

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

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

นันทิกานต์ หวังจิ (Nanthikarn Wangjhi)\* ดร.อุมาพร บุญญโสพรรณ (Dr.Umaporn Boonyasopun)\*\*  
ไหมไทย ศรีแก้ว (Maithai Sikeaw)\*\*\*

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดศึกษาหนึ่งกลุ่ม วัดทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิต กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุไทยมุสลิมเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้จำนวน 30 ราย ระยะเวลาในการศึกษารวม 8 สัปดาห์แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะควบคุมสัปดาห์ที่ 1 ถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ และระยะทดลองสัปดาห์ที่ 5 ถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาซึ่งใช้หลักศรัทธาของศาสนาอิสลามบูรณาการกับขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกาและคณะ วัดผลความแตกต่างคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 1, 4, และ 8 โดยใช้สถิติฟริดแมน (Friedman test) พบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตสัปดาห์ที่ 1, 4, และ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เปรียบเทียบรายคู่แบบพหุคูณ (multiple comparison) พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ).

**ABSTRACT**

This quasi-experimental research, single-subject time-series designs, aimed to examine the effects of behavioral modification program on medical adherence and blood pressure. The samples were 30 Thai Muslim elderly with uncontrolled hypertension. There were two periods of the study within eight weeks. During the control period, started from week 1 until the end of week 4, the sample received routine nursing care whereas during experimental period, week 4 until the end of week 8, the sample received a staged-based behavior modification program integrated with Islamic Dogma. Friedman Statistics test showed statistically significant changes in medical adherence score and blood pressure value over the 3 time point ( $p < .05$ ). Multiple comparison revealed that there were statistical significance differences in medical adherence and blood pressure between week 4 and 8 as well as week 1

\* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

and 8 ( $p < .05$ ). The behavioral modification program based on the integration of Muslim dogma and Tran theoretical model of change has statistically significance improved medical adherence and blood pressure in Thai Muslim elderly with uncontrolled hypertension ( $p < .05$ ).

**คำสำคัญ:** การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความดันโลหิตสูง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระดับความดันโลหิต

**Key Words:** Behavioral Modification, Hypertension, Adherence, Blood pressure

**บทนำ**

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข จากการรายงานขององค์กรอนามัยโลกพบว่าประชากร 1 คนใน 3 คนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (World Health Organization [WHO], 2012) และในปัจจุบันจากสถิติการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละกลุ่มวัย พบในผู้สูงอายุมากที่สุดยิ่งอายุมากขึ้นพบอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดตามอายุที่แก่ชราลง ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเพิ่มมากขึ้น (Hasihasanoglu, Gozum, 2011)

จากสถิติการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง พบในผู้สูงอายุมุสลิมมากกว่าศาสนาอื่นคิดเป็นร้อยละ 64 (สำนักงานสาธารณสุขปัตตานี, 2556) เนื่องจากบริบทของพื้นที่และวัฒนธรรมของมุสลิมมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเค็มและมันเป็นส่วนใหญ่ (เพ็ญญา, 2555) จึงส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุมุสลิมจะยึดหลักศาสนาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปฏิบัติตามหลักศาสนาที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด (จันจิรา, 2554) และจากการประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้สูงอายุพบว่ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมมีความคิดและความเชื่อที่บิดเบือนจากบทบัญญัติของศาสนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเอง จึงส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธีด้วยกันคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองและเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ต้องมีการรักษาด้วยยาร่วมด้วยเพื่อลดระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายที่วางไว้ (Joint National Committee 8 [JNC8], 2014) ในปัจจุบันเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคร่วมเบาหวานและไต ใช้เกณฑ์ ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท (JNC8, 2014)

