพท์ให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ สามารถจัดการตนเองไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จ และมีการเสริมแรงภายนอกโดยการกล่าวชมเชย และ กล่าวกับหญิงตั้งครรภ์มุสลิมผู้ที่ยึดมั่นศรัทธาในศาสนาและปฏิบัติตามคำสอน เป้าหมายคือความ ศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้า ผู้ศรัทธาจะได้รับการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และเป็นของขวัญล้ำค่า สำหรับมนุษย์โดยเริ่มทำตั้งแต่วินาทีนี้ หลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมมีภาวะซีด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมข้างต้นพบว่า การใช้หลักศรัทธาในศาสนา อิสลามเช่นการวางเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ในหลักศาสนา เป็นผู้ที่มีความ ศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าอย่างแท้จริงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ และการใช้

ครอบครัวกระตุ้นเตือนตามหลักศาสนาเพื่อเป็นแรงเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ดำเนินในแนวทางของพระผู้เป็นเจ้าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้การทำพันธะสัญญาตามหลักศาสนาอิสลามเพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีสิ่งยึดเหนี่ยว มีเป้าหมายตามหลักศาสนาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และได้มีการติดหลักสำคัญทางศาสนาเกี่ยวกับการรับประทานยาเพื่อให้ครอบครัว กระตุ้นเตือนเป็นแรงเสริมในการรับประทานยาด้วยอย่างต่อเนื่องต่อไปตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลาม

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เช่นจากงานวิจัย และการศึกษาเชิงอภิมานที่มีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีดังนี้

1. การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา (disease and medication education) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาข้างต้น พบว่าปัจจัยด้านความเชื่อและความรู้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนั้นควรที่จะให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษาและความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาด้านต่างๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภารัตน์ (2552) คอนและคณะ (Conn et al., 2009) ฮาชิฮาซานอกลูและโกซุม (Hacihasanoglu & Gozum, 2011) พบว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาผลข้างเคียงของยาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น

2. การเขียนข้อมูลเกี่ยวกับยา คือ การเขียนชื่อยา ด้วยภาษาที่อ่านได้ง่าย ชัดเจนตัวใหญ่ๆ เวลาในการรับประทานยาอาจจะเขียนเป็นสัญลักษณ์ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ จะช่วยในการลดอุปสรรคในการรับประทานยาได้ (Allaire et al., 2011)

3. การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยการให้ความเข้าใจและให้กำลังใจกับความสามารถของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและกำลังใจมากขึ้น (Rose et al., 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของฮาชิฮาซานอกลูและโกซุม (Hacihasanoglu & Gozum, 2011) พบว่าการติดตามให้กำลังใจทางโทรศัพท์ โดยการสอบถามข้อมูลอาการและอาการแสดง ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้

4. การควบคุมการจัดการตนเอง จากการทบทวนงานวิจัยของดาเลม และคณะ (Dalem et al., 2012) พบว่าการที่ให้ผู้ป่วยตั้งแต่อารและอาการแสดงจุดบันทึกการรับประทานยา ด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้

5. แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน เช่น ครอบครัว ในการกระตุ้นเตือนการรับประทานยา ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของลอและคณะ (Lau et al., 2010) และ งานวิจัยของโรสและคณะ (Rose et al., 2010) พบว่าการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ ส่งข้อความ การบันทึกผลและรายงานผลการดูแลด้วยตนเอง มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น

6. การใช้วิธีจัดทำภาชนะการจัดยาในแต่ละหน่วยการใช้ สามารถช่วยป้องกันการหลงลืมในการรับประทานยาได้และผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านฉลากยา ก็สามารถช่วยในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ คอนและคณะ (Conn et al., 2009) แบกเวล (Bagwell, 2013) และดาเลมและคณะ (Dalem et al., 2012) พบว่าการจัดทำภาชนะการรับประทานยา สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น

7. การเขียนบันทึกการรับประทานยาบนปฏิทินของซาราห์ (Sarah, 2013) พบว่าการใช้วิธีการจดบันทึกการรับประทานยาบนปฏิทินการรับประทานยา โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ คอนและคณะ (Conn et al., 2009) ฮาซิฮาซานอกลูและโกซุม (Hacihasanoglu & Gozum, 2011) ลอและคณะ (Lau et al., 2010) พบว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาควรจะมีการใช้หลายๆ วิธีด้วยกันขึ้นอยู่กับบริบท สิ่งแวดล้อมและต้องมีความสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วย จากการทบทวนแนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าบุคคลอยู่ในระยะขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปตามระยะขั้นตอน ทั้ง 5 ระยะ และควรมีการจัดกิจกรรมให้มีความสอดคล้องในแต่ละระยะของผู้ป่วย ควรมีการประเมินซ้ำระยะพฤติกรรมของผู้ป่วยทุกครั้ง เพราะผู้ป่วยสามารถที่จะปรับเปลี่ยนระยะพฤติกรรมได้ตลอดเวลาจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแล้ว แต่ยังไม่ครบ 6 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการที่จะต้องให้ความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ ให้มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยใช้กระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินสภาพ การค้นหาวิธีการให้ความช่วยเหลือ การให้ความช่วยเหลือและการประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ได้รับการช่วยเหลือในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามกระบวนการพยาบาลและมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (Prochaska et al., 1994) ได้อธิบายบุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะต้องมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (awareness) รับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลว่า สามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ โดยผ่านกระบวนการ การปรับความรู้สึกนึกคิด (cognitive or experiential process) และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral process) โดยอาศัยกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ (อุมพร, 2555) คือ

1. กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (cognitive or experiential process) ประกอบด้วย

1.1 การปลุกจิตสำนึก (conscious raising) โดยการให้ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่จะนำไปสู่อันตรายต่อตนเอง เกี่ยวกับความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของฮาซิกฮาซานอกกกุลและโกซุม (Hacihasanoglu & Gozum, 2011) พบว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ผลข้างเคียงของยาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น

1.2 การเร้าอารมณ์และความรู้สึก (catharsis/dramatic relief) ส่วนใหญ่มักแสดงออกในรูปของอารมณ์ ความรู้สึก ของประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหาเดิมของผู้ป่วย เช่น การนำบุคคลตัวอย่างมาพูดคุย ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การดูวิดีโอ การแสดงบทบาทสมมติเพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของเบญจมาศ และคณะ (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย โดยใช้วิธีการให้บุคคลที่เคยสูบบุหรี่และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ต้องใส่ท่อเจาะบริเวณคอ มาพูดคุยและเป็นบุคคลตัวอย่างทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ตระหนักในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

1.3 การประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเอง (self-reevaluation) การจัดกิจกรรมให้บุคคลได้สะท้อน ข้อดี ข้อเสียของปัญหา อุปสรรคของพฤติกรรมเสี่ยงนั้นที่จะส่งผลกระทบต่อตนเอง และบุคคลใกล้ชิด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของฉิมชาพัฒน์ และคณะ (2556) ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ 2 ใช้วิธีการประเมินตนเองในการรับประทานอาหารที่มีรสหวานเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานต้องมารับการ

รักษาและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานได้

1.4 การประเมินผลพฤติกรรมเดิมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคล (environmental re-evaluation) เป็นการประเมินความรู้ และความรู้สึกรู้สึกของบุคคลต่อผลของพฤติกรรมต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลรอบข้าง วิธีการนี้จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเองเป็นได้ทั้งแบบที่ดี และไม่ดีแก่บุคคลอื่น

1.5 การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ (social liberation) เป็นการประเมินสิ่งแวดล้อมที่มาเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral process)

2.1 การหาแรงสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (helping relationships) คือการจัดกิจกรรมมีความสัมพันธ์ในเชิงช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจ เป็นการเอื้อให้พฤติกรรมใหม่เกิดง่ายขึ้น เป็นวิธีการจัดระบบสนับสนุนทางสังคมให้ส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมใหม่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันพบว่า การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้วยรูปแบบต่างๆ เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การส่งข้อความ การให้ความรู้ถามตอบทางโปรแกรมในคอมพิวเตอร์ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกระตุ้นเตือนการรับประทานยาสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (Lau et al., 2010; Neafsey et al., 2009; Rose et al., 2010; & Sarah, 2013) และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว (ชลการ, 2557; ศิริลักษณ์, 2557; & Feng, 2009)

2.2 การลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ (stimulus control) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ลดโอกาสของการถูกกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงนั้น

2.3 การให้แรงเสริม (reinforcement management) ทำได้ทั้งการเสริมแรงทางบวก และการเสริมแรงทางลบ การให้แรงเสริมทางบวก เช่น การให้คำชมเชย ให้กำลังใจ ซึ่งจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของสวาสดาร์คและคณะ (Svarstad et al., 2009) พบว่าการให้กำลังใจ ชมเชย ในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

2.4 การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (counter conditioning) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องมาเป็นการรับประทานยาที่ถูกต้องโดยมีการใช้วิธีการต่างๆ

2.5 การตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาต่อตนเอง (goal setting & self-liberation) เป็นการกำหนดแนวทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง วางเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาร่วมกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของรุ่งนภา (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการประยุกต์การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มุสลิม โดยใช้วิธีการตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาร่วมกันในการดูแลตนเอง

พบว่าผู้ป่วยมุสลิมสามารถจัดการดูแลตนเองในการลดภาวะโลหิตจางได้และได้มีการศึกษาเพิ่มเติมของทัศนีย์ (2555) ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน โดยได้มีการจัด กิจกรรมการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองลดระดับ น้ำตาลในเลือดได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา รวมไปถึงการสร้างพฤติกรรมใหม่ที่มีความเหมาะสมนั้น จะต้องมีการกระทำเป็นกระบวนการและมีการ จัดกิจกรรมให้เหมาะกับแต่ละระยะ เพราะผู้ป่วยมุสลิมที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระยะที่มีความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน คือ ในระยะไม่สนใจ (precontemplation) เป็น ระยะที่ผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงยังไม่คิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา จำเป็นต้องสร้างความตระหนักโดยใช้วิธีกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว มีการรื้ออารมณ์และประเมินผล ของพฤติกรรมเดิมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น โดยการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยแจกเอกสาร แผ่นพับ ให้สุขศึกษารณรงค์ให้เกิดความ ตระหนักเพื่อให้เกิดความคิดที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่ระยะตั้งใจ (contemplation) เริ่มมองเห็นข้อดี ของการเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ยังคงกังวลกับข้อเสียที่จะตามมา จากการเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย ในขั้นนี้ ควรมิกิจกรรมจูงใจ กระตุ้น ให้การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง เช่น การพูดคุยถึง ข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนักและอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง นำไปสู่ระยะเตรียมตัวเริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (preparation) ซึ่งในระยะนี้จะมีการทำพันธะ สัญญากับตนเอง หาแรงสนับสนุนทางสังคมกำหนดและตกลงเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมมารับประทานยา เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะลงมือปฏิบัติ (action) และระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ใหม่ (maintenance) การให้แรงเสริม การหาแรงสนับสนุนทางสังคม การทดแทนด้วยสิ่งอื่น การลด อุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมมารับประทานยาตามแผนการรักษา โดยการให้คำยกย่อง หรือชมเชย สนับสนุนให้เป็นแบบอย่างแก่เพื่อน ในคลินิกเพื่อให้มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการใช้ ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ โปรชาสกา และคณะในกลุ่มโรคต่างๆ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ได้เช่น จากผล การศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชากรกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ชนิดที่ 2 ของ ฉิมพาพัฒนา และคณะ (2556) ประสิทธิภาพของการประยุกต์ทฤษฎีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของ เบญจมาศ และคณะ (2555) และผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วม กับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรม ด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ของดวงตา (2552) โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ก่อนให้กิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างและมีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องตามระยะพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงได้

นำแนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการในการช่วยเหลือการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และมีการจัดทำกิจกรรมต่างๆ ตามระยะพฤติกรรม เช่น ในระยะที่ 3 จัดทำกิจกรรมทำพันธะสัญญาโดยใช้หลักศาสนาอิสลามมาใช้ในการทำพันธะสัญญา และมีการจัดกิจกรรมในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 คือ การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเชิงช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น ครอบครัว เจ้าหน้าที่ ในการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ การจัดทำแนวคำถามและคำตอบเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ถูกต้องตามหลักความเชื่อและวัฒนธรรมที่ปฏิบัติกันมา

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอาจจะกลับไปกลับมาระหว่างระยะที่ 1-5 ได้ ดังนั้น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการรักษาด้วยยาต้องอาศัยกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ ได้แก่ กระบวนการปรับความรู้สึกรู้สึกคิด และกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม (อุมามพร, 2555) โดยมีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องตามระยะพฤติกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ระยะเตรียมตัว ซึ่งในขณะนี้ เป็นระยะที่ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเตรียมตัว ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระยะเริ่มมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาซึ่งมีพฤติกรรมไม่ครบ 6 เดือน ซึ่งกิจกรรมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่สำคัญในกลุ่มระยะเตรียมตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา คือ การตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญา และในกลุ่มที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแล้วแต่ยังไม่ครบ 6 เดือน คือ ความสัมพันธ์เชิงช่วยเหลือและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมายและการทำพันธะสัญญา การตั้งเป้าหมาย คือ การตั้งสิ่งที่คาดหวังที่จะทำให้ได้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สามารถตั้งได้โดยบุคคลเองหรือตั้งร่วมกับบุคคลอื่น เพื่อให้ได้ในสิ่งที่คาดหวังไว้โดยมีการทำพันธะสัญญาว่าจะทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งการจะบรรลุในเป้าหมายที่วางไว้จะต้องมีการใช้ แรงสนับสนุนทางสังคม การจูงใจ ให้กำลังใจ หลายๆ ด้านประกอบกัน เช่น จากครอบครัว ทบพวณวรรณากรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญา ร่วมกันของรุ่งนภา (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มุสลิม โดยใช้วิธีการตั้งเป้าหมายทำสัญญาใจ (อามานะฮ) เกี่ยวกับการใช้หลักศาสนาอิสลามในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่น

ที่จะปฏิบัติ เพื่อนำ ไปสู่ความสำเร็จในเป้าหมาย พบว่า 1) สตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ การจัดการตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะโลหิตจาง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และ 2) สตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่ได้รับ โปรแกรมการประยุกต์การจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะโลหิตจาง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ $p < .001$ และจากการศึกษาเพิ่มเติมของทัศนีย์ (2555) มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลินที่มีการใช้กระบวนการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองพบว่าภายหลังที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ใช้กระบวนการตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญามาประยุกต์ใช้ใน โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยา ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 เริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาจะต้องมีการจัดกิจกรรมที่สำคัญคือการตั้งเป้าหมายและการทำพันธะสัญญา

2. ความสัมพันธ์เชิงช่วยเหลือและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม คือ การจัดกิจกรรม มีความสัมพันธ์ในเชิงช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจ เป็นการเอื้อให้พฤติกรรมใหม่เกิดง่ายขึ้น เป็นวิธีการจัดระบบสนับสนุนทางสังคมให้ส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมใหม่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบหลายงานวิจัยด้วยกันที่มีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยได้แบ่งเป็น 2 ประเภทดังนี้

2.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยที่เล็กที่สุด ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด ต่างก็มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลครอบครัวร่วมกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ใช้แรงสนับสนุนทางครอบครัวกับการศึกษาของ คอน และคณะ (Conn et al., 2009) และล่อและคณะ (Lau et al., 2010) พบว่า การจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของชลการ (2557) ที่มีการนำครอบครัวมาใช้เป็นแรงสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้แนะนำให้ครอบครัวดูแลสังเกตอาการจากการได้รับผลข้างเคียงของยา โดยจัดทำแนวคำถามและคำตอบเกี่ยวกับยาเพื่อให้ครอบครัวและญาติสามารถจัดการกับอาการได้เบื้องต้น ซึ่งจากการทบทวนด้วยการให้แรงสนับสนุนวิธีการต่างๆ ของซาราห์ (Sarah, 2013) ที่มีการศึกษาการประเมินผลการใช้กล่องข้อความในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในอาเจนติน่า โดยมีการจัดกิจกรรม คือ การใช้กล่องคำถาม และมีให้ตอบเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดกิจกรรมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ตรวจผลเสมหะเป็นลบ การศึกษาของ โรสและคณะ

(Rose et al., 2010) มีการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาโดยมีการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลและเฝ้าระวังการใช้แอลกอฮอล์โดยมีการจัดกิจกรรม คือ การประเมินสภาพปัญหา แนะนำการปฏิบัติตนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามอาการ โดยติดต่อทางเว็บไซต์หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยสามารถเลิกพฤติกรรมการดื่มเหล้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาและความรู้เกี่ยวกับโรคมามากที่สุด การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพทางด้านต่างๆ จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาได้ การใช้โทรศัพท์ติดต่ออย่างต่อเนื่องเพื่อพูดคุยให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์เพื่อส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ นรรัตน์ และคณะ (2549) ได้มีการจัดทำโปรแกรมติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า หลังการติดตามทางโทรศัพท์ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การจัดกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของดาเลม และคณะ (Dalem et al., 2012) พบว่าการใช้วิธีการที่หลากหลายในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ คอนและคณะ (Conn et al., 2009) ได้มีการศึกษางานวิจัยเชิงอภิมาน พบว่าการใช้วิธีการที่หลากหลายจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และพบว่างานวิจัยดังกล่าวมีรูปแบบในการจัดกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันเช่นผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มปรึกษาประคองต่อพฤติกรรม โภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของดวงตา (2552) ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งมีระยะเวลาในการจัดทำโปรแกรมในกลุ่มทดลอง 4 สัปดาห์ คล้ายคลึงกัน โดยมีการประชุมกลุ่ม 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ และมีการดำเนินการกลุ่ม เป็น 3 ระยะ โดยมีการจัดกิจกรรมตามระยะขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพใช้เทคนิคการเร้าอารมณ์ การประเมินพฤติกรรมเดิม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การกระตุ้นให้เกิดผลดี/ผลเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างแรงจูงใจ/สนับสนุนเพิ่มความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตั้งเป้าหมายและการทำพันธะสัญญา 2) ระยะดำเนินการ ใช้เทคนิคหาแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มปัจจัยสนับสนุนและลดอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม เสนอทางเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้

ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และ3) ระยะสิ้นสุดการดำเนินการใช้เทคนิคเพิ่มความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม หาแหล่งให้ความช่วยเหลือ และการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและภายหลังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของเบญจมาศและคณะ (2555) มีการศึกษาที่คล้ายคลึงศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการเลิกบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย โรงพยาบาลศิริราช มีการทดลองใน 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย และมีการจัดกิจกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง โดยมีการจัดกิจกรรมคือ ประเมินระยะพฤติกรรม และมีการจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยระยะที่ 1 คือการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารพิษในบุหรี่ การคูวิตีโอ และการต่อต้านแบบจากชมรมกล่องไร้เสียง เพื่อเป็นการเร้าอารมณ์และเกิดความตระหนักในการเลิกบุหรี่ จัดกิจกรรมกับกลุ่มป่วยในระยะที่ 2 การวิเคราะห์ผลดีผลเสียต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสนอต้นแบบโดยเพื่อนร่วมงานที่เลิกสูบบุหรี่ได้เพื่อเกิดสมรรถนะในการสร้างพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 3 มีการจัดกิจกรรม กระตุ้นในการอภิปรายแสดงความคิดเห็นต่อวิธีการเลิกสูบบุหรี่ และมีการกำหนดเป้าหมายในการทำพันธะสัญญาเพื่อเลิกบุหรี่ และในสัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มในระยะที่ 4 และการใช้ตัวแบบภายในกลุ่มที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้โดยการให้แรงเสริม ให้กำลังใจและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความสมดุลของการตัดสินใจเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

จากการศึกษาข้างต้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาของนิชาพัฒน์ และคณะ (2556) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีการทดลองใน 2 กลุ่ม คือระยะทดลองและระยะควบคุม ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีการจัดกิจกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประเมินระยะพฤติกรรม และในระยะทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 มีการจัดกิจกรรมกับกลุ่มระยะที่ 1 และระยะที่ 2 โดยการให้วิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง สรุปประเด็นปัญหาที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้ดูบุคคลตัวอย่างเพื่อสร้างความตระหนักและกระตุ้นการตื่นตัว ในสัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะที่ 3 โดยมีการจัดทำกิจกรรม จะได้รับการฝึกทักษะเพื่อสร้างความมั่นใจ สาธิตอาหารแลกเปลี่ยน และฝึกบันทึกปริมาณอาหาร ในสัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 4 จัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างมีการซักถามแนวทางการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวแบบ สร้างปัญหาและอุปสรรคและกล่าวคำชมเชย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการรับประทานอาหาร ความสมดุลในการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลต่อประโยชน์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลายด้าน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดสมรรถนะในการดูแลตนเองโดยผ่านกระบวนการขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะพฤติกรรม มีการจัดกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในแต่ละระยะพฤติกรรม เช่น ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ให้กิจกรรมการกระตุ้นเร้าอารมณ์และให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง กิจกรรมในระยะที่ 3 ให้กิจกรรมการตั้งเป้าหมายและการทำพันธะสัญญา และกิจกรรมในระยะที่ 4 คือ การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การพูดคุยกับตัวแบบที่มีพฤติกรรม การให้กำลังใจ ชมเชย กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเพื่อให้มีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องต่อไป

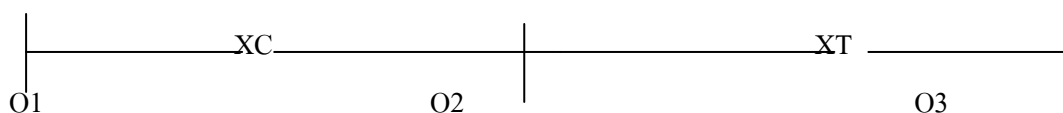
สรุปผลการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ความรุนแรงของการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มวัยนี้มีการเสื่อมสภาพต่างๆ ด้านร่างกาย และจากบริบทการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมุสลิม พบว่ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน้อย เนื่องจากผลของอำนาจหลักคำสอนทางศาสนาในบางข้อทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมมีการปฏิบัติตามหลักศาสนาไม่ครบถ้วนตามความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า ผู้วิจัยจึงได้จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา โดยมีองค์ประกอบในโปรแกรมคือ แนวทางการใช้โปรแกรม แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา และปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ นำมาใช้ในแนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างตามระยะพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง และชมวิดิโอบุคคลตัวอย่างที่มีพฤติกรรม เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมก่อนเข้าสู่ระยะพฤติกรรม และขั้นตอนที่ 3 คือจัดกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมตามระยะพฤติกรรมต่างๆ โดยบูรณาการ แนวคิดหลักศาสนาอิสลาม ศรัทธาต่อบทบัญญัติต่างๆ ที่ได้เขียนไว้ในอัลกุรอานและศรัทธา ต่อสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และแนวคิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากการทบทวนวรรณกรรม ด้วยวิธีการต่างๆ เช่นการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ การจัดทำแนวคำถามและคำตอบเกี่ยวกับการรับประทานยา จากการทบทวนวรรณกรรมในการใช้แนวคิดหลัก 3 แนวคิด ที่ผ่านมากในกลุ่มโรคต่างๆ พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่างๆ ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมโรคได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (single-subject time-series design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ดังแผนภูมิการทดลองต่อไปนี้



ภาพ 2 รูปแบบการวิจัย

- O1 หมายถึง การวัด ครั้งที่ 1 ของช่วงควบคุมในสัปดาห์แรก
- O2 หมายถึง การวัดครั้งที่ 1 ของช่วงทดลองในสัปดาห์ที่ 5 และเป็น การวัดครั้งที่ 2 ของช่วงควบคุมในสัปดาห์ที่ 4
- O3 หมายถึง การวัดครั้งที่ 2 ของช่วงทดลองในสัปดาห์ที่ 8
- XT หมายถึง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้
- XC หมายถึง โปรแกรมการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่ศูนย์การจัดการ โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557 ที่ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 30 ราย ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันเป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยทำการศึกษาและวัดผลคนละช่วงเวลา การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง และมารับบริการตรวจรักษาที่ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในช่วงเดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557
3. เป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษา ได้ คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในช่วง 150-179 มิลลิเมตรปรอท และระดับไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 90-109 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้ง และต้องมารับการรักษาในเดือนล่าสุดก่อนได้รับการทดลองซึ่งประเมินจากจำนวนครั้งที่มารับบริการที่ผ่านมาย้อนหลัง 3 ครั้ง
4. มีประวัติรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอและมีพฤติกรรมที่เริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา (ประเมินจากแบบสอบถามขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)
5. มีประวัติรักษาด้วยยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอแล้วแต่ยังไม่ครบ 6 เดือน (ประเมินจากแบบสอบถามขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)
6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ค่าอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ml/min ยกเว้น ถ้าอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 ml/min หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 60 แต่ค่าตรวจโปรตีนในปัสสาวะ (microalbumin) ต้องมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 mg/L
7. ไม่มีโรคร่วมที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง
8. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยและภาษามลายูได้
9. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน
10. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์การคัดออก

1. เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมไม่ครบ
2. มีการปรับเปลี่ยนยาในระหว่างที่ได้รับการทดลอง
3. ต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลขณะที่ได้รับการทดลอง
4. ระหว่างการทดลองตรวจสุขภาพประจำปีพบมีภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ประเมิน ค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ml/min ในผู้สูงอายุ 60-69 ปีและในผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ml/min และค่าโปรตีนในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 30 mg/L รวมด้วย
5. มีโรคร่วมที่ตรวจพบระหว่างได้รับการทดลอง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตและโรคหลอดเลือดสมอง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญ (alpha) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพลความแตกต่าง เท่ากับ .80 (effect size) เนื่องจากพบว่างานวิจัยในอดีตกับการศึกษาในครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของนงลักษณ์ (2553) เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 คน ป้อนกลุ่มตัวอย่าง อาจออกระหว่างการศึกษาร้อยละ 30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่ใส่คืน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย จากเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยกำหนดระยะเวลาในการทำวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนได้รับโปรแกรมและระยะได้รับโปรแกรม ซึ่งในระยะก่อนได้รับโปรแกรม คือ (สัปดาห์ที่ 1-4) และในระยะได้รับโปรแกรม คือ (สัปดาห์ที่ 5-8)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมี

1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้

1.1.1 แนวทางการใช้โปรแกรม มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้ คือ

1) ส่วนที่ 1 คือ คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม โดยมีองค์ประกอบ คือ ชื่อโปรแกรม บทนำ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่ใช้โปรแกรม ส่วนประกอบของโปรแกรม ระยะเวลาในการจัดทำโปรแกรมและ สถานที่จัดกิจกรรม

2) ส่วนที่ 2 รายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีองค์ประกอบ คือ ขั้นตอนเตรียมการ และรายละเอียดในการจัดทำกิจกรรมโดยใช้กระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ขั้นประเมินสภาพ ขั้นเตรียมความพร้อม และขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรม “ญาติ สัญญาใจ” 2) กิจกรรม “ ร่วมทำ สร้าง เนียมดี” 3) กิจกรรม “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องกินยาความดัน” และ 4) กิจกรรม “อิงะ โทรศัพท์ ชารี”

3) ส่วนที่ 3 แผนภูมิการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

1.1.2 แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์ สถานที่จัดกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย โดยมีองค์ประกอบในการจัดทำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

- 1) วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
- 2) เนื้อหาในการจัดทำกิจกรรม
- 3) กิจกรรมของเจ้าหน้าที่
- 4) กิจกรรมของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิม
- 5) อุปกรณ์ที่ใช้
- 6) ระยะเวลาในการจัดทำกิจกรรม
- 7) การประเมินผล

1.1.3 ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ โดยในปฏิทินการรับประทานยา มีองค์ประกอบ ดังนี้

1) ยาแต่ละหน่วยการใช้ โดยมีการติดสัญลักษณ์เวลาในการรับประทานยาแต่ละเวลา คือ เวลารับประทานยาช่วงเช้า สัญลักษณ์พระอาทิตย์และไก่ขัน สัญลักษณ์ยาที่รับประทานยา

ช่วงเย็น คือ พระอาทิตย์ตกเย็น และสัญลักษณ์รับประทานยาก่อนนอน คือ รูปผู้หญิงนอนโดยสัญลักษณ์ที่นำมาใช้เป็นสัญลักษณ์ที่พัฒนาจากงานวิจัยของบรรดินและสงวน (2557) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาฉลากภาพสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ ตอนที่ 1 วิธีการรับประทานยาผลการทดสอบฉลากภาพผู้ป่วยนอกที่ไม่รู้หนังสือพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 85 มีความเข้าใจเกี่ยวกับฉลากภาพในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น จึงได้นำฉลากภาพมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยที่ศึกษา

2) คำสำคัญทางศาสนาเพื่อกระตุ้นเตือนการรับประทานยาตามหลัก ศาสนาอิสลาม โดยด้านหน้าสุดของปฏิทินยาติดคำ “ยา เป็นศาสตร์ทางแพทย์ที่อัลลอฮ ทรงประทานมาเพื่อบำบัดโรค อัลลอฮ กำลังทดสอบความศรัทธาของท่านต่อพระองค์ โดยการให้โรคมากับท่าน ท่านกำลังอยู่ในบททดสอบของอัลลอฮ ในการดูแลรักษาตนเอง เพื่อให้พ้นภัยจากโรคแทรกซ้อน” และติดคำสำคัญที่ 2 ที่ด้านหลังสุดของปฏิทินการรับประทานยาโดยมีการติดคำ “อัลลอฮ ทรงให้โรคมากับท่าน อัลลอฮ ก็ทรงให้ยาเพื่อบำบัดโรคให้ท่านเช่นกัน” วันนี้ท่าน กินยาหรือยัง?

3) ติด “การจัดการตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง” เพื่อให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมหรือญาติ สามารถประเมินและมีการดูแลตนเองเบื้องต้นได้ ซึ่งจะมีการติดในปฏิทินการรับประทานยาแผ่นด้านล่างต่อจากยาแต่ละหน่วยการใช้

4) เครื่องมือในการวัดระดับความดันโลหิต คือ เครื่องวัดระดับความดันโลหิตรุ่นอัตโนมัติ ยี่ห้อ ออมรอน ใช้เครื่องเดิมทุกครั้งตลอดการศึกษา โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรม ดังนี้

5) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ภายใต้กรอบแนวคิด ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของโปรชาสกาและคณะ (Prochaska et al., 1994) มีกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญ คือ 1) กระบวนการในการปรับความรู้สึกนึกคิด 2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องตามระยะพฤติกรรมในแต่ละระยะ ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ

1) กลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอและเริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระยะที่ 3

2) กลุ่ม ที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอแล้ว แต่ยังไม่ครบ 6 เดือน ในระยะที่ 4 โดยมีการประยุกต์ใช้หลักศรัทธาในศาสนาอิสลามร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยดำเนินการเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ในระยะเริ่มคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มละ 5 คน ในผู้ป่วยระยะที่มีพฤติกรรมอยู่แล้วแต่ยังไม่ครบ 6 เดือน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

แนวคิดหลักศรัทธา ในศาสนาอิสลามใช้หลักศรัทธาต่อบัพัญญูตีต่างๆ ในคัมภีร์อัลกุรอาน และศรัทธาต่อสภาวะการณ์ต่างๆ ที่พระผู้เป็นเจ้าให้มา

แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เช่น การจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา การใช้ครอบครัวและเจ้าหน้าที่กระตุ้นเตือนการรับประทานยา ซึ่งจากแนวคิดต่างๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้นมาบูรณาการจัดกิจกรรมสอดคล้องตามระยะพฤติกรรม ผ่านกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพ ประเมินระยะพฤติกรรม ประเมินระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยประเมินระดับความดันโลหิตของตนเองตามทอนสีป้องกัน และคัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท - 179/109 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้ง โดยประเมินจากการมารับยาย้อนหลังไป 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นเตรียมความพร้อม เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและยาโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนได้รับ โปรแกรมและชมวีดีโอบุคคลตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอที่อยู่ในระยะที่ 5 พุศุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมในการดูแลตนเองกระตุ้นส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกรอบแนวคิดของโปรรชาสภาและคณะ ตามกระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ดังนี้

1) จัดทำในผู้ป่วยเริ่มคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระยะที่ 3 โดยมีการจัดกิจกรรม ดังนี้

1.1) กิจกรรม “บุญญา สัญญาใจ” โดยมีการจัดกิจกรรม คือ

1.1.1) เจ้าหน้าที่พุดุขแลกเปลี่ยนการดูแลตนเองตามหลักศาสนาอิสลามและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามหลักศาสนาอิสลาม

1.1.2) ดูแลให้ผู้ป่วยในระยะที่ 3 มีการทำพันธะสัญญาร่วมกันตามหัวข้อกันทำพันธะสัญญา 4 หัวข้อและลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนี้ คือ

1) พระผู้เป็นเจ้าของโรคความดันโลหิตสูงกับฉันหรือผู้ที่ฉันดูแล เพื่อเป็นบททดสอบถึงความศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้าของ

2) พระผู้เป็นเจ้าของก็ได้คิดศาสตร์ทางการแพทย์มาเพื่อใช้ในการทดสอบว่าฉันจะใช้ตามความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าของหรือไม่

3) ฉันได้ทำพันธะสัญญากับเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลที่จะดูแลร่วมกันเพื่อความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าของ

4) ฉันขอสัญญาว่าฉันจะดูแลตนเองโดยการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อพ้นภัยจากโรคแทรกซ้อนและเป็นบ่าวที่ดีของอัลลอฮ์ ทั้งโลกนี้และโลกหน้า โดยจะมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

2) จัดทำกิจกรรมในผู้ป่วยที่เริ่มคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะ ที่ 3 และในกลุ่มที่มีพฤติกรรมมารับประทานยาอยู่แล้วแต่ยังไม่ครบ 6 เดือน ในระยะที่ 4 โดยมีการจัดกิจกรรม ดังนี้

2.1) กิจกรรม “ร่วมทำ สร้าง เนียมดี” โดยมีการจัดทำกิจกรรม คือ

2.1.1) จัดทำปฏิทินยาแต่ละหน่วยการใช้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อ การใช้แรงสนับสนุนเชิงช่วยเหลือ

2.1.2) เจ้าหน้าที่มีการอธิบายสังเกตสัญลักษณ์ต่างๆ เช่น สัญลักษณ์พระอาทิตย์ขึ้นเกี่ยวกับเวลาในการรับประทานยาช่วงเช้า สัญลักษณ์พระอาทิตย์ตกเย็น คือ สัญลักษณ์การรับประทานยาในช่วงเย็น และสัญลักษณ์รูปนอน คือ เวลาการรับประทานยาก่อนนอน เพื่อลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2.2) กิจกรรม “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องรับประทานยาความดัน”

2.2.1) ใช้เทคนิคแรงสนับสนุนเชิงช่วยเหลือมีการจัดทำกิจกรรม ดังนี้

1) แนะนำญาติกระตุ้นเตือนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอที่บ้าน

2) เจ้าหน้าที่ติดตามทางโทรศัพท์ เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พุดคุยให้กำลังใจและชมเชย

3) ดิคำสำคัญเกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม คือ คำ “ยา เป็นศาสตร์ทางแพทย์ที่อัลลอฮ์ ทรงประทานมาเพื่อบำบัด โรค อัลลอฮ์ กำลังทดสอบความศรัทธาของท่านต่อพระองค์ โดยการให้โรคมากับท่าน ท่านกำลังอยู่ในบททดสอบของอัลลอฮ์ในการดูแลรักษาตนเอง เพื่อให้พ้นภัยจากโรคแทรกซ้อน” และดิคำสำคัญที่ 2 ที่ด้านบนสุดของปฏิทินการรับประทานยาโดยมีการดิคำ “อัลลอฮ์ทรงให้โรคมากับท่าน อัลลอฮ์ก็ทรงให้ยาเพื่อบำบัดโรคให้ท่านเช่นกัน วันนี้ท่าน กินยารึยัง?”

4) ดิ “การทำพันธะสัญญาและการดูแลสังเกตการจัดการอาการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาเบื้องต้น”

2.2.2) ใช้เทคนิคการให้แรงเสริม โดยมีการจัดกิจกรรม

1) การพุดคุย ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย ปรบมือ เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2.3) กิจกรรม “อิงะ โทรศัพท์ ชารี” โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- 1) พุคคยกล่าวทักทายแบบมุสลิม
- 2) ซักถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับการรับประทานยา
- 3) กล่าวชมเชย และให้กำลังใจ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินระดับความดันโลหิต และประเมินระยะพฤติกรรม

2) โปรแกรมการดูแลตามปกติ

เป็นกิจกรรมที่สถานบริการได้จัดทำขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) วัดความดันโลหิตเพื่อประเมินระดับความดันโลหิต 2) ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการซักประวัติ อาการสำคัญ ความต่อเนื่องในการรักษาด้วย และให้ความรู้เป็นรายบุคคล 3) ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา และส่งพบเภสัชเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยา 4) นัด ติดตามอาการตามระดับความดันโลหิตตามแนวปฏิบัติโรคความดันโลหิตสูง (2555)

3) เครื่องวัดความดันโลหิตยี่ห้อ ออมรอน มีค่าวัดระดับความดันโลหิตตามแรงดันเลือดบนผนังหลอดเลือดโดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทุก 6 เดือน ตามเกณฑ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระยะพฤติกรรมและแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี (Morisky, 2008) ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 14 ข้อ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาศัยอยู่กับ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตติดต่อกัน 3 ครั้ง ความสม่ำเสมอในการรักษา โรคประจำตัว ชนิดยาและจำนวนยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาที่แพทย์นัดในแต่ละครั้ง การมองเห็น ผู้ที่ช่วยจัดยา โดยที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.2 แบบประเมินระยะพฤติกรรม ซึ่งทางผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ตามทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของโปรชาสกาและคณะ

2.3 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของมอริสกี แปลโดยสำนักแปล MAPI ประเทศฝรั่งเศสและได้รับลิขสิทธิ์การใช้เครื่องมือจาก ศาสตราจารย์ ดร.อี โคนัล มอริสกี ฉบับแปลภาษาไทย โดยมีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 25 ราย ได้ค่าความเที่ยง 0.90 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความร่วมมือในรักษาด้วยยามีจำนวนคำถาม 8 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 1 ข้อ คือข้อ 5 เป็นข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7 โดย

คำถามทางบวก ไม่ใช่เท่ากับ 0 ใช่เท่ากับ 1 คำถามทางลบไม่ใช่เท่ากับ 1 ใช่เท่ากับ 0 และข้อคำถามแบบเลือกตอบ 1 ข้อมี 5 ตัวเลือก ให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าตรงกับกรปฏิบัติของตนเองหรือไม่โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

ไม่เคยเลยเท่ากับ 1 คะแนน

นานๆ ครั้งเท่ากับ 0.75 คะแนน

บางครั้งเท่ากับ 0.5 คะแนน

เป็นประจำเท่ากับ 0.25 คะแนน

ตลอดเวลาเท่ากับ 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

8 คะแนนแสดงว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก

6 – (<8) คะแนนแสดงว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับ

ปานกลาง

น้อยกว่า 6 คะแนนแสดงว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาใน

ระดับต่ำ

2.4 แบบบันทึกการนับจำนวนเม็ดยาและระดับความดันโลหิตมาใช้ เป็นแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยผู้วิจัยมีการจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

ตาราง 1

สูตรคำนวณ ร้อยละความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา ในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4

$$\text{ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา} = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่จ่ายไปทั้งหมด} - \text{จำนวนเม็ดยาที่จ่ายเหลือ}) - (\text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือทั้งหมด} - \text{จำนวนเม็ดยาที่จ่ายเหลือ})}{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานใน 1 วัน} \times \text{จำนวนวันที่มารับยา})}$$

การแปลผล ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ร้อยละ 100 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดีมาก

ร้อยละ 80 -99 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 79 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการใช้โปรแกรม แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ สื่อนำเสนอภาพนิ่งเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง วิดีโอบุคคลตัวอย่างในระยะที่ 5 ที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และป้องกันชีวิต จราจร 7 สี และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินระยะพฤติกรรม แบบบันทึกระดับความดันโลหิต และแบบบันทึกความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยาไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) เกสัชกรผู้เชี่ยวชาญการดูแลรักษาเรื่องยาโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน 2) แพทย์ที่มีความรู้ ทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักศาสนาอิสลาม 1 ท่าน 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุง แก้ไขเครื่องมือตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ราย เพื่อนำแบบสอบถามมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการประเมินแบบ test-retest ระยะห่างการเก็บข้อมูล 2 อาทิตย์ ของ Pearson's correlation ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยหลังจากโครงร่างงานวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัย ด้านจริยธรรม ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานที่วิจัย แล้วผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมกับให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างเพียงพอและครบถ้วนในเรื่องวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ ก่อนให้ผู้ปวยตัดสินใจที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมวิจัย
2. ในระหว่างเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา
3. ในการบันทึกข้อมูลจะต้องได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อน และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่เจาะจงผู้ใด
4. ตลอดระยะเวลาของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย และตรวจสอบข้อมูลของตนเองที่ได้รับจากการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบประเมินระยะพฤติกรรมและแบบบันทึกระดับความดันโลหิต จำนวน 3 ครั้ง ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างพบผู้วิจัยทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และเป็นการเก็บข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย และพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 หลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง มีการดำเนินการตามดำเนินการทดลองดังนี้

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยทำการจดบันทึกรายชื่อและโทรศัพท์นัดผู้ป่วย 10 รายต่อวัน คือ วันจันทร์ วันพุธและวันศุกร์ เข้าระยะควบคุมโดยที่จดชื่อกลุ่มตัวอย่างไว้ ไม่บอกกับกลุ่มตัวอย่างดำเนินการในระยะควบคุมโดยการให้โปรแกรมตามปกติและนัดมารับยาอีก 4 สัปดาห์ คือ ในระยะทดลองโดยนัดกลุ่มตัวอย่างวันละ 10 ราย ตามวันที่มีการให้บริการโรคความดันโลหิตสูง อาทิตย์ละ 3 วัน คือ วันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ แบ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เริ่มคิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาในระยะที่ 3 กลุ่มละ 5 ราย และกลุ่มที่มีพฤติกรรมรับประทานยาแล้วแต่ยังไม่ครบ 6 เดือน คือ กลุ่มที่อยู่ในระยะที่ 4 กลุ่มละ 5 ราย โดยมีการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการพูดคุยซักถาม
อาการทั่วไป