ผู้สูงอายุมุสลิมในภาคใต้ตอนล่างสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เพียงร้อยละ 3.63 ส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตคิดเป็นร้อยละ 18 (สำนักงานสาธารณสุข ปัตตานี, 2556) ส่วนใหญ่พบว่า ไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงส่งผลต่อการเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Conn et al., 2009) ซึ่งจากการสอบถามผู้สูงอายุมุสลิมเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่า เมื่อรับประทานยาเนื่องจากปริมาณยามาก เมื่อรับประทานยาแล้วมีอาการจากการรับประทานยา เช่น มีอาการเห็บววม ไอ จิงหยุดกินยาเองและที่สำคัญผู้สูงอายุมุสลิมอ่านฉลากยาเกี่ยวกับมียา ชนิดและจำนวนยาไม่ได้เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมจะได้รับการศึกษาภาคบังคับน้อย ส่วนใหญ่จะเน้นการเรียนทางด้านศาสนาเพียงอย่างเดียว (ทิพย์วดี, 2552) เมื่อครอบครัวยังไม่ได้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และจากการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเชื่อในการดูแลรักษาตนเอง ผู้สูงอายุมุสลิมจะมีความเชื่อเกี่ยวกับหลักศาสนาอย่างเคร่งครัดว่า “โรคที่เกิดขึ้นเกิดจากพระประสงค์ของผู้เป็นเจ้า จะหายหรือไม่หายก็เกิด

จากพระเจ้า” (อิสมาอีลลุดดี, 2556) จึงทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน้อยเนื่องจากคิดว่ายาไม่ได้เป็นส่วนสำคัญในการดูแลรักษาตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิมของลลิตา (2554) พบว่าการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุมุสลิม คือ การใช้หลักศรัทธาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วดี (2552) พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมุสลิมควรใช้หลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วยเนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อและยึดมั่นตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัดซึ่งจากแนวคิดและความเชื่อของผู้สูงอายุมุสลิม ที่มีแนวคิดที่ว่า “โรคที่เกิดขึ้นเกิดจากพระประสงค์ของพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้า จะหายหรือไม่หายจากการเป็นโรครู้ขึ้นกับพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้า” ซึ่งเป็นความคิดและความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองตามหลักศาสนาที่บัญญัติไว้ในอัลกุรอาน เนื่องจากยังมีบทบัญญัติความต่อเนื่องในการดูแลตนเองอีกหลายวรรค และหลายขั้นตอนที่ผู้สูงอายุมุสลิมไม่ได้นำมาใช้ ไตรตรงพิจารณาในการดูแลตนเองดังคำสอนในบทบัญญัติ วรรคตอนหนึ่งได้เขียนไว้ว่า “พระเจ้าให้โรคมมาเพื่อทดสอบถึงความศรัทธาต่อพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้า ไม่มีโรคใดที่ไม่มียารักษา นอกจากโรคชรา” ดังนั้นผู้ใดที่เจ็บป่วยแล้วไม่รีบบำบัดรักษาแสดงว่าผู้นั้นไม่ศรัทธาต่อพระเจ้าเป็นการหายหรือไม่หายจากการเป็นโรคอยู่ที่พระประสงค์ของพระเจ้าเรามีหน้าที่ที่ต้องดูแลรักษาตนเองให้ดีที่สุด เพื่อที่สามารถจะผ่านบททดสอบของพระเจ้าได้ ทางผู้วิจัยจึงคิดว่าการใช้หลักศรัทธาที่ถูกต้องมาบูรณาการในขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในแต่ละระยะพฤติกรรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาในผู้สูงอายุมุสลิมได้

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดัน

โลหิตสูงมุสลิมก่อนและหลังในระยะควบคุม และก่อนและหลังในระยะทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมในระยะควบคุมและในระยะทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (single-subject time-series design) ระยะเวลาในการศึกษารวม 8 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะควบคุมและระยะทดลอง ระยะควบคุมเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ และระยะทดลองตั้งแต่สัปดาห์ที่ 5 จนถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยา

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุมุสลิมทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 รายที่มารับการ รักษา ณ ศูนย์การจัดการ โรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557 ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันเป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยทำการศึกษาและวัดผลแต่ละช่วงเวลา การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือเป็นผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษาได้ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในช่วง 150-179 มิลลิเมตรปรอท และระดับไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 90-109 มิลลิเมตรปรอทติดต่อกัน 3 ครั้ง และต้องมารับการรักษาในเดือนล่าสุดก่อนได้รับการทดลอง ประวัติรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีแผนจะปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมมารับประทานยาภายใน 1 เดือน (ระยะที่ 3) หรือมีประวัติรักษาด้วยยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอแล้วแต่ยังไม่ครบ 6 เดือน (ระยะที่ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไม่มีโรคร่วมที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองมีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยและภาษามลายูได้ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2008) คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของนงลักษณ์และคณะ (2553) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 เมื่อเปิดตารางของ โคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 ราย ผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