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

3. ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้อย่างถูกต้อง

4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยในใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดย
ปฐมนิเทศกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ชี้แจงกับผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นระยะเวลา
4 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการกับผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พยาบาลคนที่ 1

1. จดบันทึกระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีการวัดระดับความดันโลหิตด้วย
ตนเองโดยเครื่องวัดระดับความดันโลหิตอัตโนมัติ และให้ผู้ป่วยประเมินระดับความดันโลหิตด้วย
ตนเองตามทอนสีป้องกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 จำนวน 5 ราย และกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 4
จำนวน 5 ราย

2. ซักประวัติ และซักถามเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตตามทอนสีป้องกัน และให้
ความรู้เพิ่มเติมในการดูแลตนเองตามระดับทอนสีป้องกันในผู้ป่วยระยะที่ 3 และระยะที่ 4

3. ดูแลให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และยาโรคความดันโลหิตสูงที่มีใช้ในโรงพยาบาลชุมชน
แห่งหนึ่งเพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดทำโปรแกรมในผู้ป่วยระยะที่ 3 และระยะที่ 4

4. ดูแลให้ชมวิดีโอบุคคลตัวอย่างในระยะที่ 5 ที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ
รับประทานยา

5. ดูแลคัดเลือกผู้ป่วยในระยะที่ 4 พบพยาบาลคนที่ 2

6. ดูแลจัดกิจกรรม “ญาติ ัญญาใจ” กับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ที่อยู่ในระยะเริ่มคิดจะ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะที่ 3

7. ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 พบแพทย์และให้ไปพบที่จัดทำปฏิทินยาด้วยกัน
หลังจากพบแพทย์และเมื่อได้รับยาเสร็จแล้ว

8. ดูแลจัดกิจกรรม “ร่วมทำ สร้าง เนียมดี” โดยมีการจัดทำกิจกรรม คือ

8.1 จัดทำปฏิทินยาแต่ละหน่วยการใช้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ

8.2 แนะนำการตัดเม็ดยาออกจากแผงยา

8.3 แนะนำการใช้สัญลักษณ์เวลาที่รับประทานยาในแต่ละเวลา

9. คู่มือจัดกิจกรรม “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องรับประทานยาความดัน” โดยมีการจัดกิจกรรม คือ

9.1 แนะนำญาติกระตุ้นเตือนการรับประทานยาที่บ้าน

9.2 แนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการรับประทานยาและทวนการทำพันธะสัญญาที่เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกัน

9.3 แจกกลุ่มตัวอย่างและญาติ อีก 2 สัปดาห์ จะมีการโทรศัพท์ติดตามจากเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อกระตุ้นเตือนการรับประทานยา สอบถามปัญหาและอุปสรรคจากการรับประทานยา

9.4 นัดติดตามการมารับยาในอีก 4 สัปดาห์ โดยให้นำยาเดิมกลับมาที่โรงพยาบาล

10 คู่มือจัดกิจกรรม “อิงะ โทรศัพท์ ชารี” โดยมีการจัดกิจกรรม คือ

10.1 กล่าวทักทาย

10.2 พุดคุยซักถามปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานยา

10.3 กล่าวชื่นชมให้กำลังใจ

พยาบาลคนที่ 2

1. คู่มือกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 4 แนะนำการตัดแผนยา และช่วยผู้วิจัยในการจัดกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันกับผู้วิจัยดังนี้

1.1 คู่มือจัดกิจกรรม “ร่วมทำ สร้างเนื้อมดี” โดยมีการจัดทำกิจกรรม คือ

1) จัดทำปฏิทินยาแต่ละหน่วยการใช้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ

2) แนะนำการตัดเม็ดยาออกจากแผงยา

3) แนะนำการใช้สัญลักษณ์เวลาที่รับประทานยาในแต่ละเวลา

1.2 คู่มือจัดกิจกรรม “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องรับประทานยาความดัน” โดยมีการจัดกิจกรรม คือ

1) แนะนำญาติกระตุ้นเตือนการรับประทานยาที่บ้าน

2) แนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการรับประทานยาและทวนการทำพันธะสัญญาที่เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกัน

3) แจกกลุ่มตัวอย่างและญาติ อีก 2 สัปดาห์ จะมีการโทรศัพท์ติดตามจากเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อกระตุ้นเตือนการรับประทานยา สอบถามปัญหาและอุปสรรคจากการรับประทานยา

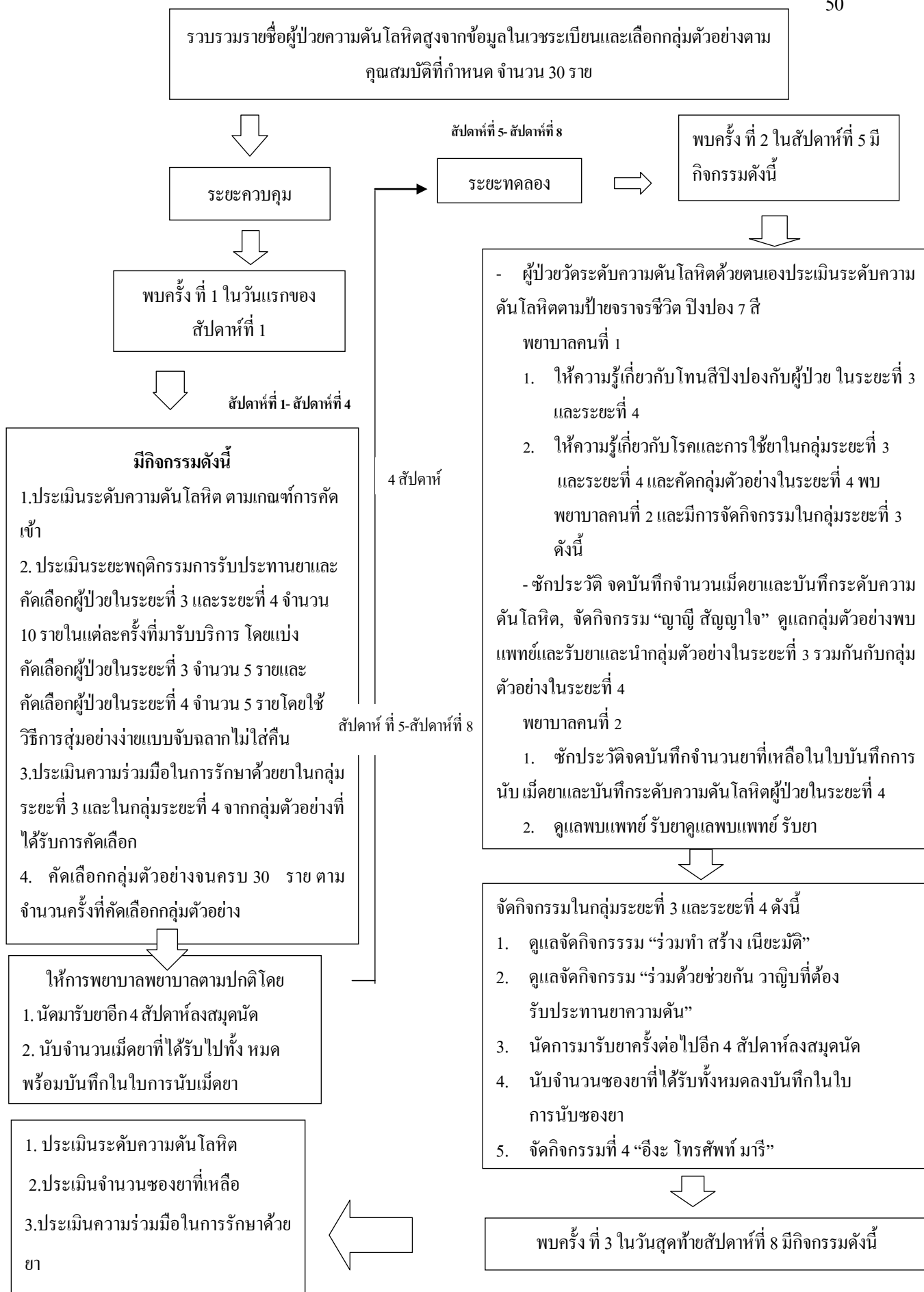
4) นัดติดตามการมารับยาในอีก 4 สัปดาห์ โดยให้นำยาเดิมกลับมาที่โรงพยาบาล

1.3 คู่มือจัดกิจกรรม “อิงะ โทรศัพท์ ชารี” โดยมีการจัดกิจกรรม คือ

1) กล่าวทักทาย

2) พุดคุยซักถามปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานยา

3) กล่าวชื่นชมให้กำลังใจ โดยมีแผนภูมิและขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม



ภาพ 3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ และนำมาประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูง ในระยะควบคุมก่อนให้โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 และในระยะทดลองในสัปดาห์ที่ 5 กับภายหลังการให้โปรแกรมเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated-measures analysis of variance: RANOVA) มีการตรวจสอบสถิติเบื้องต้นดังนี้

2.1 การกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก จ)

2.2 ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (การวัดซ้ำแต่ละครั้ง) ไม่แตกต่างกัน (compound symmetry) (ภาคผนวก จ)

จากการทดสอบความแปรปรวนของข้อมูล พบว่าความแปรปรวนของข้อมูลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ภาคผนวก จ) ไม่สามารถใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำได้ จึงใช้สถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์ (nonparametric) ชนิด ฟริคแมน (Friedman) แทน และทดสอบความแตกต่างรายคู่ ด้วยเนเมนยี (Nemenyi test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (single-subject time-series design) ระยะเวลาในการศึกษารวม 8 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะควบคุมและระยะทดลอง ระยะควบคุมเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ และระยะทดลองตั้งแต่สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 จนถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 รายได้รับการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ทั้งก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการศึกษานำเสนอโดยใช้รูปแบบการบรรยายและตาราง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

1. สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)

2. สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)

3. สมมติฐานข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)

4. สมมติฐานข้อที่ 4 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวทำการศึกษา 2 ระยะ คือ ระยะควบคุม และระยะทดลอง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 65.53 ปี (SD = 5.26) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 100) อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน (ร้อยละ 50) ตามตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=30)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	40
หญิง	18	60
อายุ (ปี) Mean = 65.53 , SD = 5.26		
60-69	25	83.3
70-79	4	13.3
80 -82	1	3.3
สถานภาพสมรส		
โสด	-	-
คู่	16	53.3
หม้าย	13	43.3
หย่าร้าง	1	3.3
ระดับการศึกษา		
การศึกษาภาคบังคับศาสนาอิสลาม	30	100

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ร่วมอาศัย		
คนเดียว	4	13.3
สามี/ภรรยา	11	36.67
บุตร/หลานและสามีภรรยา	15	50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย

จากข้อมูลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเป็น โรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.13 ปี (SD= 4.34) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 165.83 มิลลิเมตรปรอท (SD = 7.43) และระดับความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 92.73 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.83) มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะไขมันสูง ร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 2 ชนิด โดยได้รับยาตัวยับยั้ง แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์และยาปิดกั้นกลุ่มแคลเซียม (Angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEIs + Calcium channel blocker, CCBs) มากที่สุด ร้อยละ 63.33 ได้รับยาจำนวน 3 มื้อมากที่สุด ร้อยละ 73.33 ซึ่งจำนวนเม็ดยาที่ได้รับในแต่ละวันค่าเฉลี่ย 5.35 เม็ด (SD = 1.13) ด้านการมองเห็นพบว่าส่วนใหญ่มองไม่ค่อยชัด ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่บุคคลอื่นๆ เป็นคนจัดยาให้ ร้อยละ 83.33ตามข้อมูลตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง (ปี)(M= 7.13, SD=4.34, Min=2,Max= 15)		
2-4	13	43.3
5-10	9	30
11-15	8	26.7

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท) (M= 92.73, SD=11.83, Min= 64, Max= 109)		
64-90	12	40
91-110	18	60
ซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท) (M= 165.83, SD=7.43, Min= 154, Max= 179)		
154 – 160	10	33.3
161 – 170	12	40
171- 179	8	26.7
การรักษาที่ได้รับ		
1 ชนิด		
Calcium channel blocker (CCBs)	1	3.33
Thiazide	1	3.33
2 ชนิด		
Thiazide+Calcium channel blocker	5	16.67
ACEI+ Calcium channel blocker (CCBs)	19	63.33
3 ชนิด		
ACEI+ Calcium channel blocker (CCBs)+Thiazide	4	13.33
จำนวนมียา/วัน		
1	2	6.66
2	6	20
3	22	73.33
จำนวนเม็ดยา/วัน (M= 5.35, SD= 1.13, Min= 2, Max= 7)		
2	1	3.33
3-4	5	16.66
5-7	25	83.33

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การมาตรวจระดับความดันโลหิต และรับยาตามแพทย์นัด		
สม่ำเสมอ	21	70
ไม่สม่ำเสมอ	9	30
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไขมันในเลือดสูง	22	73.33
ไม่มี	8	26.66
การมองเห็น		
ชัดเจน (VA ซ้าย และ VA ขวา= 6/6)	5	16.66
ไม่ชัดเจน (VA ขวา 5/60 , VA ขวา 4/6)	25	83.33
การจัดยา		
จัดยาเอง	5	16.66
สมาชิกในครอบครัว	25	83.33

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งจะใช้เป็นการประเมินก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย และครั้งที่ 3 หลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสัปดาห์ที่ 8 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิต ในแต่ละช่วงเวลา ใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ตามช่วงเวลาด้วยวิธีบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni) ก่อนทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ค่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิต ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ความแปรปรวนของข้อมูลทั้ง 4 ชนิด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตามภาคผนวก จ5 - จ8) ทำให้ไม่สามารถใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำได้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกสถิติไร้พารามเมตริก (Non parametric) ที่มีความคล้ายคลึงกับการใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ แต่ไม่ต้องคำนึงถึงความแปรปรวน และระดับของตัวแปรโดยมีการนำสถิติ

ของฟริดแมน (Friedman's test) และเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยการทดสอบเนเมนยี (Nemenyi test)

สมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ หลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3

การศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตามแบบประเมินของมอริสกี เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนจากข้อมูลในแต่ละสัปดาห์ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติของฟริดแมนพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .05$) ที่ ค่าไคสแควร์ = 34.11, $df = 2$, $p < .05$ โดย ค่าเฉลี่ยอันดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในสัปดาห์ที่ 8 (Mean rank = 2.58) มากกว่า ค่าเฉลี่ย อันดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในสัปดาห์ที่ 5 (Mean rank = 1.73) และมากกว่า ค่ามัธยฐานความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในสัปดาห์ที่ 1 (Mean rank = 1.68) ดังตาราง 4

ตาราง 4

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's test ($N=30$)

สัปดาห์ที่	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean rank	Chi-square	df	p (Asym sig)
สัปดาห์ที่ 1	5.375	2.75	1.68	34.11	2	.00*
สัปดาห์ที่ 4	5.38	2.76	1.73			
สัปดาห์ที่ 8	7.98	0.06	2.58			

เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ในแต่ละช่วงสัปดาห์ แบบเนเมนยี พบว่าหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งผลการวิเคราะห์เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3 ดังตารางที่ 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ในแต่ละช่วงสัปดาห์ แบบเนเมนยี (Nemenyi test) (N=30)

เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์	q	p	แปลผล
สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	0.27	> .05	ไม่แตกต่างกัน
สัปดาห์ที่ 5 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8	4.66	< .05	แตกต่างกัน
สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8	4.92	< .05	แตกต่างกัน

* $q_{.05,87,3} = 3.39$ Level of significance $\alpha = 0.05$

การศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการนับเม็ดยา เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนจากข้อมูลในแต่ละสัปดาห์ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติของฟริดแมนพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .05$) ที่ ค่าไคสแควร์ = 37.23, $df = 2$, $p < .05$ โดย ค่าเฉลี่ยอันดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในสัปดาห์ที่ 8 (Mean rank= 2.73) มากกว่าค่าเฉลี่ยอันดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 1 (Mean rank= 1.63) ดังตาราง 6

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบรายคู่ คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการนับเม็ดยา ในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's test (N=30)

สัปดาห์ที่	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean rank	Chi-square	df	p (Asym sig)
สัปดาห์ที่ 1	87.4	11.08	1.63	37.23	2	.00*
สัปดาห์ที่ 4	87.13	11.08	1.63			
สัปดาห์ที่ 8	100	0	2.73			

เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการนับเม็ดยา ในแต่ละช่วงสัปดาห์ แบบเนเมนยี พบว่าหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งผลการวิเคราะห์เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3 ดังตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยาในแต่ละช่วงสัปดาห์ แบบเนเมนยี (Nemenyi test) ($N=30$)

เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์	q	p	แปลผล
สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	0	> .05	ไม่แตกต่างกัน
สัปดาห์ที่ 5 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8	6.02	< .05	แตกต่างกัน
สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8	6.02	< .05	แตกต่างกัน

* $q_{.05,87,3} = 3.39$ Level of significance $\alpha = 0.05$

สมมติฐานข้อที่ 2 และข้อที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ muslim ความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนจากข้อมูลในแต่ละสัปดาห์ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติของฟริดแมนพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .05$) ที่ ค่าไคสแควร์ = 54.72, $df = 2$, $p < .05$ โดย ค่าเฉลี่ยอันดับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในสัปดาห์ที่ 8 (Mean rank = 1.0) น้อยกว่า ค่าเฉลี่ยอันดับในสัปดาห์ที่ 4 (Mean rank = 2.6) และน้อยกว่าสัปดาห์ที่ 1 (Mean rank = 2.4) ตามลำดับ ดังตาราง 8

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's test ($N=30$)

สัปดาห์ที่	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean rank	Chi-square	df	p (Asym sig)
สัปดาห์ที่ 1	159.83	5.51	2.40	54.72	2	.00*
สัปดาห์ที่ 4	160.3	5.49	2.60			
สัปดาห์ที่ 8	144.73	3.49	1.00			

เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในแต่ละช่วงสัปดาห์ แบบเนเมนยี พบว่าหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งผลการวิเคราะห์เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และข้อที่ 4 ดังตาราง 9

ตาราง 9

เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในแต่ละช่วงสัปดาห์ แบบเนเมนยี (Nemenyi test) ($N=30$)

เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์	q	p	แปลผล
สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	1.1	> .05	ไม่แตกต่างกัน
สัปดาห์ที่ 5 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8	14.05	< .05	แตกต่างกัน
สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8	12.95	< .05	แตกต่างกัน

* $q_{.05,87,3} = 3.39$ Level of significance $\alpha = 0.05$

ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนจากข้อมูลในแต่ละสัปดาห์ ทั้งก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม และก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติของฟริดแมนพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .05$) ที่ค่าไคสแควร์ = 52.62, $df = 2$, $p < .01$ โดยค่าเฉลี่ยอันดับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในสัปดาห์ที่ 8 (Mean rank) เท่ากับ 1.0 น้อยกว่าค่าเฉลี่ยอันดับในสัปดาห์ที่ 4 (Mean rank=2.6) และน้อยกว่าสัปดาห์ที่ 1 (Mean rank= 2.4) ตามลำดับ ดังตาราง 10

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's test (N=30)

สัปดาห์ที่	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean rank	Chi-square	df	p (Asym sig)
สัปดาห์ที่ 1	98.8	3.34	2.40	52.62	2	.00*
สัปดาห์ที่ 4	99.06	3.32	2.60			
สัปดาห์ที่ 8	85.4	3.42	1.00			

เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในแต่ละช่วงสัปดาห์ แบบเนเมนยี พบว่าหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งผลการวิเคราะห์เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และข้อที่ 4 ดังตาราง 11

ตาราง 11

เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในแต่ละช่วงสัปดาห์ แบบเนเมนยี (Nemenyi test) (N=30)

เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์	q	p	แปลผล
สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	1.1	> .05	ไม่แตกต่างกัน
สัปดาห์ที่ 5 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8	14.05	< .05	แตกต่างกัน
สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8	12.95	< .05	แตกต่างกัน

* $q_{.05,87,3} = 3.39$ Level of significance $\alpha = 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ มีการศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันแต่มีการศึกษาต่างระยะเวลาโดยที่ระยะควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและระยะทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยที่ผู้วิจัยมีการอภิปรายผล ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องตามโครงสร้างของประชากรจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพของประชาชนคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ที่พบว่าความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี สถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 53.33 เนื่องจากกลุ่มวัยนี้เป็นวัยที่ยังมีสุขภาพร่างกายที่ยังไม่เสื่อมสภาพทางร่างกายเหมือนกับผู้สูงอายุวัยอื่น (พรพรรณ, 2555) ยังมีบทบาทและหน้าที่หลักคือการทำหน้าที่ภายในครอบครัวจึงส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ (2557) พบว่าผู้สูงอายุตอนต้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีบทบาทและภาระในหน้าที่ภายในครอบครัวจึงส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่กลุ่มนี้จะศึกษาภาคบังคับศาสนาเพียงอย่างเดียว เนื่องจากบริบทในพื้นที่ในอดีตจะมีความเคร่งครัดในศาสนาและการศึกษาภาคบังคับยังมีน้อย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วดี (2552) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาภาคบังคับ จะมีการศึกษาทางศาสนาเพียงอย่างเดียว จึงไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย มีลักษณะที่คล้ายกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ เช่นการศึกษาของชลการ (2557); รัชชชก (2555) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 165.83 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 92.73 มิลลิเมตรปรอท และจะพบโรคร่วมคือโรคไขมันในหลอดเลือดร่วมด้วย เนื่องจากบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมในพื้นที่ชอบรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของไขมัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐยา (2553) พบว่าผู้สูงอายุมุสลิมในอำเภอหนองจิก มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทไขมันเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ภาวะไขมันในหลอดเลือดจะไปเกาะติดที่ผนังหลอดเลือด เกิดการตีบของหลอดเลือดแดง ส่งผลทำให้หัวใจมีการบีบตัวและสูบฉีดเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงมากขึ้น (ศิริอร และพิเชต, 2556)

จากลักษณะที่ได้กล่าวมาข้างต้นจึงมีความสัมพันธ์กับจำนวนเม็ดยา และจำนวนมื้อยาที่ได้รับในแต่ละวัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับยาจำนวน 3 มื้อ เฉลี่ย 5 เม็ดต่อวัน มากที่สุดได้รับการ

รักษาด้วยยา 2 ชนิดคือกลุ่มยาบีบีซี แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (ACEI Inhibitor, เอ ซี อี ไอ) และกลุ่มยา ปิดกั้นการไหลเข้าของเกลือแคลเซียม (calcium-channel blocker, แคลเซียม ชันเนล บล็อกเกอร์) ร่วมกันมากที่สุด เนื่องจากการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุ จะเริ่มต้นให้การรักษาด้วยยาปิดกั้นการไหลเข้าของเกลือแคลเซียม (calcium-channel blocker) หากผู้ป่วยมีอาการของหัวใจวาย หรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหัวใจวาย ให้ใช้ยาขับปัสสาวะ และถ้าไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้จะเพิ่มยาชนิดที่ 2 คือยาตัวบีบีซี แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (ACEI Inhibitor) (พิสนธิ์, 2556) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องจากมีความพึงพอใจในการให้บริการซึ่งผลการศึกษานี้ไม่แตกต่างกันกับคูลิพร (2553) ที่พบว่าความพึงพอใจในการรับบริการส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุ ซึ่งในโปรแกรมมีการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาโดยมีสัญลักษณ์ติดเวลาในการรับประทานยาในแต่ละมื้อ ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมสามารถจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาได้ ส่งผลทำให้เกิดสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และเนื่องจาก การจัดกิจกรรมในโปรแกรมมีการบูรณาการหลักศาสนาอิสลามร่วมกับการใช้กระบวนการมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสามารถแยกประเด็นของการมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ดังนี้

ผลการศึกษาตามสมมติฐาน

การทดลองนี้มีการควบคุมตัวแปรต่างๆ เพื่อลดการเกิดตัวแปรแทรกซ้อน คือ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์มากที่สุด และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก เช่น ลักษณะตามเกณฑ์อายุ โรคร่วมต่างๆ ระดับความดันโลหิต และการได้รับยาเพิ่มในระหว่างการทดลอง และได้มีการเปรียบเทียบซ้ำในระยะทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง เพื่อทดสอบการเกิดภาวะจากการได้รับการทดสอบหลายครั้ง และมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซ้ำจากการใช้กลุ่มเดียว คือ การนำแบบประเมินการนับเม็ดยามาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาซ้ำ ร่วมกันกับแบบประเมินของมอริสกี ซึ่งผลการศึกษา พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระยะควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการศึกษาพบว่าในระยะทดลองสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 จนถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากตั้งแต่สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 มีการจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3 สามารถอภิปรายได้ดังนี้

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเนื่องจากชุดกิจกรรมในโปรแกรมได้พัฒนาจากแนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของโปรชาสกา และคณะ (Prochaska et al., 1994) ซึ่งการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมตามระยะพฤติกรรม โดยผ่าน

กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (cognitive or experiential process) และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral process) ซึ่งสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (อุมพร, 2555)

การใช้วิธีการตั้งเป้าหมาย (goal-setting) และการทำพันธะสัญญาโดยการจัดกิจกรรม “ญาติ สัญญาใจ” ใช้หลักศรัทธา และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับหลักศาสนาที่ถูกต้องในการดูแลตนเองโดยให้ผู้สูงอายุมุสลิมยกมือขอคุดาฮ์จากพระเจ้าพร้อมกัน โดยกำหนดเป้าหมายของตนเองและทำพันธะสัญญาในการดูแลตนเองตามหลักความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า เพื่อให้ตนเองสามารถปฏิบัติตามเป้าที่วางไว้ และได้ลงลายมือชื่อ พร้อมกัน ซึ่งจากกิจกรรมดังกล่าวตามหลักศาสนาแล้วถ้าการขอวิงวอนต่อพระผู้เป็นเจ้าและได้สัญญากับพระผู้เป็นเจ้าแล้วผู้ปฏิบัติจะต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด (จันจิรา, 2554) ดังนั้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิมมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น มีความรู้สึกเชื่อมั่น และมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ตามความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าที่ได้สัญญาไว้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐยา (2554) กล่าวว่า การทำพันธะสัญญา คือการกำหนดแนวทางที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของตนเอง การทำพันธะสัญญาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ และจะนำไปสู่การประเมินความสามารถของตนเอง (รุ่งนภา, 2555)

การใช้ความสัมพันธ์เชิงช่วยเหลือและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม (อุมพร, 2555) เป็นการเอื้อให้พฤติกรรมใหม่เกิดง่ายขึ้น โดยมีการช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ เจ้าหน้าที่และครอบครัวให้กำลังใจและกระตุ้นเตือน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการจัดกิจกรรม “ร่วมทำสร้างเนียบดี” และกิจกรรม “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องกินยาความดัน” กับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ และกระตุ้นเตือนการรับประทานยาสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาได้ ซึ่งครอบครัวเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (อุษณีย์, 2549) จากการศึกษาพบว่าในระหว่างที่ญาติผู้ดูแลได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการจัดยาให้ผู้สูงอายุได้กล่าวกับญาติว่า “แม่ต้องการให้ลูกสนใจแม่แบบนี้แต่แม่ก็เข้าใจว่าลูกไม่มีเวลา ต่อไปถ้ามีแผนยาใช้ที่บ้านแม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในการกินยาเอง ไม่ต้องพึ่งลูกอีกต่อไป” และจากการโทรศัพท์ติดตามการรับประทานยาที่บ้านทั้งกับญาติและผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุดีใจ ที่เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจติดตามอาการเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่โทรศัพท์ติดตามบ่อยๆ และในระหว่างการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุได้โทรศัพท์ติดต่อสอบถามอาการเกี่ยวกับการรับประทานยากับเจ้าหน้าที่พยาบาลเอง ซึ่งการพูดคุย ให้กำลังใจให้ความสนใจเรื่องราวผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่นซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของชลการ (2557) พบว่าการให้กำลังใจ ให้ความสนใจเอาใจใส่ในผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากกิจกรรมความสัมพันธ์เชิงช่วยเหลือทางสังคมด้วย

วิธีการต่างๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ จึงส่งผลการส่งเสริมสมรรถนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

จากการทำกิจกรรมข้างต้นที่ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกาและคณะ พบว่าสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่มีการใช้ ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกา และคณะ ในกลุ่มโรคต่างๆ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ได้ เช่น จากผลการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของนิซาพัฒนา และคณะ (2556) ประสิทธิภาพของการประยุกต์ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการเลิกบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของ เบญจมาศ และคณะ (2555) และผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของดวงตา (2552) และได้มีการศึกษาเพิ่มเติมผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุมุสลิม ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของนุริซัน (2557) โดยใช้หลักศรัทธาในศาสนาอิสลามบูรณาการในโปรแกรม พบว่า ภายหลังการทดลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม

นอกจากการใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการต่างๆ ที่เป็นข้อสรุปจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงอภิมานของคอนและคณะ (Conn et al., 2009) พบว่าการใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดูแลรักษา และยารักษาโรคความดันโลหิตสูง จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การให้ครอบครัว และเจ้าหน้าที่กระตุ้นเตือน และการมีปฏิทินการรับประทานยาแต่ละครั้ง สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ ซึ่งจากการศึกษาของแบกเวล (Bagwell, 2013) พบว่าความเชื่อทางสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กันกับหลักความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต ถ้าบุคคลมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ คอนและคณะ (Conn et al., 2009) และ ฮาซึฮาซานอกลูและ โกซุม (Hasihasanoglu & Gozum, 2011) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การลดอุปสรรคของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วย ด้วยภาษาที่อ่านได้ง่าย ชัดเจน ระบุเวลาในการรับประทานยาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาร์มสตรอง (Armstrong, 2010) ที่พบว่าการใช้สิ่งกระตุ้นเตือนการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้ภาพแทนสัญลักษณ์การรับประทานยาในแต่ละมื้อสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกเวลาในการรับประทานยาในแต่ละมื้อได้ (บวรรัตน์ และสงวน, 2557)

นอกจากนี้การจัดทำแนวทางการจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลได้ให้ข้อมูล และกระตุ้นเตือนอ่านให้ผู้ป่วยฟัง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น (Bagwell, 2013) และในปฏิทินการรับประทานยา มีการจัดทำกระตุ้นเตือนการรับประทานยาตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลาม ซึ่งผู้ป่วยมุสลิมจะมีหลักการดำเนินชีวิตอยู่ในหลักการของศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด (ทิพย์วดี, 2552) จึงเป็นแรงกระตุ้นทำให้เกิดพฤติกรรมมารับประทานยาเพิ่มมากขึ้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาของอริรัตน์ (2557) พบว่าการให้ข้อมูลข่าวสารโดยครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนในการดูแลจัดการสุขภาพ ร่วมกันกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และจากการศึกษาเพิ่มเติมของฮาซิกฮาซานอกูและโกซุม (Hacihanoglu & Gozum, 2011) พบว่าการติดตามให้กำลังใจทางโทรศัพท์โดยการสอบถามข้อมูลอาการและอาการแสดง ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนรรัตน์และคณะ (2549) พบว่า การติดตามทางโทรศัพท์มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ภายในโปรแกรมผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามการกล่าวทักทายแบบมุสลิม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ การซักถามปัญหา และอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานยา และการให้กำลังใจส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามพันธะสัญญาที่วางไว้ และให้คำปรึกษา กล่าวชมเชยให้กำลังใจทุกครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม และต่ำกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมตามสมมติฐานข้อที่ 2 และข้อที่ 4 อธิบายได้ว่า

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมส่งผลต่อการลดลงของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาเม็ดโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับยาแองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติ้ง เอนไซม์ (ACEI Inhibitor) จะถูกดูดซึมได้เร็วจากทางเดินอาหาร (ณัฐวธ, 2553) เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง และสามารถออกฤทธิ์ได้นาน 6-9 ชั่วโมง การใช้ยาดังนี้สามารถประเมินระดับความดันโลหิตเพื่อปรับขนาดของยาเต็มทีหลังจากการใช้ยา 3-6 สัปดาห์ (คณาจารย์ภาคเภสัชวิทยา, 2545) ยาปิดกั้นการไหลเข้าของเกลือแคลเซียม (calcium-channel blocker) ยาจะดูดซึมได้สมบูรณ์หลังจากรับประทานออกฤทธิ์ภายใน 30-60 นาที สามารถอยู่ได้นาน 1-64 ชั่วโมง เมื่อให้ยาคิดต่อกันจะทำให้ฤทธิ์ของยาอยู่ได้นานมากยิ่งขึ้น ซึ่งการรักษาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะส่งผลต่อการลดระดับความดันโลหิตมากที่สุด และควรประเมินผลของการรักษาทุก 1 เดือนเพื่อปรับขนาดยาตามระดับความดันโลหิต

(แนวปฏิบัติโรคความดันโลหิตสูง, 2555) เมื่อผู้สูงอายุ muslim มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ muslim ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงของลอและคณะ (Lau et al., 2010); มันทอร์และคณะ (Muntner et al., 2011) ที่พบว่าระยะเวลาการทดลองประสิทธิภาพของยาที่ได้ผลมากที่สุดคือ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพราะมีความสอดคล้องกับกลไกการออกฤทธิ์ของยาโรคความดันโลหิตสูงซึ่งส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์หลังการใช้ยาประมาณ 3-6 สัปดาห์ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุ muslim มีการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในสัปดาห์ที่ 8 ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ตามสมมติฐานข้อที่ 2 และข้อที่ 4

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มใช้ระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยวัดผล 2 ระยะ คือ ระยะควบคุมสัปดาห์ที่ 1 จนถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 และระยะทดลอง ในสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 จนถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุมุสลิมที่มารับการรักษาที่ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ตอนล่างแห่งหนึ่ง จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2557- ธันวาคม 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีส่วนประกอบของเครื่องมือ ดังนี้ คือ 1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ 3) ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ 4) เครื่องวัดความดันยี่ห้อออมนอน 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและหาความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ระดับความเชื่อมั่น 0.9

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยอธิบายดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 จนถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 โดยไม่ได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เพื่อป้องกันการส่งผลในระยะทดลอง เมื่อนัดมาพบในระยะทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการทดลอง และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมและถอนตัวออกจากวิจัย ได้ทำการทดลองในสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4-สัปดาห์ที่ 8 และนำผลการวิจัยมาวิเคราะห์ความแตกต่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในระยะควบคุมและระยะทดลองโดยใช้สถิติฟริดแมน (Friedman test) และเปรียบเทียบเป็นรายคู่โดยใช้ทดสอบแบบ เนเมนยี (Nemenyi test)

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)
2. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)
4. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการติดตามทางโทรศัพท์ซึ่งสำหรับบางพื้นที่ที่สัญญาณโทรศัพท์ไม่เอื้ออำนวยต่อการติดต่อทำให้ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ในกลุ่มตัวอย่างบางคน ซึ่งทำให้ติดต่อทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่างบางคนล่าช้า
2. ในขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ทั้งก่อนและหลังการทดลอง แต่ได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดความลำเอียงจากผู้วิจัย โดยการบันทึกข้อมูลการนับเม็ดยาที่เหลือและได้รับในแต่ละครั้งโดยมีผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและผู้วิจัยนำมาคำนวณความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้นส่งผลต่อระดับความดันโลหิตลดลง มีข้อเสนอแนะในการนำผล การวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลที่แผนกดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถศึกษาขั้นตอนต่างๆ ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในครั้งนี้และนำไปใช้กับผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ เนื่องจากโปรแกรมมีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จัดทำตามระยะพฤติกรรมและนำมาบูรณาการกับหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม เน้นให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเข้าใจในหลักศาสนาที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเอง ซึ่งเป็นหลักความเชื่อและยึดถืออย่างเคร่งครัดในผู้สูงอายุมุสลิม และส่งผลต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ สามารถนำรูปแบบปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ได้ตามรูปแบบปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ เนื่องจากใช้ง่าย สะดวก เห็นได้ชัดเหมาะสมกับผู้สูงอายุมุสลิม แต่สำหรับบริบทบางพื้นที่ ที่มีข้อจำกัดในการจัดหาซื้ออุปกรณ์ในการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ สามารถปรับวัสดุอุปกรณ์ให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ได้ แต่ลักษณะสำคัญที่ต้องมีในปฏิทินคือสามารถใส่ชื่อยาครบ 30 วัน และควรใช้ลักษณะสัญลักษณ์ของยาที่เหมือนกับการศึกษาในครั้งนี้เนื่องจากเป็นสัญลักษณ์ที่ผ่านการทดสอบมาแล้วว่าผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือสามารถเข้าใจในได้ และสามารถส่งผลความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอส่งผลต่อระดับความดันโลหิตลดลง

ด้านบริหาร

1. ผู้บริหารควรส่งเสริมในการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีการประสานงานกับหน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในชุมชน โดยใช้งบประมาณสนับสนุนการจัดทำปฏิทินการรับประทานยากับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุก่อน

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. การศึกษางานวิจัยในครั้งนี้มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ซึ่งยังพบว่าในบางพื้นที่ ผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้มีเป็นจำนวนมาก จึงควรมีการศึกษาทั้งกลุ่มที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ร่วมด้วย

2. ควรนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไปศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ และโรคเอดส์ เนื่องจากโรคเรื้อรังทุกโรคมีความจำเป็นที่ต้องมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (3 อ. 2ส.) ของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติสำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร.
- คณะทำงานวิชาการและวิจัย สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีศาสนาด้านอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: โรคเรื้อรัง (หัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คณาจารย์ ภาควิชาเภสัชวิทยา. (2545). *เภสัชวิทยา (ฉบับปรับปรุงใหม่)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เทกซ์แอนด์เจอร์นัล.
- จุฬารัตน์ ภัฏญาคำ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, อรอนงค์ วลีขจรเลิศและเบญจพร ศิลารักษ์. (2012). คุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด. *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 11-12(2), 61-71.*
- จันจิรา ทรงเต๊ะ. (2554). *พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3. การค้นคว้าอิสระสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.*
- ชลการ ชายกุล. (2557). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- ฐานิชญาน์ หาญนรงค์. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- ดวงตา สุวรรณรัตน์. (2552). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับ ประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร*

- มหาวิทยาลัย สาขากายภาพบำบัดผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ณัฐยา มุกดารัตน์. (2553). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัดเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ณัฐวุธ สิบหมู่. (2553). *เกสรชีวิตยา: เนื้อหาสำคัญและแบบฝึกหัด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โฮลิสติก แพ็บลิชชิง จำกัด.
- ณิชาพัฒน์ เรื่องสิริวัตก์, ปาหนัน พิษยภิญโญ, และสุณีย์ ละกำป็น. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 74-87.
- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ. (2552). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพกรีดยาง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัดเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทัศนีย์ ชันทอง. (2555). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน*. วิทยานิพนธ์นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัดเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทิพย์วดี พันธภาค. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัดผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นุรีซัน กะรีโย. (2557). *ผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัดเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- นงลักษณ์ อิงคมณี. (2553). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัดผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- นรรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน, และอัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2549). ผลการเตือนทางโทรศัพท์ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(2), 89-97.
- เบญจมาศ บุญยะวัน, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร กลัมพากร, และนันทวิช ลิทธิรักษ์. (2555). ประสิทธิภาพของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 19(2), 88-102.
- บวรรัตน์ อังสุวรรณากุลและสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2557). การพัฒนาฉลากภาพสำหรับผู้ป่วย ที่ไม่รู้หนังสือ ตอนที่ 1: วิธีการรับประทานยาเม็ด. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 6(1), 41-60
- ปาริชาติ โรจน์พลากรและยุวดี ฤาษา. (2549). สถิติ สำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ และการใช้ โปรแกรม SPSS for Windows. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุกทอง จำกัด.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ประสาร เปรมะสกุล. (2551). ลดความดันเลือด ด้วยตนเอง (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: หจก. อรุณการพิมพ์.
- โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรังโรงพยาบาลโลกโพธิ์. (2556). [online]. ค้นหามาเมื่อ 3 พฤษภาคม 2556.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พิสนธิ์ จงตระกูล. (2556). การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อการจัดการโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
- เพ็ญภา มะหะหมัด. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ กิจกรรมทางกายสำหรับสตรีมุสลิมที่มีภาวะเมตาบอลิกซิมโครม. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ไพเราะ ประทุมพร. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับพฤติกรรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- พรรณธร เจริญกุล. (2555). *การดูแลผู้สูงอายุ: การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การดูแลและการฟื้นฟูสุขภาพในผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท รุ่งแสงการพิมพ์ จำกัด.
- รุ่งนภา ลีมลิจิต. (2555). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รักษชนก ทองศิลป์. (2555). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลป่าเป้า จังหวัดเชียงราย*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ลลิตา ยะฝา. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศิริลักษณ์ ถุงทอง. (2557). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศิริอร สิ้นธุและพิเชตวงรอด. (2556). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
- ศุทธิพร สร้อยแก้ว. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สถิติสาธารณสุข ปี 2541 - 55 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ค้นหามือ 20 กรกฎาคม 2556. at <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?Mod=bps&doc=5>
- สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดปัตตานี. (2556). ค้นหามือ 3 พฤษภาคม 2556 at <http://www.chronic.sasukpattani.com/>.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: มปป.

- สุภารัตน์ คลื่นแก้ว. (2552). *ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานประจำปี 2555*. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อารีรัตน์ คมสวน. (2557). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- อุมาพร บุญญโสพรรณ. (2555). *แนวคิดระยะการเปลี่ยนแปลง*. ใน ศิริพร ขัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี (บรรณาธิการ), *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ.
- อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2549). *การสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวไทย*. สงขลา: ลิมบราเคอร์ การพิมพ์.
- อิสมาอีลดูดีฟี จะปะกียา. (2556). *คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักศาสนาอิสลาม (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. ปัตตานี: สำนักเลขานุการ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา.
- Allaire, B .T., Trogon, J .G., Egan, B. M., Lackland, D .T., Masters, .D & Park, .T. (2011). *Measuring the IMPACT OF Continuing Medical Education Program on Patient Blood Pressure. Hypertension, 13(7), 22-45.*
- Armstrong, A .K. (2010). *The relationship of personal characteristic, behavioral capability, environmental factors, and hypertension medication adherence in African American adults with metabolic syndrome*: University Georgia state.
- Bagwell, D .K. (2013). *The effect of self-efficacy on compliance with medical regimens: a meta-analysis*: College D'Youville.
- Breaux-shropshire, T. (2010). *Self-Blood Pressure Monitoring, Stage of Change, Medication Adherence, self-Efficacy And Blood Pressure Control in Hypertensive workers*: University Albama at Birmingham.