**การรับประทานยา**

ภายใต้กรอบแนวคิด Transtheoretical Model-TTM ของโปรชาสกาและคณะ (Prochaska et al., 1994) โดยจัดกิจกรรมให้สอดคล้องตามระยะพฤติกรรมประกอบด้วย 1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา 3) ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ 4) วิดีโอบุคคลตัวอย่าง 5) ป้ายป้องกันชีวิต จราจร 7 สี 6) การจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน พบว่าเนื้อหาในส่วนประกอบของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ซึ่งเครื่องมือแต่ละชนิดได้คำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา ได้ดังนี้คือ แนวทางการใช้โปรแกรม, แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา, ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้, วิดีโอบุคคลตัวอย่าง และการจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงได้ค่า

ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ป้ายป้องกันชีวิต จราจร 7 สี ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.9

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย**

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด มีทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป กับข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลทั่วไป มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาศัยอยู่กับและข้อมูลสุขภาพ ความเจ็บป่วย เช่น ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความดันโลหิตติดต่อกัน 3 ครั้ง ความสม่ำเสมอในการรักษา โรคประจำตัวร่วมชนิดยาและจำนวนยาที่ใช้ในการรักษา จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ในระยะ 3 ครั้งติดต่อกัน ความพึงพอใจการรับบริการ การมองเห็น และบุคคลที่ช่วยจัดยาให้ โดยที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.2 แบบประเมินระยะพฤติกรรม ซึ่งทางผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ตามทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model-TTM ของโปรชาสกาและคณะ (Prochaska, et al., 1994)

2.3 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี (Morisky, 2008) แปลโดยสำนักแปล MAPI ประเทศฝรั่งเศสได้รับลิขสิทธิ์ในการใช้เครื่องมืออย่างเป็นทางการ โดยมีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 25 ราย ได้ค่าความเที่ยง 0.90 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีจำนวนคำถาม 8 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 1 ข้อ คือ ข้อ 5 เป็นข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7 โดยคำถามทางบวก ไม่ใช่เท่ากับ 0 ใช่เท่ากับ 1 คำถามทางลบไม่ใช่เท่ากับ 1 ใช่เท่ากับ 0 และข้อคำถามแบบเลือกตอบ 1 ข้อมี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือไม่เคยเลยเท่ากับ 1 คะแนนนาน ๆ ครั้งเท่ากับ 0.75 คะแนนบางครั้งเท่ากับ 0.5 คะแนนเป็นประจำ เท่ากับ 0.25 คะแนนตลอดเวลาเท่ากับ 0 คะแนนเกณฑ์การให้คะแนน 8 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก คะแนน 6-7 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า 6 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

2.4 แบบบันทึกการนับเม็ดยาโดยมีการนับเม็ดยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทั้งหมดและมีการนับเม็ดยาโดยมีการประเมินคะแนนการนับเม็ดยาดังนี้

ร้อยละ 100 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดีมาก

ร้อยละ 80-99 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 79 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ต่ำ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยเชิญชวนลงนามในใบพิทักษ์สิทธิเป็นลายลักษณ์อักษร

**ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ในสัปดาห์ที่ 1-สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 มีการจัดกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ดังนี้ ประเมินนับจำนวนเม็ดยา ประเมินระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์การคัดเข้า ประเมินระยะพฤติกรรมมารับประทานยา คัดเลือกผู้ป่วยในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 และให้การพยาบาลตามปกติ โดยนัดมารับยาอีก 4 สัปดาห์ลงสมุดนัดและจัดกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสัปดาห์ที่ 5-สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาลดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การประเมินสภาพ กลุ่มตัวอย่างวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเองประเมินระดับความดันโลหิตตามปิงปองชีวิตจากร 7 สี (กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