- Cheng, E. M., Cunningham, W.E., Towfighi, A., Sanossian, N., Bryg, R. J., Anderson, L., Guterman, J. J., Gross-Schulman, S. G., Beaney, S., Jones, A. S., Liu, H.H., Ettner, S. L., Saver, J. L., & Vickrey, B. G. (2012). Randomized Controlled Trial of an Intervention to Enable Stroke Survivors Throughout the Los Angeles County Safety Net to “Stay With the Guidelines”. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes manuscript available in (PMC), March 1, 4(2), 229–234.*
- Conn, V.S., Hafidahl, R.A., Cooper, S. P., Ruppert, M. T., Mehr, R. D., & Russell, L. C. (2009). Intervention to improve medication adherence among older adult: Meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trial. *The Gerontologist, 49(4), 447-462.*
- Dalem, J. V., Krass, I. & Aslani, P. (2012). Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines: Review article. (*Int J Clin Pharm*), 34, 295–311.
- Feng, C. C. (2009). *Influence of Health Beliefs, Gender, Income, and Family/Social Support on Compliance with Hypertensive Therapeutic Regimens Among Chinese Immigrants in the United States*. MD: The university catholic of America.
- Glopal, K. K. (2006). *100 Statistic test* (Third edition Publish). SAGE publications Ltd, : London
- Grant, A. M. (2013). *Hypertension knowledge, expectation of care, social support and adherence to prescribed medications of African Americans with hypertension framed by the Roy adaptation model*. MD: The university city of New York.
- Hacihanoglu, R. & Gozum, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviors and B Mlina primary health care setting. (*Journal of Clinical Nursing*), 20, 692-705.
- Jone, D. (2005). *Pharmaceutical Statistic* (2nd ed). Published by the Pharmaceutical Press: Great Britian.
- Joint National Committee VIII. (2014). *Evidence-base guideline for the management of high blood pressure in adults report from the panel members appointed to the Eight Joint National Committee* Retrived from:<http://www.jama.jamanetwork.com>.
- Justin, S. (2013). *Pilot Study of a Somatosensory Intervention to Improve Medical Adherence in Patients with Uncontrolled Hypertension*. University Yale.
- Krousel-Wood M. A. , & Frohlich, E D. (2010). Hypertension and Depression: Coexisting Barriers to Medication Adherence. *The Journal of Clinical Hypertension, 12(17), 481-486.*

- Lau, R., Stewart, K., McNamara, K. P., Jackson, S. L., Hughes, J. D., Peterson, G. M., Bortoletto, D. A., McDowell, J., Bailey, M. J., Hsueh, A., & George, J. (2010). Evaluation of a community pharmacy-based intervention for improving patient adherence to anti-hypertensives: a randomised controlled trial. *Lau et al. (BMC). Health Services Research*, 10(34), 2-7.
- Muntner, P., Halanych, J.H., Reynolds, K., Durant, R., Vupputuri, S., Sung, V., W. Meschia, J.F., Howard, V.J., Safford, M. M. & Krousel-Wood, M. (2011). Low Medication Adherence and the Incidence of Stroke Symptoms among Individuals With Hypertension: The REGARDS Study. *The Journal of Clinical Hypertension*, 13(7), 479-486.
- National Stroke Association. (2010). Retrieved from <http://www.stroke.org>
- Neafsey, P. J., Anderson, E., Coleman, C., Lin, C. A., M'lan, C. E., & Walsh, S. (2009). Reducing adverse self-medication behaviors in older adults with the Next Generation Personal Education Program (NEP-NG): Design and methodology. *This article has been cited by other articles in (PMC)*, August 25.
- Prochaska, J.O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing For Good: A Revolutionary Six-state Program For Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: Avon Books.
- Rose, G. L., MacLean, C. D., Skelly, J., Badger, G. J., Ferraro, T. A. & Helzer, J. E. (2010). Interactive Voice Response Technology Can Deliver Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Care. *(J Gen Intern Med)*, 25(4), 340–344.
- Sarah, I. (2013). *Evaluation of a text messaging intervention for patients with tuberculosis in Argentina*. The university of Utah.
- Svarstad, B. L., Kotchen, J. M., Shireman, T. I., Crawford, S. Y., Palmer, P. A., Vivian, E. M. & Brown, R. I. (2009). The team Education and adherence Monitoring World Health Organization. (2012). New data highlight increases in hypertension, Diabetes incidence. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

(สำหรับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง)

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันทนางนันทิกานต์ หวังจิ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิต ในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติและได้รับเลือกให้เป็นตัวแทนในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัย โดยท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับการประเมินตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยา วัดความดันโลหิต จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับโปรแกรมใน สัปดาห์ที่ 1 และครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 โดย 4สัปดาห์แรกท่านจะได้รับคำแนะนำและการรักษาพยาบาลตามปกติจากโรงพยาบาล และครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 จนถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ท่านจะได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากท่านเกิดข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการทำวิจัย ท่านสามารถลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือไม่ประสงค์ลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันทนางนันทิกานต์ขอขอบคุณมากค่ะที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ทุกครั้งที่พบกับผู้วิจัย หรือติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางนันทิกานต์ หวังจิ ได้ที่ โรงพยาบาล โลกโพธิ์ อำเภอ โลกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์ 089-4672334

ข้าพเจ้าเข้าใจการพิทักษ์สิทธิของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้นเป็นอย่างดีและ
ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ข

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size)

$$\text{Effect size} = \frac{\bar{x}_C - \bar{x}_E}{\sqrt{\frac{SD_C^2 + SD_E^2}{2}}}$$

X_C คือ ค่าเฉลี่ยในระยะควบคุม

X_E คือ ค่าเฉลี่ยในระยะทดลอง

SD_C คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะควบคุม

SD_E คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะทดลอง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2008) และคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของนงลักษณ์และคณะ (2553) เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โคเฮน (Cohen, 1988 cite in Polit & Beck, 2008)

$$\begin{aligned} \text{Effect size} &= \frac{8.00 - 6.38}{\sqrt{\frac{1.20^2 + 0.00}{2}}} \\ &= \frac{1.62}{\sqrt{\frac{1.20}{2}}} \\ &= 0.95 \end{aligned}$$

จากการคำนวณ effect size ได้ขนาด 0.95 ซึ่งมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ให้ความรู้รายบุคคล รายกลุ่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาในการรับประทานยา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก้ไขปัญหาในการรับประทานยาและวิธีการแก้ไขปัญหาที่พบในชีวิตประจำวันได้รับคู่มือการแก้ไขปัญหาและแบบบันทึกการรับประทานยาขณะอยู่ที่บ้าน แต่การศึกษานี้มีตัวแปร ที่ศึกษาแตกต่างกัน คือ การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการ โดยการใช้ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ และใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง

เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาความดันโลหิตสูง วิดีโอบุคคลตัวอย่างในระยะที่ 5 ที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือน พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานยา ผู้วิจัยจึงลดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 เพื่อเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปิดตารางของ โคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 25 ราย ผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 ราย

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

แบบสอบถามการใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 คำถามแบ่งระยะพฤติกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของ Morisky score

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระดับความดันโลหิตและบันทึกจำนวนเม็ดยา

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ด้านหน้าข้อที่มีความตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาของท่านมากที่สุด

ท่านได้ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร

1. ท่านยังไม่คิดที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพราะคิดว่ายาไม่ได้มีความสำคัญมากในการรักษา
2. ท่านยังรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและคิดว่าจะเริ่มรับประทานยาให้ครบและต่อเนื่องใน 6 เดือนข้างหน้า
3. ท่านเริ่มคิดจะรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ภายในเร็วๆ นี้ ไม่เกิน 1 เดือน
4. ท่านได้ลงมือปฏิบัติรับประทานยาต่อเนื่องแล้วแต่ยังไม่ถึง 6 เดือน
5. ได้ปฏิบัติอย่างจริงจังนานกว่า 6 เดือนแล้ว

ส่วนที่ 2 คำชี้แจง: กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน □ และเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ
 - หญิง ชาย
 2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
 3. สถานภาพสมรส
 - โสด คู่
 - หม้าย หย่า/แยก
 4. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
 - ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี การศึกษาภาคบังคับศาสนาอิสลาม
 5. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ
 - อยู่คนเดียว
 - สามี/ภรรยา
 - บุตร/หลาน
 6. ระยะเวลาที่รักษาโรคความดันโลหิตสูง.....ปี
 7. ระดับความดันโลหิต 3 ครั้งติดต่อกัน คือ ครั้งที่ 1.....ครั้งที่ 2.....ครั้งที่ 3.....
มิลลิเมตรปรอท (ประเมินใน OPD card ก่อนมารับการรักษาในครั้งนี ติดต่อกัน 3 ครั้ง)
 8. ท่านมาตรวจระดับความดันโลหิต และรับยาตามแพทย์นัดอย่างไร
 - มาสม่ำเสมอ มาไม่สม่ำเสมอ อื่นๆ.....
 9. โรคประจำตัวอื่นๆ ไม่มี
 - มี เช่น โรคไต ค่า GFR 60 เบาหวาน โรคหัวใจ
 - อื่นๆ ระบุ.....
 10. ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงและโรคร่วมอื่นๆ ที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ระบุจำนวน ชื่อ ยานานาเวลาและวิธีใช้ยา (ประเมินจากประวัติการรับยาล่าสุด)
-
-
-
-

11. จำนวนครั้งและระยะเวลาที่แพทย์นัดท่านมาตรวจระดับความดันโลหิตและรับการรักษาความดันโลหิตสูง โปรดระบุจำนวน.....ครั้ง/ใน 3 เดือน (ใน 3 เดือนมาก็ครั้ง)
12. ความพึงพอใจของสถานบริการในการมารับบริการแต่ละครั้ง
- พึงพอใจ ไม่พึงพอใจ (ระบุ).....
13. การมองเห็น ชัดเจน ไม่ชัดเจน
14. ใครเป็นผู้จัดยาให้ จัดเอง คนอื่น (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาของมอริสกี (MMAS-8-ITEM)		
ท่านได้บอกว่าท่านกำลังกินยาเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูงของท่าน บุคคลต่างๆ ที่กินยา กล่าวถึงหลายปัญหาในส่วนของพฤติกรรมกรรมการกินยาของพวกเขา เราจึงสนใจในประสบการณ์การกินยาของท่าน ไม่มีคำตอบที่ผิดหรือถูก โปรดตอบคำถามแต่ละข้อโดยอิงกับประสบการณ์ส่วนตัวของท่านในการกินยารักษาโรคความดันโลหิตสูง		
กรุณาทำเครื่องหมายถูกในช่องที่อยู่ใต้คำว่า 'ใช่' หรือ 'ไม่ใช่' ของแต่ละคำถาม		
	ไม่ใช่	ใช่
1. บางครั้งท่านลืมกินยาเม็ดสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงของท่านใช่หรือไม่		
2. ส่วนใหญ่การลืมกินยาเป็นเรื่องปกติ ท่านนึกทบทวนดูในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่ท่าน ไม่ได้กินยาของท่านใช่หรือไม่		
3. เมื่อท่านกินยา แต่ท่านรู้สึกว่ามีอาการแสบ ท่านเคยลดขนาดยาหรือหยุดกินยาของท่าน โดยไม่ได้แจ้งให้แพทย์ของท่านทราบใช่หรือไม่		
4. เมื่อท่านเดินทางหรือออกจากบ้าน บางครั้งท่านลืมนำยาของท่านไปด้วยใช่หรือไม่		
5. เมื่อวานนี้ท่านได้กินยาของท่านใช่หรือไม่		
6. เมื่อท่านรู้สึกเหมือนโรคของท่านอยู่ภายใต้การควบคุม บางครั้งท่านหยุดกินยารักษาโรคของท่านใช่หรือไม่		
7. สำหรับบางคน การกินยาทุกวันเป็นสิ่งที่ไม่สะดวกอย่างยิ่ง ท่านเคยรู้สึกว่า การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาโรคของท่านมีความยุ่งยากใช่หรือไม่		

8. บ่อยแค่ไหนที่ท่านมีความลำบากในการจดจำการกินยาทั้งหมดของท่าน

กรุณาทำเครื่องหมายถูกในช่องที่ถูกต้อง

- ไม่เคย/แทบไม่เคย (1)
- นานๆ ครั้ง (0.75)
- บางครั้ง (0.5)
- เป็นประจำ (0.25)
- ตลอดเวลา (0)

การแปลผลคะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ให้รวมทั้ง 2 ส่วน

8 คะแนน แสดงว่าผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก

6 - (<8) คะแนน แสดงว่าผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง

น้อยกว่า 6 คะแนน แสดงว่าผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระดับความดันโลหิตและบันทึกจำนวนเม็ดยา

ครั้งที่ 1, สัปดาห์ที่ 1	ครั้งที่ 2, สัปดาห์ที่ 4	ครั้งที่ 3, สัปดาห์ที่ 8
BP =	BP =	BP =
มาครั้งที่ 1 ยาคงเหลือทั้งหมดtab ยาสูญหาย.....tab ตกหล่น.....tab	มาครั้งที่ 2 ยาคงเหลือทั้งหมดtab ยาสูญหาย.....tab ตกหล่น.....tab	ยาคงเหลือทั้งหมดซอง 1. ยาเข้าเหลือ.....ซอง 2. ยาเย็นเหลือ.....ซอง 3. ยาก่อนนอนเหลือ.....ซอง ยาสูญหาย.....ซอง ยาตกหล่น.....ซอง
รายการยา HT ที่ได้รับ ทั้งหมด/tab 1...../tab 2...../tab 3...../tab 4...../tab 5...../tab 6...../tab 7...../tab รวมเม็ดยาทั้งหมดที่ได้รับtab ยาที่จัดเหลือ.....tab	รายการยา HT ที่ได้รับทั้งหมด/ซอง 1. ยาเข้า...../ซอง 2. ยาเย็น...../ซอง 3. ยาก่อนนอน...../ซอง รวมซองยาทั้งหมดที่ได้รับซอง	

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวทางการใช้โปรแกรม
2. แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้

1. แนวทางการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

คำชี้แจงการใช้โปรแกรม

ชื่อ โปรแกรม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

บทนำ

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ เป็นชุดกิจกรรมที่จัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยในโปรแกรมมีการนำแนวคิด ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกาและคณะ มาใช้ในการจัดกิจกรรมร่วมกับบูรณาการหลักคำสอนทางศาสนาอิสลาม มาประกอบการใช้ในโปรแกรมเพื่อให้มีความสอดคล้องตามหลักความเชื่อ ทางศาสนาและวัฒนธรรม โดยมีการเลือกกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมที่เริ่มคิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอแล้ว แต่ยังไม่ครบ 6 เดือนหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 4 เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความต้องการในการช่วยเหลือทางการแพทย์เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกาและคณะ กล่าวว่า บุคคลมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแตกต่างกัน ซึ่งกระบวนการที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมี 2 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด และ 2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โปรชาสกาและคณะ มีความเชื่อว่าบุคคลมีระยะพฤติกรรมที่แตกต่างกันและควรจัดกิจกรรมให้เหมาะสม ในแต่ละระยะพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้คือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาในครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงมุสลิมความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และเริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะที่ 3 และผู้สูงอายุมุสลิมที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแล้ว แต่ยังไม่ครบ 6 เดือน ในระยะที่ 4 และได้นำแนวคิดหลักศรัทธาในผู้ป่วยมุสลิม และแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม มาประยุกต์ใช้กับแนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการจัดกิจกรรม เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่

ได้นำแนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ได้ ทางผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกปฏิบัติ และเป็นแรงเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยในโปรแกรมมีการประยุกต์ทฤษฎีต่างๆ มาใช้ตามกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ กิจกรรมประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง การทำพันธะสัญญาร่วมกันโดยบูรณาการหลักคำสอนในศาสนาอิสลาม เพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมเกิดความเชื่อที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือทางสังคม (helping relationships) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นบุคคลที่เริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแล้ว กิจกรรมที่สำคัญสำหรับบุคคลกลุ่มนี้คือการใช้แรงสนับสนุนในทุกๆ ด้านเพื่อให้บุคคลกลุ่มนี้มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง โดยมีการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดทำปฏิทินยาาร่วมกัน มีการจัดทำคำถามและคำตอบเกี่ยวกับการรับประทานยา การทำพันธะสัญญาและการจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และที่สำคัญมีการประยุกต์ใช้บูรณาการหลักคำสอนในศาสนาอิสลามโดยการกระตุ้นเตือน วิธีการ คือ ดิคำสำคัญในการดูแลสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลามในปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ และมีการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคการรับประทานยา ให้กำลังใจ และพูดเน้นย้ำเกี่ยวกับเป้าหมายที่ได้วางไว้ร่วมกันเพื่อดูแลสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม ตามความประสงค์ของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของชีวิตนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ ให้มีความสอดคล้องตามหลักความเชื่อและวัฒนธรรม
2. เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้
3. เพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
 2. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง และมารับบริการตรวจรักษาที่ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในช่วงเดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557
 3. เป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษา ได้ คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในช่วง 150-179 มิลลิเมตรปรอท และระดับไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 90-109 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้ง ซึ่งประเมินจากจำนวนครั้งที่มารับบริการที่ผ่านมาย้อนหลัง 3 ครั้ง
 4. เป็นผู้ที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องจนถึงเดือนล่าสุดก่อนได้รับการทดลอง
 5. มีประวัติรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอและมีพฤติกรรมที่เริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา (ประเมินจากแบบสอบถามขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)
 6. มีประวัติรักษาด้วยยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอแล้วแต่ยังไม่ครบ 6 เดือน (ประเมินจากแบบสอบถามขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)
 7. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ค่าอัตราการกรองของไต (*glomerular filtration rate*, GFR) มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ยกเว้น ถ้าอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 60 แต่ค่าตรวจโปรตีนในปัสสาวะ (*microalbumin*) ต้องมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30
 8. ไม่มีโรคร่วมที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง
 9. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยและภาษามลายูได้
 10. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน
 11. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
- ผู้ใช้โปรแกรม
 พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนประกอบของโปรแกรม

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แนวทางการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ตั้งแต่วิธีการ ขั้นตอนในการจัดทำโปรแกรม แผนภูมิการใช้โปรแกรม เครื่องมือและอุปกรณ์ พร้อม การนัดผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง

2. แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ ในผู้สูงอายุนะยะที่ 3 และระยะที่ 4 โดยมีการจัดกิจกรรมตามขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะที่ 3 และระยะที่ 4

3. ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ โดยในปฏิทินการรับประทานยา มีการส่งเสริมการดูแลตนเองเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยมี

3.1 ยาแต่ละหน่วยการใช้ในแต่ละมือและแต่ละวัน จำนวนมือมีการติดสัญลักษณ์เพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่สามารถอ่านหนังสือ หรือจำเกี่ยวกับเวลาในการรับประทานยา ได้สามารถหยิบยาจัดการดูแลด้วยตนเองได้ โดยในแต่ละซองจะมียาที่รับประทานช่วงเช้าทั้งหมด มีกีชนิด ตามแต่ละวันจะมีการติดสัญลักษณ์พระอาทิตย์ขึ้น ยาช่วงเย็นจะมีการติดสัญลักษณ์พระอาทิตย์ตกเย็นและยาก่อนนอนจะมีการติดสัญลักษณ์รูปนอน โดยที่จะติดตามวันที่ครบทั้งเดือนเพื่อ การจัดการตนเอง และเพื่อการกระตุ้นเตือนในการรับประทานยา

3.2 มีการติดความสำคัญในการดูแลตนเองตามหลักศาสนาอิสลามเพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา เนื่องจากหลักคำสอนในศาสนาเป็น สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่ผู้ป่วยมุสลิมต้องมีการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

3.3 พันธะสัญญาร่วมกันและวิธีการจัดการกับตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการ รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ใช้วิธีการ ตั้งคำถามและคำตอบ ในการจัดการกับตนเองและประเมินอาการของตนเองเบื้องต้น จนกระทั่งมา รับการรักษาที่โรงพยาบาล

ระยะเวลาในการจัดทำโปรแกรม

จัดกิจกรรมในช่วงเช้าเวลา 8.00 น.- 12.00 น. ก่อนผู้ป่วยพบแพทย์ และหลังจาก ผู้ป่วยพบแพทย์

สถานที่จัดกิจกรรม

ศูนย์การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

ส่วนที่ 2 รายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมเจ้าหน้าที่โดยเตรียมพยาบาลคนที่ 1 และพยาบาลคนที่ 2 ในการจัดโปรแกรมแต่ละระยะพฤติกรรมดังนี้

1.1.1 เตรียมพยาบาลคนที่ 1 (ผู้วิจัย) ในการจัดทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอนว่ามีอะไรบ้างโดย

พยาบาลคนที่ 1 ทำหน้าที่ในการประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษป้องกันและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ให้ชมวิดีโอบุคคลตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลตนเองและคัดเลือกผู้ป่วยในระยะที่ 4 ให้กับพยาบาลคนที่ 2 ซึ่งพยาบาลคนที่ 1 จะให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะที่ 3 ในกิจกรรมที่ 1 คือ กิจกรรม “ญาติ สัญญาใจ” และให้ผู้ป่วยไปรับยา มารวมกันกับผู้ป่วยในระยะที่ 4 และทำกิจกรรมร่วมกันทั้งผู้ป่วยในระยะที่ 3 และผู้ป่วยในระยะที่ 4 คือ กิจกรรมที่ 2 “ร่วมทำ สร้าง เนียมดี” และกิจกรรมที่ 3 “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องรับประทานยาความดัน” โดยมีพยาบาลคนที่ 2 ช่วยในการทำวิจัยร่วมกันกับผู้วิจัย

1.1.2 เตรียมพยาบาลคนที่ 2 โดยที่พยาบาลคนที่ 2 จะให้การดูแลผู้ป่วยในระยะที่ 4 ในระหว่างที่รอผู้ป่วยในระยะที่ 3 คือการให้ญาติและผู้ป่วยตัดแต่งยาแต่ละเม็ด

1.1.3 พยาบาลคนที่ 1 เป็นบุคคลที่ทำกิจกรรมที่ 4 คือ “อิงะ โทรศัพท ชารี”

1.2 เตรียมตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิต 150/90-179/109 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้ง โดยประเมินจากจำนวนครั้งที่มารับบริการในแต่ละครั้ง ประเมินระยะพฤติกรรมอยู่ในระยะเริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระยะที่ 3 และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอแล้วแต่ยังไม่ครบ 6 เดือน ในระยะที่ 4 จัดบันทึกในแบบประเมินระดับความดันโลหิต การนับเม็ดยา แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1.2.1 นัดผู้ป่วยในการมาทำกิจกรรมครั้งต่อไป อีก 4 สัปดาห์ตามวันนัดครั้งต่อไปของผู้ป่วยแต่ละคน

1.3 การเตรียมสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.3.1 แนวทางการใช้โปรแกรม

1.3.2 แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.3.3 ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ ประกอบด้วย ดังนี้

1.3.3.1 เตรียมปฏิทินยาที่มีการติดแผ่นโฟมยางสีส้มชัดเจนพร้อมทั้งมีช่องเสียบยา เตรียมซองยาพร้อมทั้งติดสัญลักษณ์แต่ละหน่วยการใช้

1.3.3.2 กรรไกรเพื่อตัดแผงยาเป็นแต่ละเม็ด

1.3.3.3 การทำพันธะสัญญาและการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง

1.3.3.4 ดิคำสำคัญเกี่ยวกับหลักศาสนาในการดูแลตนเอง เพื่อเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องโดยดิคำสำคัญที่ 1 “ยา เป็นศาสตร์ทางแพทย์ที่อัลลอฮ ทรงประทานมาเพื่อบำบัดโรค อัลลอฮ กำลังทดสอบความศรัทธาของท่านต่อพระองค์ โดยการให้โรคมากับท่าน ท่านกำลังอยู่ในบททดสอบของอัลลอฮ ในการดูแลรักษาตนเอง เพื่อให้พ้นภัยจากโรคแทรกซ้อน” และดิคำสำคัญที่ 2 ที่ด้านบนสุดของปฏิทินการรับประทานยาโดยมีการดิคำ “อัลลอฮ ทรงให้โรคมากับท่าน อัลลอฮ ก็ทรงให้ยาเพื่อบำบัดโรคให้ท่านเช่นกัน วันนี้ท่านกินยาแล้วยัง?”

1.3.4 แบบประเมินระยะพฤติกรรม

1.3.5 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ มอริสกี (2008)

1.3.6 แบบประเมินระดับความดันโลหิตและแบบประเมินการนับเม็ดยา

2. ขั้นตอนดำเนินการใช้โปรแกรม

2.1 พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ใช้แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ ปฏิบัติร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติโดยมีผู้ช่วยวิจัยช่วยในการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ร่วมด้วย

2.2 มีสมาชิกในการจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา กลุ่มละ 10 คน แบ่งเป็นระยะที่ 3 จำนวน 5 คน และระยะที่ 4 จำนวน 5 คน

2.3 การจัดกิจกรรมในขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ตามระยะและขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้ ระยะเวลาในการจัดทำกิจกรรมตามขั้นตอนการจัด กิจกรรม ดังนี้ ขึ้นประเมินสภาพใช้ระยะเวลา 5 นาที ขึ้นเตรียมความพร้อม ใช้ระยะเวลา 10 นาที และขึ้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามการจัดกิจกรรมดังนี้ “ญะญี สัญญาใจ” ใช้

ระยะเวลา 15 นาที กิจกรรมที่ 2 “ร่วมทำ สร้าง เนียมดี” ใช้ระยะเวลา 15 นาที และกิจกรรมที่ 3 “ร่วม
ด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องรับประทานยาความดัน” ใช้ระยะเวลา 10 นาที

รายละเอียดการจัดกิจกรรม

ขั้นประเมินปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถประเมินระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละรายได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อส่งเสริมความสามารถ
ในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้

การดำเนินการ

1. ให้ผู้ป่วยวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเองด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบ
อัตโนมัติ ผู้ป่วย และญาติประเมินระดับความดันโลหิตตาม โทนสีป้องกันตามป้ายที่ติดไว้ และ
เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ เพิ่มเติมเกี่ยวกับ โทนสีป้องกันแต่ละสีและการปฏิบัติตนแต่ละ โทนสีว่าควรปฏิบัติ
อย่างไรบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เกิดการรับรู้ในการดูแลตนเอง
2. กัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท – 179/109
มิลลิเมตร ปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้ง โดยประเมินจากการมารับยาย้อนหลังไป 3 ครั้งรวมกับครั้งล่าสุด
ที่มาในวันนี้

ขั้นเตรียมความพร้อม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินปัญหาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย
2. เพื่อประเมินระยะพฤติกรรมของผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมมารับประทานยา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาที่ใช้รักษา
โรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น
4. เปิดวิถีโอบุคคลตัวอย่างในระยะที่ 5 ที่มีการดูแลรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและ
สม่ำเสมอมาเสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมก่อนได้รับโปรแกรม และเพื่อให้

กลุ่มตัวอย่างเกิดสมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพจากประสบการณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมคล้ายคลึงกัน

วิธีดำเนินการ

1. ประเมินระยะพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับยาโรคความดันโลหิตสูง และเปิดวิถีโอบุคคลตัวอย่างในระยะที่ 5 ที่มีการดูแลรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมก่อนได้รับโปรแกรมและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดสมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพจากประสบการณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมคล้ายคลึงกัน
3. เลือกผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในการจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา ซึ่งเมื่อประเมินระยะพฤติกรรมผู้ป่วยในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 แล้วให้ผู้ป่วยในระยะที่ 4 พบแพทย์และให้ไปรื้อที่จัดปฏิบัติการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้โดยมีผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันตัดเม็ดยาที่อยู่ในฟลอยยาเป็นเม็ดๆ เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดทำปฏิทินยาก่อน

ขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคคลในระยะที่ 3 สามารถตั้งพันธสัญญาในการดูแลตนเองตามหลักความเชื่อที่ยึดถือปฏิบัติกันมา

การดำเนินการ

กิจกรรมที่ 1 “ญาติ สัญญาใจ ” ให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 ดังนี้ คือ

1. เจ้าหน้าที่แลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับหลักศาสนาอิสลามในการดูแลตนเอง และให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลตนเอง โดยบูรณาการหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม
2. ให้ผู้ป่วยในระยะที่ 3 ตั้งพันธสัญญาในการดูแลตนเองร่วมกันตามหลักศาสนาอิสลามลงลายมือชื่อการทำพันธสัญญาในใบพันธสัญญาร่วมกัน
3. ดูแลให้ผู้ป่วยระยะที่ 3 ได้รับการตรวจ รักษา กับแพทย์และได้รับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง

4. คู่มือให้ผู้ป่วยระยะที่ 3 ทำกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3

กิจกรรมที่ 2 “ร่วมทำ สร้าง เนียะมัตติ” ใ้กับผู้ป่วยในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดทำปฏิทินร่วมกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้จักยาที่รับประทานประจำว่ามีชนิดใดบ้างและรับประทานเวลาใด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

วิธีดำเนินการ

1. จัดทำปฏิทินยาแต่ละหน่วยการใช้ร่วมกันกลุ่มละประมาณ 10 คน
2. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ตัดยาที่อยู่ในแผงยาเป็นเม็ดและวางเป็นจุดเดียว กันห้ามปะปนกับยาตัวอื่น
3. แนะนำการสังเกตสัญลักษณ์ที่ของยา ซึ่งจะมีตัวเลขด้านบน ซึ่งตัวเลข หมายถึงวันที่ในแต่ละวัน สัญลักษณ์รูป คือ พระอาทิตย์ขึ้นมีรูปไป่กั้นคือสัญลักษณ์ให้ใส่ยามื้อเช้า พระอาทิตย์ตกดินคือสัญลักษณ์ให้ใส่ยามื้อเย็น และสัญลักษณ์รูปนอนเป็นสัญลักษณ์ยาที่รับประทานมื่ก่อนนอนซึ่งแนะนำให้ผู้ป่วยใส่ตามวันที่ ถ้าวันนี้คือวันที่ 10 ให้ใส่ในช่องที่เป็นเลข 10 ซึ่งบางคนอาจจะมีของยาไม่ครบทั้ง 3 ช่องเนื่องจากอาจจะไม่มียามื้อใดมืหนึ่งก็ได้ และให้จัดเรียงใส่ยาตามวันที่ต่อไป คือ วันที่ 10, 11, 12 ตามลำดับจนครบตามจำนวนยา 1 เดือนที่ได้รับไป
4. นำของยาแต่ละหน่วยการใช้ที่มีการติดสัญลักษณ์ รูปต่างๆ เช่น รูปพระอาทิตย์ขึ้น ใส่ยาที่รับประทานมื้อเช้าทั้งหมด ของยาที่ติดพระอาทิตย์ตกเย็นใส่ยาที่รับประทานมื้อเย็นทั้งหมด และของยาที่เป็นรูปนอน ใส่ยาที่รับประทานมื่ก่อนนอนทั้งหมด
5. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติวางเรียงซ้อนจำนวนมื่อในแต่ละวัน โดยที่ใ้ยาที่รับประทานมื้อเช้า มื้อเย็น มื่ก่อนนอน เรียงจากด้านหน้าไปด้านหลัง
6. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้หยิบการใช้ยาตามแต่ละมื่อที่รับประทานเช่น เมื่รับประทานยามื้อเช้าให้หยิบยาด้านบนสุด ซึ่งยาของด้านล่างจะเป็นยามื่อถัดไปเพื่อให้สามารถกระตุ้นเตือนเห็นได้ชัดว่ายามื่อต่อไปยังอยู่ที่ปฏิทินยา และเมื่อรับประทานยาในแต่ละมื่อและแต่ละวันหมดให้เก็บของยาไว้เพื่อนำมาใช้ในเดือนถัดไป
7. เจ้าหน้าที่นับจำนวนของยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดจดบันทึกในแบบประเมิน

กิจกรรมที่ 3 “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องกินยาความดันโลหิตสูง” ใช้กับผู้ป่วย
ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมินอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาได้ด้วยตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักถึงเป้าหมายสำคัญในการรับประทานยา
4. เพื่อกระตุ้นเตือนการทำพันธะสัญญาาร่วมกัน

วิธีดำเนินการ

1. ดิคำสำคัญเกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม คือ คำ “อัลลอฮทรงให้โรคมากับท่าน อัลลอฮก็ทรงให้ยามาบำบัดโรคกับท่านด้วยเช่นกัน วันนี้ท่านกินยาหรือยัง” ด้านบนปฏิทินยาติดคำ คือ “ขา เป็นศาสตร์ทางแพทย์ที่อัลลอฮ ทรงประทานมาเพื่อบำบัดโรค อัลลอฮ กำลังทดสอบความศรัทธาของท่านต่อพระองค์ โดยการให้โรคมากับท่าน ท่านกำลังอยู่ในบททดสอบของอัลลอฮในการดูแลรักษาตนเอง เพื่อให้พ้นภัยจากโรคแทรกซ้อน”
2. ดิการทำพันธะสัญญาและการจัดการกับตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงด้านล่างสุดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมินและพิจารณาอาการของตนเองและจัดการเบื้องต้นได้
3. แนะนำการใช้ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้และการจัดการกับตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาโรคความดันโลหิตสูงเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเอง
4. แนะนำผู้ป่วยและญาติเจ้าหน้าที่จะมีการติดตาม โทรศัพท์ที่บ้านในช่วงเวลาที่ท่านสะดวก วาง โดยให้เขียนเบอร์โทรศัพท์ติดต่อของผู้ป่วยและญาติที่สามารถติดต่อได้สะดวก ผู้ป่วยจะต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลอีก 4 อาทิตย์ถัดไปจากวันนี้ ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง
5. แนะนำผู้ป่วยและญาตินัดมาครั้งต่อไปอีก 4 อาทิตย์ ให้นำปฏิทินยาแต่ละหน่วยการใช้มาที่โรงพยาบาลร่วมด้วย

กิจกรรมที่ 4 “อิงะ โทศัพท์ ชารี”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมแรงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. เพื่อรับทราบผลของกิจกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและให้คำแนะนำเพิ่มเติม
3. เพื่อกระตุ้นให้มีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

วิธีดำเนินการ

1. กล่าวทักทาย สวัสดี
2. ที่ผ่านมาหลังจากได้รับปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ ท่านมีการรับประทานอย่างต่อเนื่องหรือไม่
3. ท่านมีปัญหาและอุปสรรคจากการใช้ยาอะไรบ้าง
4. หากท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาให้ท่านประเมินอาการตนเองตามพันธะสัญญาและการจัดการตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยา โรคความดันโลหิตสูงที่ติดไว้บนปฏิทินการรับประทานยาเบื้องต้นก่อนหากอาการไม่ทุเลามารับการรักษาที่โรงพยาบาล
5. กล่าวชมเชยและให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยเน้นย้ำเป้าหมายร่วมกันที่ได้ตั้งไว้ คือ 1) พระผู้เป็นเจ้าของโรคความดันโลหิตสูงกับท่านเพื่อเป็นบททดสอบถึงความศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้าของ 2) พระผู้เป็นเจ้าของก็ได้คิดศาสตร์ทางการแพทย์มาเพื่อใช้ในการทดสอบว่าท่านจะใช้ตามความประสงค์ของท่านหรือไม่ โดยผ่านทางข้าพเจ้าและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาท่าน 3) ชีวิตของข้าพเจ้าก็เป็นสิ่งที่พระเจ้าให้มา และพระเจ้าก็ได้ให้ความรู้ศาสตร์ทางการแพทย์กับข้าพเจ้ามาเพื่อประสานเชื่อมโยงให้ท่านและข้าพเจ้าได้ปฏิบัติหน้าที่ของมุสลิมตามหลักศรัทธาร่วมกัน 5) ข้าพเจ้าและท่านจะตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาร่วมกันโดยข้าพเจ้าจะใช้ความรู้ความสามารถที่พระเจ้าให้มา มาใช้ประกอบในการดูแลท่านและท่านก็จะปฏิบัติตามความรู้ ที่พระเจ้าส่งมาผ่านทางข้าพเจ้าร่วมกัน เพื่อให้บรรลุตามความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าของเราจะได้เป็นมุสลิมที่ศรัทธาใช้พระเจ้าในโลกนี้อย่างเคร่งครัด เพื่อความสุขในโลกหน้าที่พระเจ้าจะตอบแทนเรากลับมาพร้อมกับยกมาขอคุดอ้อ ให้พระเจ้าทรงประทานความคิดให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยมีการเน้นย้ำและพูดทุกครั้งเมื่อโทศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วย

ขั้นประเมินผล

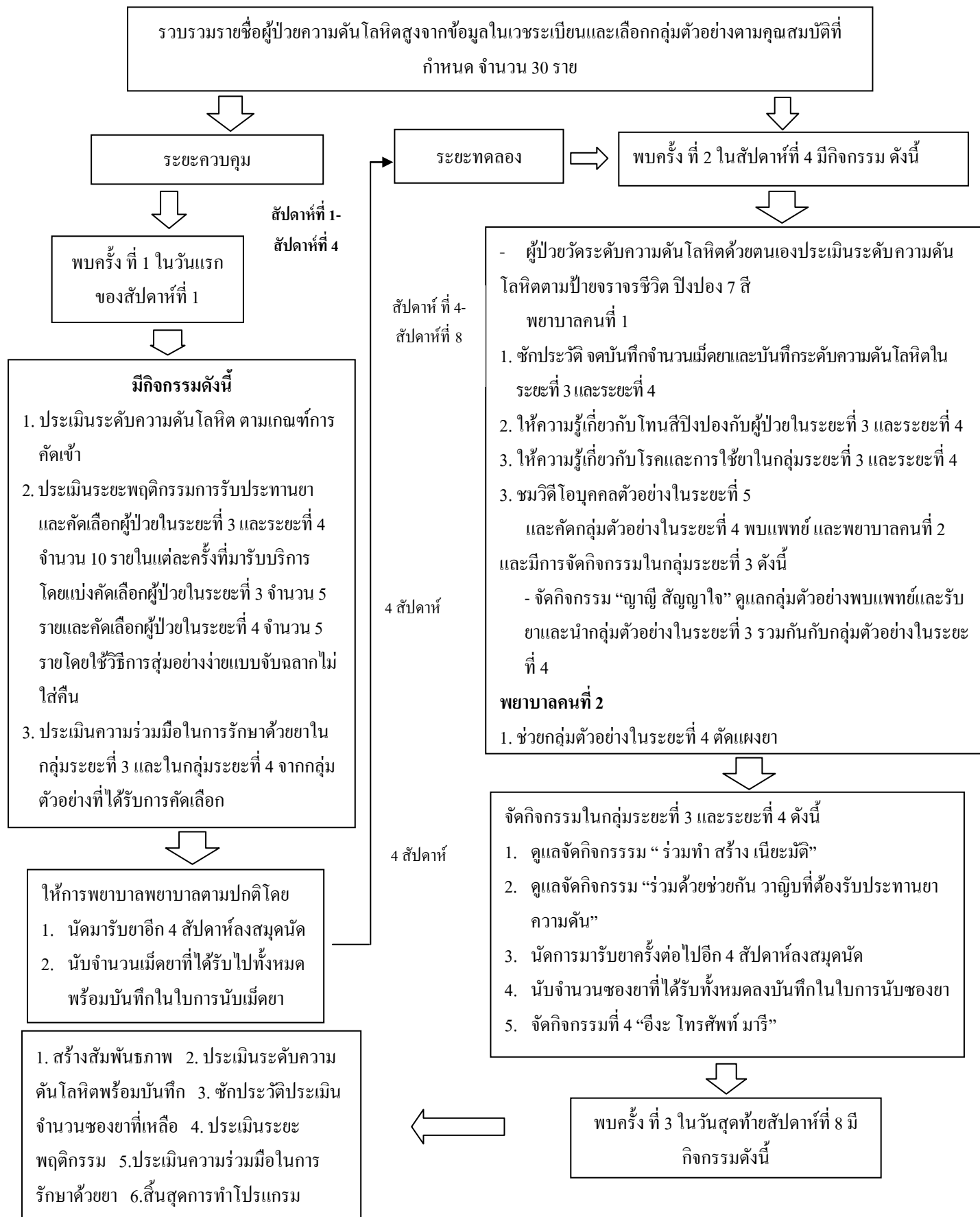
วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับความดันโลหิต ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินระยะพฤติกรรม หลังจากได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. เพื่อกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติ และสิ้นสุดการทำโปรแกรม

วิธีดำเนินการ

1. ให้ผู้ป่วยวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเองเหมือนทุกครั้งที่มาใช้บริการ
2. เจ้าหน้าที่กล่าวทักทาย ชักถามปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้กำลังใจ กล่าวชมเชยการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป
3. เจ้าหน้าที่จดบันทึกระดับความดันโลหิต
4. เจ้าหน้าที่ประเมินระยะพฤติกรรม ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
5. กล่าวขอบคุณ และดูแลให้การพยาบาลตาม

ส่วนที่ 3 แผนภูมิการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้



2. แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุ muslim ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ muslim ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ ประกอบด้วย 4 ชุดกิจกรรมตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ 1. ขั้นประเมินสภาพ 2. ขั้นเตรียมความพร้อม 3. ขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมี 3 กิจกรรม ดังนี้ คือ กิจกรรมที่ 1 “ญาติ สัญญาใจ” กิจกรรมที่ 2 “ร่วมทำสร้าง เนยะมัดติ” กิจกรรมที่ 3 คือ “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องกินยาความดันโลหิตสูง”และ กิจกรรมที่ 4 “อ๊ะะ โทรศัพห์ ซารี” 4. ขั้นประเมินผล โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกาและคณะ ดังนี้

ขั้นประเมินสภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย
2. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อสามารถจัดการดูแลตนเองได้

สถานที่จัดกิจกรรม	ศูนย์การจัดการ โรคเรื้อรังใน โรงพยาบาลชุมชน
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ muslim ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>1. เจ้าหน้าที่สามารถประเมินระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองได้</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการทักทายแบบมุสลิมกล่าวอัสลามูอาลัยกุม พร้อมกับจับมือสลามและให้ผู้ป่วยได้รู้จักกันโดยการจับมือ สลามร่วมกัน</p> <p>2. แนะนำผู้ป่วยให้วัดความดันโลหิตด้วยตนเองด้วยเครื่องวัดระดับความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ</p> <p>3. แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินระดับความดันโลหิตของตนเองและเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตาม แผ่นป้าย จราจรชีวิต ปิงปอง 7 สี ว่าตนเองอยู่สีอะไร ต้องปฏิบัติตนเองอย่างไร ตามคำแนะนำของแผ่นป้าย</p>	<p>1. พูดคุยกล่าวทักทาย</p> <p>2. อธิบายทอนสีต่างๆ ตามจราจรชีวิตปิงปอง 7 สี</p>	<p>1. กล่าวทักทายสลามเจ้าหน้าที่และสลามผู้ป่วยด้วยกัน</p> <p>2. วัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง</p> <p>3. ประเมินระดับความดันโลหิตด้วยตนเองตามแผ่นป้ายทอนสีปิงปอง</p> <p>4. รับฟังและสอบถามในหัวข้อที่สงสัย</p>	<p>1. เครื่องวัดระดับความดันโลหิต</p> <p>2. แผ่นป้ายจราจรชีวิต ปิงปอง 7 สี</p>	<p>5 นาที</p>	<p>- ผู้ป่วยรับฟัง ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองร่วมกัน</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>4. เจ้าหน้าที่อธิบายเกี่ยวกับโทษสียตามป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโทษสียระดับความดันโลหิตและบอกวิธีการดูแลตนเองตามโทษสียต่างๆ</p> <p>5. ประบมือ และให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อปฏิบัติดูแลตนเองให้อยู่ในโทษสียเขียวและสีเหลือง</p>					