**ขั้นตอนที่ 2** **ขั้นเตรียมความพร้อม** เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและยาโรคความดันโลหิตสูงและชนิดโอบคุคลตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอที่อยู่ในระยะที่ 5 พุดคุยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมและเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองตามบุคคลตัวอย่างที่มีพฤติกรรมคล้ายกันและเจ้าหน้าที่พุดคุยเชื่อมโยงหลักศาสนาอิสลามในการดูแลสุขภาพ

**ขั้นตอนที่ 3** จัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาตามกรอบแนวคิดของโปรชaska และคณะ (Prochaska et al., 1994) และจัดกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับพฤติกรรมในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 พบผู้ทำวิจัยโดยมีการจัดกิจกรรม “ญาติสัญญาใจ” ดูแลให้ผู้ป่วยในระยะที่ 3 มีการทำพันธะสัญญาร่วมกันตามบทบัญญัติศาสนาอิสลามในการดูแลตนเองดังนี้ ผู้วิจัยกล่าวถึงความสำคัญที่พระผู้เป็นเจ้าได้ให้โรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากต้องการทดสอบถึงความศรัทธาและเชื่อมโยงถึงศาสตร์ทางการแพทย์ที่พระผู้เป็นเจ้าได้สร้างมาเพื่อบำบัดโรคโดยผ่านกับผู้วิจัยที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยนับถือศาสนาอิสลาม ผู้วิจัยจึงขอทำพันธะสัญญาร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง ที่จะใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ที่พระผู้เป็นเจ้าได้ให้ศึกษาเรียนรู้มาเพื่อมาบำบัดดูแลบ่าวของพระผู้เป็นเจ้า พร้อมกับยกมือขอคู่ออให้พระเจ้าทรงประทานความคิดให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 ไปรวมกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 4 โดยมีการจัดกิจกรรม “ร่วมทำสร้าง เนอะมดี” มีการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ร่วมกันกับครอบครัวโดยมีการจัดยาในแต่ละมือครบตามจำนวนมือที่ได้รับในแต่ละวัน เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมไม่สามารถอ่านหนังสือเกี่ยวกับ วิธีการรับประทานยาภาษาไทยได้ ซึ่งจากการศึกษาของบวรรัตน์, สงวน (2557) มีการศึกษา

เกี่ยวกับการใช้สัญลักษณ์มื้ออาหารในผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือ โดยมีการคิดสัญลักษณ์แทนมื้ออาหารคือยาที่รับประทานในตอนเช้า ใช้สัญลักษณ์พระอาทิตย์ขึ้นพร้อมกับรูปไข่กัน ยาที่รับประทานช่วงเย็น ใช้สัญลักษณ์พระอาทิตย์ตกเย็น และยาที่ใช้รับประทานก่อนนอนใช้สัญลักษณ์รูปนอน ผลการศึกษา พบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องตามเวลา และมื้ออาหารได้ ทางผู้วิจัยจึงมีการประยุกต์ใช้สัญลักษณ์แทนมื้ออาหารในการจัดทำของยาแต่ละหน่วยการใช้โดยได้รับอนุญาตให้อย่างเป็นทางการจัดทำกิจกรรม “ร่วมด้วยช่วยกัน วาญิบที่ต้องรับประทานยาความดัน” ใช้เทคนิคแรงสนับสนุนเชิงช่วยเหลือทางสังคม (helping relationship) บูรณาการกับหลักศรัทธา โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและกระตุ้นเตือนการรับประทานยาโดยมีการจัดทำ คำสำคัญติดด้านบนปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ดังนี้ “อัลลอฮทรงให้โรคกับท่านอัลลอฮก็ทรงให้ยามาบำบัดโรคกับท่านด้วยเช่นกัน วันนี้ท่านกินยาหรือยัง” และด้านหน้าปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ติดคำดังนี้ “ยา เป็นศาสตร์ทางแพทย์ที่อัลลอฮ ทรงประทานมาเพื่อบำบัดโรค อัลลอฮ กำลังทดสอบความศรัทธาของท่านต่อพระองค์ โดยการให้โรคมากับท่าน ท่านกำลังอยู่ในบททดสอบของอัลลอฮในการดูแลรักษาตนเอง เพื่อให้พ้นภัยจากโรคแทรกซ้อน” และแนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามการจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง โดยมีคำถามและคำตอบเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาโรคความดันโลหิตสูงแต่ละชนิด และให้ครอบครัวผู้สูงอายุ muslim มีการดูแลตนเองเบื้องต้นเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและสามารถจัดการกับอาการของตนเองเบื้องต้นได้ และจัดทำกิจกรรม “อ๊ะ โทรศัพท ซารี” โดยการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 6 ซักถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่าง

ต่อเนื่องและสม่ำเสมอกล่าวชมเชย และให้กำลังใจในการรักษาด้วยยา

**ขั้นตอนที่ 4** สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินระดับความดันโลหิต และประเมินระยะพฤติกรรม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพใช้สถิติบรรยาย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแปรปรวนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตโดยสถิติฟริดแมน (Friedman test) และทดสอบพหุคูณ รายคู่ (Multiple comparisons)

**ผลการวิจัยและการอภิปรายผล**

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 66 ปี (SD=5.26) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานไม่ได้เรียนหนังสือ
2. ข้อมูลด้านสุขภาพ ระยะเวลาเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 7.13 ปี (SD=4.34) ระดับความดันโลหิตติดต่อกัน 3 ครั้งก่อนได้รับโปรแกรมความดันซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 165.83 มิลลิเมตรปรอท (SD=7.43) และระดับความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 92 มิลลิเมตรปรอท (SD=11.83) มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันสูง (ร้อยละ 73.33) การรักษาที่ได้รับจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ได้รับยา 2 ชนิด (ร้อยละ 80) คือ ได้รับ ยา ACEI+ Calcium channel blocker (CCBs) (ร้อยละ 63.33) และ Thiazide+Calcium channel blocker (ร้อยละ 16.67) จำนวนมียาที่ได้รับในแต่ละวัน 3 มื้อมากที่สุด (ร้อยละ 73.33) และจำนวนเม็ดยาที่ได้รับในแต่ละวัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.35 เม็ด (SD=1.13) การมองเห็นทางด้านสายตาพบว่าส่วนใหญ่มองไม่ค่อยชัด (ร้อยละ 83.33) ส่วนใหญ่นุคคลอื่นๆ เป็นคนจัดยาให้ (ร้อยละ 83.33)

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังในระยะเวลาพยาบาลตามปกติ และก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาโดยใช้สถิติฟริดแมน (Friedman test)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตมีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่แบบพหุคูณ (multiple comparison) ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 4 กับ สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 1-8

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ทดสอบสถิติฟริดแมน (Friedman test)

| สัปดาห์ที่   | ค่าเฉลี่ย | SD   | แปลผล          | Meanrank | P-value |
|--------------|-----------|------|----------------|----------|---------|
| สัปดาห์ที่ 1 | 5.375     | 2.75 | ความร่วมมือต่ำ | 1.68     | 0.00*   |
| สัปดาห์ที่ 4 | 5.38      | 2.76 | ความร่วมมือต่ำ | 1.73     |         |
| สัปดาห์ที่ 8 | 7.98      | 0.06 | ความร่วมมือสูง | 2.58     |         |

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของมอริสกี ในแต่ละช่วงสัปดาห์โดยใช้การเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison test)

| เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์         | $T_i - T_j$ | $q$  | $q$ 0.05, 87, 3 | แปลผล         |
|-------------------------------------|-------------|------|-----------------|---------------|
| สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 | 1.5         | 0.27 | 4.27            | ไม่แตกต่างกัน |
| สัปดาห์ที่ 5 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 | 25.5        | 4.66 | 4.27            | แตกต่างกัน    |
| สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 | 27          | 4.92 | 4.27            | แตกต่างกัน    |