ขั้นเตรียมความพร้อม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ
2. เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สถานที่จัดกิจกรรม ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
1. เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างสิ่งแวดล้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. เพื่อให้บุคคลในระยที่ 3 ได้ชมบุคคลตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	1. นำเสนอภาพนิ่งความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดูแลรักษาและความรู้เกี่ยวกับยาโรคความดันโลหิตสูง 2. เจ้าหน้าที่เปิดวิดีโอบุคคลตัวอย่างที่อยู่ในระยที่ 5 ที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอแล้วมาพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	1. นำเสนอภาพนิ่งบรรยายเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเกี่ยวกับยาโรคความดันโลหิตสูง 2. ตอบคำถามกลุ่มตัวอย่างในหัวข้อที่สงสัย	1. มีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ในการดูแลตนเองร่วมกัน 2. ร่วมรับฟังเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้เกี่ยวกับยาโรคความดันโลหิตสูง 3. สอบถามหัวข้อที่สงสัย	1. นำเสนอภาพนิ่งความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและความรู้เกี่ยวกับยาโรคความดันโลหิตสูง	5 นาที	- ผู้ป่วยร่วมรับฟังสามารถแลกเปลี่ยนสะท้อนการเรียนรู้จากการรับฟังได้

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเพื่อสร้าง สิ่ง แวดล้อม และ การ เกิด สมรรถนะในการดูแลตนเองจาก บุคคลตัวอย่าง</p> <p>3. ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3และระยะที่ 4 ซักถามในหัวข้อที่ สงสัย</p> <p>4. กล่าวชมเชย ชื่นชม ผู้ป่วยที่ให้ ความร่วมมือในการรับฟังการให้ ความรู้เกี่ยวกับ โรคและการ รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>5. ดูแลคัดเลือกผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ ที่ 4 พบแพทย์และพยาบาลคนที่ 2 และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 อยู่ที่ เดิม พบพยาบาลคนเดิม</p>					

ขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 1 “ญาติ ัญญาใจ” (ใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคคลในระยะที่ 3 มีการตั้งพันธะสัญญาในการดูแลตนเอง

สถานที่จัดกิจกรรม ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 3

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้ป่วยในระยะที่ 3 มีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับหลักศาสนาในการดูแลตนเองร่วมกันและเพื่อให้ผู้ป่วยในระยะที่ 3 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักศาสนาในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง	<p>1. เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เพิ่มเติมเชื่อมโยงหลักสำคัญของศาสนาในการดูแลสุขภาพร่วมกันกับผู้ป่วยโดยซักถามผู้ป่วยดังนี้</p> <p>2.1 ท่านคิดว่าหลักศาสนาอิสลามมีหลักคำสอนในการดูแลตนเองอย่างไร และเพื่ออะไร</p> <p>2.2 ปัจจุบันท่านได้ทำตามหลักคำ</p>	<p>1. แลกเปลี่ยนการเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามหลักศาสนาอิสลามร่วมกับผู้ป่วย</p> <p>2. กล่าวสรุป ซัก</p>	<p>1. รับฟังแลกเปลี่ยนการดูแลตนเองร่วมกับบุคคลในระยะที่ 4</p> <p>2. รับฟังและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก</p>	-	10 นาที	- ผู้ป่วยในระยะที่ 3 มีการทำพันธะสัญญากับตนเองในการดูแลสุขภาพร่วมกันโดยมีเป้าหมายคือดูแลสุขภาพตามหลักศาสนา

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>2. เพื่อให้บุคคลในวัยที่ 3 สามารถตั้งพันธสัญญา ในการดูแลตนเองตาม หลักความเชื่อที่ยึดถือ ปฏิบัติกันมาและลงชื่อ เป็นลายลักษณ์อักษร</p>	<p>สอนใน การดูแลตนเองตามหลัก ศาสนาหรือยัง</p> <p>2.3 ท่านคิดว่าจะทำอะไรเพื่อ ดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก ศาสนาอิสลาม</p> <p>3. ผู้วิจัยกล่าวสรุปความสำคัญของ หลักศาสนาในการดูแลตนเองและ ชักจูงผู้ป่วยให้เห็น ความสำคัญของ หลักศาสนาในการดูแลสุขภาพ โดย บูรณาการกับหลักทางการแพทย์ใน การดูแลตนเอง ดังนี้</p> <p>3.1 พระผู้เป็นเจ้าของโรคความดัน โลหิตสูงกับท่านเพื่อเป็นบท ทดสอบถึงความศรัทธาต่อพระ ผู้เป็นเจ้าของ</p> <p>3.2 พระผู้เป็นเจ้าของก็ได้คิดศาสตร์</p>	<p>จงการดูแลตนเอง ตามบทบัญญัติ ศาสนาอิสลามใน การดูแลสุขภาพ</p> <p>3. ยกมือขอคู่อำ ร่วมกันกับผู้ป่วย ในการดูแล สุขภาพ</p>	<p>ศาสนาอิสลาม</p> <p>3. ทำพันธสัญญา ในการดูแลตนเอง ร่วมกัน</p> <p>4. ยกมือขอคู่อำ ร่วมกันในการดูแล สุขภาพ</p>			<p>อิสลามเพื่อเป็นผู้ ที่ศรัทธาต่อพระ ผู้เป็นเจ้าของ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>ทางการแพทย์มาเพื่อใช้ในการทดสอบว่าท่านจะใช้ตามความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าของหรือไม่ โดยผ่านทางข้าพเจ้าและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาท่าน</p> <p>3.3 ชีวิตของข้าพเจ้าก็เป็นสิ่งที่พระเจ้าให้มาและพระเจ้าก็ได้ให้ความรู้ศาสตร์ทางการแพทย์กับข้าพเจ้ามาเพื่อประสานเชื่อมโยงให้ท่านและข้าพเจ้าได้ปฏิบัติหน้าที่ของมุสลิมตามหลักศรัทธาร่วมกัน</p> <p>3.4 ข้าพเจ้าและท่านจะตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาร่วมกันโดยข้าพเจ้าจะใช้ความรู้ความสามารถที่พระเจ้าให้มาประกอบในการ</p>					

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>ดูแลท่านและท่านก็จะปฏิบัติตาม ความรู้ ที่พระเจ้าส่งมาผ่านทาง ข้าพเจ้าร่วมกันเพื่อให้บรรลุตาม ความประสงค์ของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของ จะได้เป็นมุสลิมที่ศรัทธาพระเจ้า ในโลกนี้อย่างเคร่งครัด เพื่อ ความสุขในโลกหน้าที่พระเจ้าจะ ตอบแทนเรากลับมาพร้อมกับยกมา ขอคู่ออให้พระเจ้าทรงประทาน ความคิดให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3.5 ดูแลให้ผู้ป่วยในระยะที่ 3 ลง ชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในการทำ พันธะสัญญาาร่วมกัน ด้านล่างของ คำพันธะสัญญา</p>					

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	3.6 นำใบพ่นระสัจญาที่ลงลายมือ ชื่อ ชัดเจน ติดที่ ปฏิทิน การ รับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ พร้อมกับวิธีการจัดการดูแลตนเอง เบื้องต้นเกี่ยวกับการรับประทานยา					

กิจกรรมที่ 2 “ร่วมทำ สร้าง เนียมดี” (ใช้กับผู้ป่วยในระยะที่ 3 และระยะที่ 4)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดทำปฏิทินร่วมกัน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือการรับประทานยาให้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดทำปฏิทินาร่วมกัน</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้จักยาที่รับประทานประจำว่ามีชนิดใดบ้างและรับประทานเวลาใด</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและ</p>	<p>1.แนะนำผู้ป่วยและญาติตัดยาแต่ละชนิดที่อยู่ในแผงยาในแต่ละเม็ดวางไว้ร่วมกันห้ามปะปนกัน</p> <p>2. แจกปฏิทินยาให้ผู้ป่วยแต่ละคนโดยลักษณะปฏิทินยา ใช้อุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ โดยมีพื้นติดกับแผ่นโฟมยาง</p> <p>3. แจกซองยาแต่ละหน่วยการใช้พร้อมกับติดสัญลักษณ์ในการรับประทานยาในแต่ละมือ คือมือเข้าติดสัญลักษณ์พระอาทิตย์ขึ้น</p>	<p>1. แจกปฏิทินยาให้กับผู้ป่วยและญาติ</p> <p>2. แจกซองยาแต่ละหน่วยการใช้และแจกเข็มหมุด</p> <p>3. แจกกรรไกรเพื่อตัดแผงยาแต่ละเม็ด</p> <p>4. แนะนำวิธีการจัดปฏิทินยาแต่</p>	<p>1. ผู้ป่วยและครอบครัวตัดเม็ดยาที่ติดแผงยาร่วมกัน</p> <p>2. ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามในส่วนที่สงสัยเกี่ยวกับการจัดทำปฏิทินยาแต่ละหน่วยการใช้</p> <p>3. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดทำปฏิทินการ</p>	<p>1. ปฏิทินยา</p> <p>2. ซองยาแต่ละหน่วยการใช้</p> <p>3. เข็มหมุด</p> <p>4. กรรไกร</p>	15 นาที	- ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดทำปฏิทินแต่ละหน่วยการใช้ได้

วัดอุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
สม่ำเสมอ	<p>พร้อมกับรูปไก่อ้วน ตอนเย็นติด สัญลักษณ์พระอาทิตย์ตก และยา ก่อนนอนติดสัญลักษณ์รูปนอน พร้อมกับวันที่ในแต่ละวัน</p> <p>3. แนะนำวิธีการจัดยาแต่ละหน่วย การใช้ในซองยาแต่ละมือ เช่น</p> <p>1) ให้หยิบซองยาให้ตรงกับวันที่ ถ้าวันนี้เป็นวันที่ 10 ให้หยิบซอง ยาที่มีเลข 10 ซึ่งซองยาที่มีเลข 10 มีทั้งหมด 3 ซอง คือซองติด สติ๊กเกอร์รูปพระอาทิตย์ขึ้นใส่ยา มือเช้าทั้งหมด ซองติดสติ๊กเกอร์ รูปพระอาทิตย์ตกดินใส่ยาที่ รับประทานมือเย็นทั้งหมด และ ซองใส่ยารูปนอนใส่ใส่ยาที่ รับประทานก่อนนอนเช่นชาลด</p>	<p>ละหน่วยการใช้</p>	<p>รับประทานยาแต่ละ หน่วยการใช้ได้</p>			

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>ไข่ม้วน ซึ่งบางท่านอาจจะมีไม่ครบ 3 ซอง เพราะอาจจะไม่มียาที่รับประทานช่วงเย็นหรืออาจจะไม่มียาที่รับประทานก่อนนอน</p> <p>2) จากนั้นให้เรียงซองยาของแต่ละวันที่ โดยยาที่รับประทานเวลาหลังสุดอยู่ด้านหลัง และยาที่รับประทานก่อนอยู่ด้านหน้าวางเรียงซ้อนกันกันแต่ละมือ และเรียงตามวันที่เพื่อสะดวกในการหยิบใช้</p> <p>3) แนะนำวิธีการใช้ยาในแต่ละวัน คือ หยิบยา ด้าน บน สุด ที่ รับประทานยาในแต่ละมือ ยาส่วนที่เหลือ เมื่อถึงมือต่อไปท่านสามารถดูได้ว่ายาแต่ละมือท่านรับประทานหรือยัง และเมื่อท่านมีการลืม</p>					

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	รับประทานยาในแต่ละมื้อและแต่ละวันให้ท่านเปิดอ่านแนวทางการจัดการยาด้วยตนเอง ที่จะมีการคิดไว้ด้านล่างของปฏิทิน ยา					

กิจกรรมที่ 3 “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องกินยาความดันโลหิตสูง” (ใช้กับผู้ป่วยในระยะที่ 3 และระยะที่ 4)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัว เจ้าหน้าที่ มีส่วนร่วมในการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมินอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาได้ด้วยตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยา
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิธีการดูแลและจัดการตนเองได้ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา

สถานที่จัดกิจกรรม ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิมโรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองร่วมกัน</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถรับรู้อาการและจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการรับประทานยาได้</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักในการดูแลตนเองตามเป้าหมายและพันธะสัญญาที่วางไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ</p>	<p>1. เจ้าหน้าที่แนะนำประโยชน์ของการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลการรับประทานยาด้วยตนเอง และสามารถรับประทานยาได้ครบตามหลัก คือ รับประทานยาถูกต้องตามชนิดของยา ถูกต้องในแต่ละเวลา แต่ละครั้ง ถูกทาง ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาส่งผลให้ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้</p> <p>2. เจ้าหน้าที่แนะนำครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับประทานยาโดยการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาที่บ้าน</p> <p>3. คิดหลักสำคัญในการดูแล</p>	<p>1. แนะนำ ประโยชน์และ แนวทางการใช้ ปฏิทิน การ รับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้</p>	<p>1. รับฟังและซักถามในส่วนที่ไม่เข้าใจ เกี่ยวกับการใช้ ปฏิทิน การ รับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้และการจัดการตนเอง</p>	<p>1. แนวทางการใช้ยาแต่ละหน่วยการใช้และการจัดการตนเอง ดัดที่ปฏิทินการใช้ยาแต่ละหน่วยการใช้ ด้านล่าง</p> <p>2. ดัดคำสำคัญในการดูแลตนเองตามหลักศาสนาอิสลาม</p> <p>3. คิดเป้าหมายและพันธะสัญญาที่ได้วางไว้ร่วมกัน</p>	<p>10 นาที</p>	<p>- ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้ในการใช้ปฏิทินยาแต่ละหน่วยการใช้และสามารถจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นได้</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>สุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม เพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องโดยติดคำ</p> <p>“ยา เป็นศาสตร์ทางแพทย์ที่อัลลอฮ์ ทรงประทานมาเพื่อบำบัดโรค อัลลอฮ์ กำลังทดสอบความศรัทธาของท่านต่อพระองค์ โดยการให้โรคมากับท่าน ท่านกำลังอยู่ในบททดสอบของอัลลอฮ์ ในการดูแลรักษาตนเอง เพื่อให้พ้นภัยจากโรคแทรกซ้อน” และติดคำสำคัญที่ 2 ที่ด้านบนสุดของปฏิทินการรับประทานยาโดยมีการติดคำ</p> <p>“อัลลอฮ์ทรงให้โรคมากับท่าน อัลลอฮ์ก็ทรงให้ยาเพื่อบำบัดโรค</p>					

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	ให้ท่านเช่นกัน วันนี้ท่าน กินยารียัง?” 4. ทิศคำพันธะสัญญาในการดูแลตนเองร่วมกันพร้อมกับคำแนะนำในการดูแลจัดการตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการรับประทานยา โรคความดันโลหิตสูง					

กิจกรรมที่ 4 “อิงะ โทรศัพทฺ์ ซารี” (ใช้กับผู้ป่วยในระยะที่ 3 และระยะที่ 4)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. เพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานยา
3. เพื่อกระตุ้นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

สถานที่จัดกิจกรรม ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>1. เพื่อกระตุ้นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ</p> <p>2. เพื่อรับทราบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>1. กล่าวทักทาย สวัสดี</p> <p>2. ที่ผ่านมาหลังจากได้รับปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ ท่านมีการรับ ประทานอย่างต่อเนื่องหรือไม่</p> <p>3. ท่านมีปัญหาและอุปสรรคจากการใช้ยาอะไรบ้าง</p> <p>4. หากท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาให้ท่านประเมินอาการตนเองตามพันธะสัญญาและการจัดการตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงที่ติดไว้บนปฏิทินการรับประทานยาเบื้องต้นก่อนหากอาการไม่ทุเลามารับการรักษาที่โรงพยาบาล</p>	<p>1. พูดคุยซักถามอาการ</p>	<p>1. พูดคุยโต้ตอบ และ ท่องพันธะสัญญาที่ ทำร่วมกัน</p>	<p>-</p>	<p>5 นาที</p>	<p>- ผู้ป่วยให้ ความร่วมมือใน การซักถามเป็น อย่างดี</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>5. กล่าวชมเชยและให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ โดยเน้นย้ำเป้าหมายร่วมกันที่ได้ตั้งไว้ คือ</p> <p>5.1 พระผู้เป็นเจ้าของโรคความดันโลหิตสูงกับท่านเพื่อเป็นบททดสอบถึงความศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้าของเจ้า</p> <p>5.2 พระผู้เป็นเจ้าของโรคความดันโลหิตสูงได้คิดศาสตร์ทางการแพทย์มาเพื่อใช้ในการทดสอบว่าท่านจะใช้ตามความประสงค์ของท่านหรือไม่ โดยผ่านทางข้าพเจ้าและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาท่าน</p> <p>5.3 ชีวิตของข้าพเจ้าก็เป็นสิ่งที่พระ</p>					

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>เจ้าให้มาและพระเจ้าก็ได้ให้ความรู้ศาสตร์ทางการแพทย์กับข้าพเจ้ามาเพื่อประสานเชื่อมโยงให้ท่านและข้าพเจ้าได้ปฏิบัติหน้าที่ของมุสลิมตามหลักศรัทธาร่วมกัน</p> <p>5.4 ข้าพเจ้าและท่านจะขอตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาร่วมกัน โดยข้าพเจ้าจะใช้ความรู้ความสามารถที่พระเจ้าให้มา มาใช้ประกอบในการดูแลท่านและท่านก็จะปฏิบัติตามความรู้ที่พระเจ้าส่งมาผ่านทางข้าพเจ้าร่วมกัน เพื่อให้บรรลุตามความประสงค์ของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าเราจะได้เป็นมุสลิมที่ศรัทธาใช้พระเจ้าในโลกนี้</p>					

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	อย่างเคร่งครัด เพื่อความสุขใน โลกหน้าที่พระเจ้าจะตอบแทนเรา กลับมาพร้อมกับยกมาขอคุณอ้อ ให้ พระเจ้าทรงประทานความคิดให้ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยมีการเน้น ย้ำและพูดทุกครั้งเมื่อโทรศัพท์ ติดต่อกับผู้ป่วย					

ขั้นประเมินผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับความดันโลหิต ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินระยะพฤติกรรม หลังจากได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม
2. เพื่อกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติ และสิ้นสุดการทำโปรแกรม

สถานที่จัดกิจกรรม ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระยะที่ 3 และระยะที่ 4

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>1. เพื่อประเมินระดับความดันโลหิต ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินระยะพฤติกรรม และประเมินของยาโดยการนับของยาที่เหลือทั้งหมดจากปฏิทินยา หลังจากได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>2. เพื่อกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติ และสิ้นสุดการทำโปรแกรม</p>	<p>1. ให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ด้วยเครื่องวัดระดับความดันโลหิตอัตโนมัติเครื่องเดิมที่วัดทุกครั้ง</p> <p>2. เจ้าหน้าที่กล่าวสวัสดิ์ ทักทายแบบมุสลิม</p> <p>3. เจ้าหน้าที่ซักถามปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กล่าวชมเชยและให้กำลังใจในการปฏิบัติตน รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอต่อไป</p> <p>4. เจ้าหน้าที่จัดบันทึกระดับความดันโลหิต</p> <p>5. เจ้าหน้าที่ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแบบ</p>	<p>1. พูดคุยกล่าวทักทาย</p> <p>2. จดระดับความดันโลหิต</p> <p>3. ประเมินระยะพฤติกรรม</p> <p>4. ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา</p> <p>5. ประเมินของยาที่เหลือ โดยการนับเม็ดยา</p>	<p>1. วัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง</p> <p>2. ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน</p> <p>3. นำปฏิทินยามาให้เจ้าหน้าที่ประเมินการรับประทานยา</p>	<p>1. แบบประเมินระดับความดันโลหิต</p> <p>2. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี</p> <p>3. ปฏิทินยาแต่ละหน่วยการใช้</p>	<p>15 นาที</p>	<p>- ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอย่างดี</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้สูงอายุ มุสลิม โรคความดัน โลหิตสูง	อุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>ประเมินความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของ มอริสกี</p> <p>6. เจ้าหน้าที่ประเมินชองยาโดย นับจำนวนชองยาที่เหลือทั้งหมด บันทึกในแบบประเมิน</p> <p>7. เจ้าหน้าที่กล่าวขอบคุณปรบมือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความ ร่วมมือในการจัดทำโปรแกรม</p>					

3. ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้



4. สื่อนำเสนอภาพนิ่ง ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและยา

<h3>ความดันโลหิตสูง</h3> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ความดันตัวบน มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ❖ และหรือค่าความดันตัวล่าง มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 
<h3>ความดันโลหิตสูงเกิดจากอะไร</h3> <p>➢ ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ เชื่อว่าเกิดจาก 2 ปัจจัย คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรรมพันธุ์ 2. สิ่งแวดล้อม : ควัน เบาหวาน กินเค็ม ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เติบโต 	<p>➢ ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคไต 2. เนื้องอกต่อมหมวกไต 3. โรคหลอดเลือดเป็นพิษ 4. ยบางชนิด : สเตียรอยด์ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาออกความชื้น
<h3>อาการของคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง</h3> <ul style="list-style-type: none"> ➢ "มักจะไม่มีอาการ" ในคนที่มีความดันโลหิตระดับอ่อนหรือ ปานกลาง ➢ ตาพร่ามัว ในคนที่มีความดันโลหิตระดับรุนแรง ➢ ปวดศีรษะ มีหน้าหรือเวียนศีรษะ เวียนหน้าจอก เลือดกำเดาไหล 	<h3>การรักษาโรคความดันโลหิตสูง</h3> <ul style="list-style-type: none"> • การรักษาโดยไม่ใช้ยา : ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต • การรักษาโดยใช้ยา : มีหลายกลุ่ม ซึ่งแพทย์จะเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 
<h3>ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง</h3> 	<h3>1. ยา เอส-ซี-ที-แอสต์ เม็ดกลมสีเหลืองอ่อน(บอควีซีแก๊ซ ยาแต่ละชนิดด้วย)</h3> <p>อาการข้างเคียงของยา อาจทำให้คลื่นไส้ใน ร่างกายค้ำจากอาการปัสสาวะบ่อย อาจมีอาการเหนื่อย ชักกระตุกได้</p> 

5. การจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง

เอ๊ะ อาการที่เราเป็นอยู่ เกิดจากผลข้างเคียงจากการกินยาโรคความดันรีเปล่านะ ? ลองเปิดดูซิ

การดูแลรักษาภาวะหัวใจเป็นต้นน้ำ (วาฮับ) สำหรับฉัน และผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ฉันจะดูแลรักษาตนเองและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอื่น ที่ฉันเพิ่งได้รับจากอัลลอย (เบียร์มิด) โดยการดำรงรักษาความไปดปรามกับโรคร้ายที่สุดและจะจัดการในการดูแลตนเองตามเป้าหมายและพึงระวังต่อไปนี้

1. พระผู้เป็นเจ้าให้โรคความดันโลหิตสูงกับฉันหรือผู้ที่มีอันดูแลเป็นปกติเพื่อเป็นพรตของพระเจ้าผู้เป็นเจ้า
2. พระผู้เป็นเจ้าให้สติศาสตร์ทางการแพทย์แก่ฉันเพื่อใช้ในการทดสอบว่าฉันจะใช้ความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าหรือไม่
3. ฉันได้ทำพันธะสัญญากับเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลที่จะดูแลร่วมกันเพื่อความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า
4. ฉันขอสัญญาว่าฉันจะดูแลตนเองโดยการรักษาด้วยยารักษาโรคและฉันจะขอโทษที่ฉันมีจากโรคแทรกซ้อนและเป็นบ่าวที่ของอัลลอฮ์ทั้งโลกนี้และโลกหน้า โดยจะมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

ให้ท่านดื่มน้ำมากๆ เพื่อทดแทนน้ำที่เสียไป จากการปัสสาวะบ่อย

หากท่านได้ให้การดูแลตนเองเบื้องต้นแล้ว ยังมีอาการเจ็บ อ่อนแรง รีบมารพ.

ให้ท่านดื่มน้ำมากๆ เพื่อทดแทนน้ำที่เสียไป จากการปัสสาวะบ่อย

หากท่านได้ให้การดูแลตนเองเบื้องต้นแล้ว ยังมีอาการเจ็บ อ่อนแรง รีบมารพ.


ให้ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการพักผ่อนหรือหากิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียดหรือ รับประทานยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ

หากท่านได้ให้การดูแลตนเองเบื้องต้นแล้วยังไม่ทุเลารู้สึกปวดหัวมาก แน่นอึดอัดท้องให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

ให้ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการพักผ่อนหรือหากิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียดหรือ รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย

หากท่านได้ให้การดูแลตนเองเบื้องต้นแล้วยังไม่ทุเลารู้สึกแน่นหน้าอก หายใจลำบากให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

ขนาด 10 มิลลิกรัม และขนาด 40 มิลลิกรัม คั่งรูป



เมื่อท่านรับประทานยาชนิดนี้แล้วท่านมีอาการ

- ใช่
- ไม่ใช่

คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ท้องผูก
 เป็นตะคริว ใจสั่น ปวดศีรษะ
 มีผื่นแดง

ให้ท่านดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย

หากท่านได้ดูแลตนเองเบื้องต้นแล้วยังมีไข้ เพลียมากอาการไม่ทุเลา มีผื่นขึ้น ใจสั่น ให้ท่านรีบมาโรงพยาบาลทันที

เมื่อท่านรับประทานยาชนิดนี้แล้วท่านมีอาการ

- ใช่
- ไม่ใช่

ปวดท้อง หัวใจเต้นแรง
 มีอาการ บวม น้ำ

ให้ท่านประคบเย็นบริเวณศีรษะ จัดหากิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย ความเครียดหรือรับประทานยาแก้ปวด พาราเซตามอล

หากท่านมีการจัดการกับอาการเบื้องต้นแล้วแต่อาการไม่ทุเลา มีอาการหัวใจเต้นแรง บวม ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

มีขนาด 5 mg และ 20 mg คั่งรูป



เมื่อท่านรับประทานยาชนิดนี้แล้วท่านมีอาการ

- ใช่
- ไม่ใช่

อาการโง่เง่า รึวรั้ง
 การรับรู้อ่อน

หากท่านมีอาการไอ ให้ดื่มน้ำอุ่นๆ รักษาความอบอุ่นของร่างกาย

หากท่านได้ดูแลตนเองเบื้องต้นแล้วยังมีอาการไอบ่อยมากขึ้น เป็นมากกว่า 2 อาทิตย์ อาการไม่ทุเลาให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

เมื่อท่านรับประทานยาชนิดนี้แล้วท่านมีอาการ

- ใช่
- ไม่ใช่

หัวใจเต้นเร็ว หน้าแดง
 ซีดหน้าขาว

หากท่านมีอาการข้อเท้าบวม ประเมินดูบริเวณข้อเท้าว่ามีบวมกลุ่ม หรือไม่ หากมีบวมกลุ่ม ให้นอนยกเท้าสูง และประเมินตนเองดูว่าในขณะที่นอนบรรเทาอาการหายใจเหนื่อย หรือปัสสาวะออกน้อย มีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น

หากท่านจัดการกับตนเองแล้วอาการบวมยังไม่ทุเลาให้ท่านรีบมาโรงพยาบาลทันทีเพราะอาการบวมอาจจะเกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว หรือจากผลข้างเคียงจากการรับประทานยาได้

ยาชนิดนี้ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง คล้ายกับยา Enalapril จะใช้ได้ติดกับผู้ป่วยโรค หัวใจวายแต่ไม่ทำให้เกิดอาการไอ

ยารักษาโรคไขข้อในเลือดสูง

มี 2 ชนิดคั่งรูป



ท่านรับประทานยาชนิดนี้แล้วมีอาการ

- ใช่
- ไม่ใช่

ให้ท่านนับนิ้วเพื่อตรวจหาอาการหรือไปรับการรักษาด้วยยาคลายกล้ามเนื้อ

หากท่านจัดการกับตนเองแล้วยังมีอาการปวดเมื่อยตามตัวมากให้ท่านรีบมาโรงพยาบาลทันทีเพราะอาจจะเกิดจากผลข้างเคียงจากการรับประทานยาได้

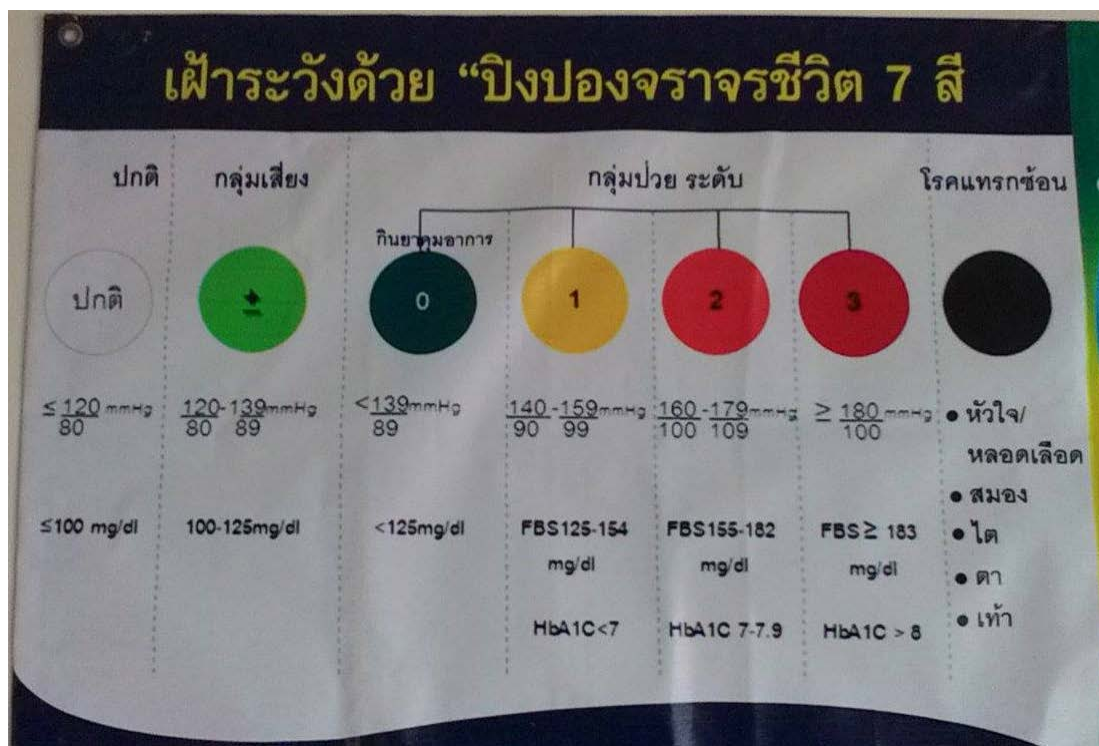
วิธีการปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา

เมื่อท่านลืมกินยา มือใดก็ตามและท่านนึกได้ยังไม่เกิน 2 ชั่วโมง ในเมื่อที่กินถัดไป ท่านสามารถกินยาได้ที่ที่ที่นึกได้ แต่ถ้าท่านนึกได้ใกล้เวลาเมื่อต่อไปประมาณ 2 ชั่วโมง ให้ท่านงดมื้อนั้นและไม่ต้องดึงยาออกจากปฏิทินยา ท่านสามารถกินยาในมื้อถัดไปหรือในวันถัดไปได้ทันทีค่ะ

ความเจ็บป่วยจึงเป็นการทดสอบอย่างหนึ่งจากอัลลอฮ์ ทดสอบถึงความ อุตุนในการบำบัตร์ภักษา ทดสอบถึงระดับความศรัทธาที่มีอยู่

ฉันขอสัญญาว่า จะรักษาตัวยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อที่สามารถผ่านบททดสอบจากอัลลอฮ์ ได้เป็นอย่างดี มีชีวิตอยู่ในแนวทางของพระผู้เป็นเจ้าทั้งโลก ดุนยาและอาคิเราะห์ อามีน

สื่อจรรยาชีวิต ปิงปอง 7 สี



ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวน

1. การทดสอบการกระจายของข้อมูลของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าค่าเฉลี่ยข้อมูลทั้ง 4 ชนิดข้างต้น ทั้ง 3 ช่วงระยะเวลา มีค่า $p > .05$ แสดงว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในตาราง จ1, จ2, จ3 และ จ4 ตามลำดับ

ตาราง จ 1

แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ($N=30$)

		สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
Normal Parameters	Mean	5.3750	5.3833	7.9833
	Std. Deviation	2.75098	2.75879	.06343
Kolmogorov-Smirnov Z		1.676	1.668	2.941

ตาราง จ 2

แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา ($N=30$)

		สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	87.4000	87.1333	99.7000
	Std. Deviation	11.08774	11.51231	.98786
Kolmogorov-Smirnov Z		1.653	1.568	2.662

ตาราง จ 3

แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (N=30)

		สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
Normal Parameters	Mean	159.8333	160.3000	144.7333
	Std. Deviation	5.51539	5.49074	3.49318
Kolmogorov-Smirnov Z		1.148	.977	1.051

ตาราง จ 4

แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (N=30)

		สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
Normal Parameters	Mean	98.8000	99.0667	85.4000
	Std. Deviation	3.34664	3.32113	3.42002
Kolmogorov-Smirnov Z		1.424	1.585	1.169

2. การทดสอบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ทั้ง 3 ช่วงระยะเวลาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้ Mauchly's Test of Sphericity เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน แต่วัดคนละระยะ เวลาพบว่าความแปรปรวนของข้อมูลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง จ5, จ6, จ7 และ จ8 ตามลำดับ

ตาราง จ 5

แสดงการทดสอบความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี (N=30)

ความแปรปรวนภายในกลุ่มเดียวกัน 3 ช่วงเวลา	Mauchly's test	df	Sig.
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา	.001	2	.000

ตาราง จ 6

แสดงการทดสอบความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา (N=30)

ความแปรปรวนภายในกลุ่มเดียวกัน 3 ช่วงเวลา	Mauchly's test	df	Sig.
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา	.107	2	.000

ตาราง จ 7

แสดงการทดสอบความแปรปรวนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (N=30)

ความแปรปรวนภายในกลุ่มเดียวกัน 3 ช่วงเวลา	Mauchly's test	df	Sig.
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	.225	2	.000

ตาราง จ 8

แสดงการทดสอบความแปรปรวนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (N=30)

ความแปรปรวนภายในกลุ่มเดียวกัน 3 ช่วงเวลา	Mauchly's test	df	Sig.
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	.124	2	.000

ภาคผนวก จ

สูตรคำนวณเปรียบเทียบพหุคูณ
ทดสอบด้วย เนเมนยี (Nemenyi test)

$$q = \frac{T_i - T_j}{SE}$$

$$SE = \sqrt{\frac{n(nk)(nk+1)}{12}}$$

n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
k	หมายถึง	จำนวนกลุ่มศึกษา
$q, \alpha, \gamma, \kappa$	หมายถึง	ค่าที่ได้จากการเปิดตาราง
γ	หมายถึง	ค่าองศาแห่งความอิสระ

ภาคผนวก ข
 ลิขสิทธิ์การใช้แบบประเมินของมอริสกี

MMAS-8 License Contract and Copyright Agreement

Required citations and copyright acknowledgement for the MMAS-4 item scale are available on the final license contract and copyright agreement.

In consideration for the right to use certain Morisky proprietary psychometric tools and intellectual property, the undersigned researcher (hereunder "Licensee" or "you") agrees to the following:

A. Ownership and Fees: All psychometric products as well as their translations, adaptations, computer programs, and scoring algorithms, trade secrets, and any other related documents and information (including those in electronic form) which embody or are related to the MMAS tools (including without limitation the Morisky Medication Adherence Scale 4- and 8-item versions, 4-item Morisky Adherence Questionnaire, and any documentation thereof) are intellectual property of Donald E. Morisky, ScD, ScM, MSPH. ("Owner") Professor of Community Health Sciences, UCLA Fielding School of Public Health, Los Angeles, CA 90095-1772 (the address for all payments and communications related to this agreement).

B. Translations: Permission will only be granted to translate the MMAS tools subject to the following requirements: all new translations must be made by contracting with the MAPI Institute and final translations must be approved by the Owner. The MAPI Institute employs the most rigorous standards in the translation process using two native linguistic experts to independently conduct forward and backwards translation; the Owner is actively involved in validating each item in the scale and grants use of the translated scale through a separate license agreement that is linked to the License Agreement Contract/Copyright Agreement. Languages that have already been translated and validated by the MAPI Institute can be requested through the Owner/Developer, Dr. Donald E. Morisky.

C. Use: Licensee understands and agrees that

1) Changes to the wording or phrasing of any Morisky scale, tool or document require written permission. If any changes made to the wording or phrasing of any MMAS item or other Morisky document without permission, the result cannot be considered the MMAS, and subsequent analyses and/or comparisons to other MMAS data may violate Owner's rights.

2) Coding and scoring criteria of the MMAS-8 are trade secrets of the Owner and as such cannot be divulged in any publication or report without the Owner's prior written permission;

3) Permission to use the trademarks "Morisky," "MORISKY SCALE" or "MMAS" is not and will not be granted for any unauthorized use or translation of the MMAS or other MORISKY intellectual property, in whole or in part. No analyses, research results or publications based on unauthorized changes or translated versions, or results thereof, will use MORISKY, MMAS or confusingly similar attributions.

4) The MORISKY SCALE intellectual property legend on the documents provided to you must be included on every page of a MORISKY SCALE questionnaire in study documents, and in any reproductions for manuscript or other publication purposes.

5) In case of scientific, administrative or intellectual property misconduct in using the MORISKY SCALE system of questionnaires or the Morisky name or MMAS names, Owner reserves the right to withdraw permission for use and to pursue all legal remedies. Licensee agrees to the jurisdiction in and venue of the State and Federal Courts in Los Angeles County.

6) Rights granted under this Agreement to use the Morisky scales terminate one-year from the date below or on termination of Licensee's study, whichever is shorter. Licensee acknowledges understanding and agreeing to abide by the above requirements regarding use of any Morisky Medication Adherence Scale or other Morisky intellectual property.

7) Further specific requirements, e.g., citations required in publications, may be obtained from the Owner via <dmorisky@ucla.edu>. Additional terms and agreements via hardcopy or email will become a part of and subject to the provisions of this Agreement.

MMAS-8 License Contract and Copyright Agreement

The license agreement is in effect for a one-year period or the duration of the study, whichever is shorter. If your study is longer than one year, a renewal of license is available based upon a brief status report prior to expiration of the waiver of license fee and copyright agreement.

If I am eligible for a waiver of license fee contractual agreement, I agree to provide Dr. Morisky a report of my findings upon completion of this study, cite the required references as noted on this waiver of license fee agreement and will comply with the copyright specification outlined above regarding the use of the Morisky Medication Adherence Scale, 8-Items, MMAS-8 and will abide with its requirements. Please scan and email to: *Donald E. Morisky, ScD, ScM, MSPH, Professor, Department of Community Health Sciences, UCLA Fielding School of Public Health, 650 Charles E. Young Drive South, Los Angeles, CA 90095-1772; email to dmorisky@ucla.edu.*

Please sign and return this contractual agreement in a Word.doc format, Pages 1 and 2 to Professor Morisky and he will provide you with the scale and coding criteria and signature authorizing use of this copyrighted scale

Name and contact information of Licensee: Nanthikarn Wangji. I'm a second year student in Master of nursing science program, Prince of Songkha University Hat Yai Songkla Thailand.

Title of Study: Effect of Behavioral Modification Program on Medication Adherence and Blood Pressure for Thai Muslim elderly with uncontrolled Hypertension

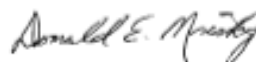
Signature of Licensee:



Date:

19 September 2014

Signature of Developer/Owner:



Date: September 18, 2014

ภาคผนวก ข

ตารางคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

	จำนวน
1. บางครั้งท่านลืมกินยาเม็ดสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงของท่านใช่หรือไม่	30
2. ส่วนใหญ่การลืมกินยาเป็นเรื่องปกติ ท่านนึกทบทวนดูในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่ท่าน ไม่ได้กินยาของท่านใช่หรือไม่	28
3. เมื่อท่านกินยา แต่ท่านรู้สึกว่ามีอาการแสบลง ท่านเคยลดขนาดยาหรือหยุดกินยาของท่าน โดยไม่ได้แจ้งให้แพทย์ของท่านทราบใช่หรือไม่	29
4. เมื่อท่านเดินทางหรือออกจากบ้าน บางครั้งท่านลืมนำยาของท่านไปด้วยใช่หรือไม่	25
5. เมื่อวานนี้ท่านได้กินยาของท่านใช่หรือไม่	30
6. เมื่อท่านรู้สึกเหมือน โรคของท่านอยู่ภายใต้การควบคุม บางครั้งท่านหยุดกินยารักษาโรคของท่านใช่หรือไม่	29
7. สำหรับบางคน การกินยาทุกวันเป็นสิ่งที่ไม่สะดวกอย่างยิ่ง ท่านเคยรู้สึกว่าการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาโรคของท่านมีความยุ่งยากใช่หรือไม่	28

8. บ่อยแค่ไหนที่ท่านมีความลำบากในการจดจำการกินยาทั้งหมดของท่าน

กรุณาทำเครื่องหมายถูกในช่องที่ถูกต้อง

- ไม่เคย/แทบไม่เคย จำนวน 0 ราย
- นานๆ ครั้ง จำนวน 1 ราย
- บางครั้ง จำนวน 5 ราย
- เป็นประจำ จำนวน 24 ราย
- ตลอดเวลา จำนวน 0 ราย

ภาคผนวก ฅ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต
อาจารย์ภาควิชาบริหารเภสัชศาสตร์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. แพทย์หญิงสกวรัตน์ เบ็ญดีอรามา
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรม
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางนันทิกานต์ หวังจิ		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5510421031		
วุฒิการศึกษา			
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
พยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส	2548	

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาล โศกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุณฺณโสพรรณ, และใหม่ไทย ศรีแก้ว. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ ในงานประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34 วันที่ 27 มีนาคม 2558 ณ ห้องประชุมดินแดง ชั้น 1 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.