\* $P < .05$ ,  $q \geq 4.27$

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา ทดสอบสถิติฟริดแมน (Friedman test)

| สัปดาห์ที่   | ค่าเฉลี่ย | SD    | แปลผล   | Mean rank | P-value |
|--------------|-----------|-------|---------|-----------|---------|
| สัปดาห์ที่ 1 | 87.4      | 11.08 | ปานกลาง | 1.63      | 0.00*   |
| สัปดาห์ที่ 4 | 87.13     | 11.08 | ปานกลาง | 1.63      |         |
| สัปดาห์ที่ 8 | 100       | 0     | ดีมาก   | 2.73      |         |

\* $p < .05$

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา ในแต่ละช่วงสัปดาห์โดยใช้การเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison test)

| เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์         | $T_i - T_j$ | $q$  | $q$ 0.05, 87,3 | แปลผล         |
|-------------------------------------|-------------|------|----------------|---------------|
| สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 | 0           | 0    | 4.27           | ไม่แตกต่างกัน |
| สัปดาห์ที่ 5 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 | 33          | 6.02 | 4.27           | แตกต่างกัน    |
| สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 | 33          | 6.02 | 4.27           | แตกต่างกัน    |

\* $P < .05$ ,  $q \geq 4.27$

**ตารางที่ 5** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่ามัธยฐาน ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ทดสอบสถิติ ฟริดแมน (Friedman test)

| สัปดาห์ที่   | ค่าเฉลี่ย | SD   | แปลผล          | Mean rank | P-value |
|--------------|-----------|------|----------------|-----------|---------|
| สัปดาห์ที่ 1 | 159.83    | 5.51 | สูงกว่าค่าปกติ | 2.40      | 0.00*   |
| สัปดาห์ที่ 4 | 160.3     | 5.49 | สูงกว่าค่าปกติ | 2.60      |         |
| สัปดาห์ที่ 8 | 144.73    | 3.49 | ปกติ           | 1.00      |         |

\* $p < .05$

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในแต่ละช่วงสัปดาห์ โดยใช้การเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison test)

| เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์         | $T_i - T_j$ | $q$   | $q$ 0.05,87,3 | แปลผล         |
|-------------------------------------|-------------|-------|---------------|---------------|
| สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 | 6           | 1.1   | 4.27          | ไม่แตกต่างกัน |
| สัปดาห์ที่ 5 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 | 77          | 14.05 | 4.27          | แตกต่างกัน    |
| สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 | 71          | 12.95 | 4.27          | แตกต่างกัน    |

\* $P < .05$ ,  $q \geq 4.27$

**ตารางที่ 7** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่ามัธยฐาน ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ทดสอบสถิติ ฟริดแมน (Friedman test)

| สัปดาห์ที่   | ค่าเฉลี่ย | SD   | แปลผล          | Mean rank | P-value |
|--------------|-----------|------|----------------|-----------|---------|
| สัปดาห์ที่ 1 | 98.8      | 3.34 | สูงกว่าค่าปกติ | 2.40      | 0.00*   |
| สัปดาห์ที่ 4 | 99.06     | 3.32 | สูงกว่าค่าปกติ | 2.60      |         |
| สัปดาห์ที่ 8 | 85.4      | 3.42 | ปกติ           | 1.00      |         |

\* $p < .05$



ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละคู่ของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในแต่ละช่วงสัปดาห์โดยใช้  
การเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison test)

| เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์         | $T_i - T_j$ | $q$   | $q_{0.05,87,3}$ | แปลผล         |
|-------------------------------------|-------------|-------|-----------------|---------------|
| สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 | 6           | 1.1   | 4.27            | ไม่แตกต่างกัน |
| สัปดาห์ที่ 5 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 | 77          | 14.05 | 4.27            | แตกต่างกัน    |
| สัปดาห์ที่ 1 กับสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 | 71          | 12.95 | 4.27            | แตกต่างกัน    |

\* $P < .05$ ,  $q \geq 4.27$

**การอภิปรายผล**

จากผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิต มีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่าในระยะควบคุมสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 4 ผลการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แต่ในระยะทดลองสัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) จากความแตกต่างที่เกิดขึ้นดังกล่าวเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในระยะทดลองได้รับการพยาบาลตามเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับระยะพฤติกรรมตามแนวคิดของโปรชาสกาและคณะ (Prochaska et al., 1994) ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการในโปรแกรม เช่นการวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง การชมวิดีโอบุคคลตัวอย่างที่มีพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การทำพันธะสัญญาในการดูแลตนเองโดยบูรณาการหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามกับศาสตร์ทางการแพทย์ การจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับการประเมินอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ซึ่งทุกกิจกรรมจะเน้นเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และทุกกระบวนการขั้นตอนของกิจกรรม มีการใช้หลักศรัทธา มาบูรณาการในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เกิดการปรับความรู้สึกนึกคิดและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาอย่าง

ต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Breaux-shropshire (2010) ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเอง พบว่า การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการจัดทำกิจกรรมที่หลากหลายเน้นให้ผู้ป่วย เกิดสมรรถนะในการดูแลตนเองด้านต่างๆส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับความรู้สึกนึกคิดและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และส่งผลต่อระดับความดันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ในการศึกษาในครั้งนี้มีการจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้เพื่อกระตุ้นเตือนในการรับประทานยาโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมสภาพทางด้านร่างกายเกี่ยวกับด้านความจำ และจากอุปสรรคที่สำคัญของผู้สูงอายุมุสลิม ที่ส่งผลให้ไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง คือไม่สามารถอ่านฉลากยาภาษาไทยเกี่ยวกับมื้ออาหาร และจำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละมื้อ ซึ่งในปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้มีการจัดยาในแต่ละมื้ออาหารและติดสัญลักษณ์เวลาในการรับประทานยาแต่ละมื้อ และมีการคิดคำสำคัญตามบทบัญญัติของศาสนาในการดูแลตนเอง เพื่อกระตุ้นเตือนการรับประทานยา จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Zedler et al. (2013) ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรมที่มีการใช้ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ พบว่าการใช้ปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาทำให้เกิดสมรรถนะในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้

**สรุปผลการวิจัย**

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาทำให้ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้นส่งผลให้ระดับความดันโลหิตในระยะเวลาทดลองทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และพบว่าในระยะควบคุมค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ความแตกต่างที่พบเนื่องจากในระยะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา ได้ใช้หลักศรัทธามานูรณาการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องในแต่ละระยะพฤติกรรมและในแต่ละกิจกรรมให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองทำให้ผู้สูงอายุ muslim มีการปรับความรู้สึกนึกคิดและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และในโปรแกรมมีการจัดทำกิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่หลากหลายเช่น การจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแต่ละหน่วยการใช้ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้เกี่ยวกับยาการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและการพูดคุยให้กำลังใจโดยการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้ในระยะทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าและระดับความดันโลหิตต่ำกว่าในระยะควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ข้อเสนอแนะ**

1. ระยะเวลาในการจัดใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ควรจะมีการติดตามระยะยาวอย่างน้อย 12 สัปดาห์เพื่อประเมินระดับความดันโลหิตติดต่อกัน
2. การใช้โทรศัพท์ติดตามอาจจะไม่สามารถประเมินการเป็นอยู่ที่บ้านได้ สำหรับบริบทในชุมชนที่ไม่มีภาวะอันตรายเช่นเดียวกันกับ 3 จังหวัดชายแดนใต้ควรติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อคุณลักษณะการใช้ยา ปริมาณยาที่เหลือ
3. ควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขดูแลติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินระดับความดันโลหิตเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรจะมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย muslim ที่ทั่วไปที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยเพื่อป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงเรื้อรังส่งผลต่ออวัยวะในร่างกายนเสื่อมสภาพในผู้สูงอายุต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ**

คณาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย คณาจารย์คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกโพธิ์ตลอดจนเจ้าหน้าที่หน่วยงานศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอย่างดีและที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ที่ให้ความร่วมมือตลอดการทำวิจัย 8 สัปดาห์ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนการศึกษา และขอขอบคุณ คุณพ่อ แม่ สามีและลูกๆ ทั้ง 2 ที่ให้กำลังใจในการศึกษาในครั้งนี้ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

**กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**

กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการเฝ้าระวัง  
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
เสี่ยง (3 อ. 2ส.) ของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย  
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศ  
ไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติสำหรับสถานบริการ  
สุขภาพระดับปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร; 2556.

**จันจิรา ทรงเต๊ะ. พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง**

ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทย  
มุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3. [การค้นคว้าอิสระ  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ  
จัดการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุข  
ศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.

**ทิพย์วดี พันธภาค. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ**

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
มุสลิมโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์; 2552.

**นงลักษณ์ อิงคมณี. ประสิทธิผลของโปรแกรม**

ส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหา  
ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาใน  
ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

**บวรรัตน์ อังศุวัฒนากุลและสงวน ลือเกียรติบัณฑิต.**

การพัฒนาฉลากภาพสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้  
หนังสือ ตอนที่ 1: วิธีการรับประทานยาเม็ด.  
วารสารเภสัชกรรมไทย; 2557 6(1): 41-60.

**ปาริชาติ โรจน์พลากรและยุวดี ฤชา.สถิติ สำหรับ**

งานวิจัยทางการพยาบาล และการใช้โปรแกรม  
SPSS for Windows. กรุงเทพมหานคร: จุฬาทอง;  
2549.

**เพ็ญนภา มะหะหมัด. การพัฒนาโปรแกรมการ**

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ  
กิจกรรมทางกายสำหรับสตรีมุสลิมที่มีภาวะเม  
ตาบอลิกซิม โดรม. [สารนิพนธ์พยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ  
ชุมชน]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์; 2555.

**ลลิตา ยะฝา. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้**

สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวด้าน  
สุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดัน  
โลหิตสูง. [สารนิพนธ์พยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา:  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;  
2554.

**สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี. สถิติผู้ป่วย**

โรคเรื้อรัง [ออนไลน์] 2556 [อ้างเมื่อ 3  
พฤษภาคม 2556]. จาก <http://www.chronic.sasukpattani.com/>

**สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวง**

สาธารณสุข. รายงานประจำปี 2555.  
กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหาร  
ผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.

**ศิริพร ชัมภลิจิต ,จุฬาลักษณ์บารมี, บรรณาธิการ.ใน**

อุมพร ปุณฺณโสพรรณ. คู่มือการสอนการสร้าง  
เสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต :  
แนววิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง. แผนงานพัฒนา  
เครือข่ายพยาบาลศาสตร์ เพื่อการสร้างเสริม  
สุขภาพ; 2555

**อิสมาอีลลุดฟี จะปะเกีย. คู่มือผู้ป่วยและ**

การจัดการตามหลักศาสนาอิสลาม.  
พิมพ์ครั้งที่ 2. ปัตตานี: สำนักเลขานุการ  
มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา; 2556.

- Breaux-shropshire T. Self-Blood Pressure Monitoring, Stage of Change, Medication Adherence, self-Efficacy And Blood Pressure Control in Hypertensive workers: Albama at Birmingham university; 2010.
- Conn VS, Hafdahl RA, Cooper S P, Ruppar M.T, Mehr RD, Russell LC. Intervention to improve medication adherence among older adult: Meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trial: the Gerontologist 2009; 49(4): 447-462.
- Hacihasanoglu R, Gozum, S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviors and B MIina primary health care setting: Journal of Clinical Nursing 2011; 20, 692-705.
- Joint National Committee. On Prevent, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 8 [online] 2014[cited 2013 June 12 ]. Available from: [https://meded.beaumont.edu/system/files/imce/Should%20the%20New%20Hypertension%20Guidelines%20Affect%20Your%20Practice\\_Peterson.pdf](https://meded.beaumont.edu/system/files/imce/Should%20the%20New%20Hypertension%20Guidelines%20Affect%20Your%20Practice_Peterson.pdf)
- Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. (8<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott; 2008.
- Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing For Good: A Revolutionary Six-state Program For Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward. New York: Avon Books; 1994.
- World Health Organization. New data highlight increases in hypertension, Diabetes incidence [online] 2012 [cited 2013 June 12]. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world\\_health\\_statistics\\_20120516/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/)
- Zedker KB, Kakad P, Colilla S, Murrelle L, Shah, N R. Dose Packaging with a Calendar Feature Improve Adherence to self-Administered Medication for Long-Term Use: A Systematic Review: Clinical Therapeutics 2011; 33(1): 62-73.