



ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

ศินาพรรณ หอมรส * และอรรณณ กิริติโรจน์ **

Received: February 16, 2020

Revised: April 11, 2020

Accepted: May 7, 2020

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง โดยปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดี การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งสิ้น 418 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มศึกษา คือ ผู้ที่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย และ 2) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 38 ข้อ ส่วนที่ 4 การสนับสนุน

ทางสังคม จำนวน 88 ข้อ ส่วนที่ 5 การคัดกรองภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทุกด้าน มากกว่า 0.7 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุแบบ 2 กลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศหญิง ระดับฮิโมโกลบิน เอ วัน ซี ควบคุมได้ดี ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง การรับประทานยาจำนวนน้อยกว่า 6 เม็ดต่อวัน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาระดับต่ำ และปานกลาง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง

คำสำคัญ :

ความร่วมมือในการใช้ยา / ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 / ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

** ผู้รับผิดชอบบทความ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรณณ กิริติโรจน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: orawansa@nu.ac.th

* นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** Ph.D.(Clinical Epidemiology) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



Factors Affecting Medication Adherence of Type 2 Diabetic Patients in Bang Krathum Hospital, Phitsanulok Province.

Sinapan Homrot *, and Orawan Keeratisiroj **

Abstract

Medication non adherence of type 2 diabetic patients causes complications in many systems of the body. Both acute and chronic complications have shown that the problem of medication non adherence use correlates with poor clinical outcomes. This research aimed to study factors affecting medication adherence of type 2 diabetics patients in Bang Krathum Hospital, Phitsanulok Province. This study was a case-control study. The sample group consisted of 418 subjects type 2 diabetic patients. The subjects were divided into two groups, 209 subjects each by simple random sampling including the case group who were medication adherence subjects and the control group who were medication non-adherence subjects . Data were collected by self-administration questionnaires and structured interview of five parts as follows: Part I: Demographic characteristics (13 items), Part II: Knowledge of diabetes about diabetic medication

(16 items), Part III: Perceptions of type 2 diabetic patients (38 items), Part IV: Social support (88 items); and Part V: CES-D (20 items). These tools were validated by content validity and reliability with the Cronbach's alpha coefficient greater than 0.7. Data analysis was done using descriptive statistics and multiple binary logistic regression.

Results showed that the positive factors affecting medication adherence of type 2 diabetes patients at the level 0.05 were female, good control level of HbA1C, high level of knowledge about diabetic medication, taking medication less than 6 tablets per day, low and moderate of perceived barriers, and high level of perceived self-efficacy.

Keywords :

Medication adherence / Type 2 Diabetic patients/ Problem of medication non adherence

***Corresponding Author : Assistant professor Dr. Orawan Keeratisiroj, Ph.D.(Clinical epidemiology), Faculty of Public Health, Naresuan University, E-mail: orawansa@nu.ac.th*

** Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University*

*** Ph.D.(Clinical epidemiology), Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University*



1. บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากข้อมูลสมพันธ์เบาหวานนานาชาติได้รายงานไว้ว่า โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยใน ค.ศ. 2017 พบผู้ที่เป็นเบาหวานมีจำนวนมากกว่า 425 ล้านคน อายุระหว่าง 20-79 ปี และคาดว่าใน ค.ศ. 2045 จะมีผู้ที่เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2017) สำหรับประเทศไทย ใน พ.ศ. 2555-2558 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,050 เป็น 1,233 ต่อแสนประชากร และอัตราตายด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 12 เป็น 19 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สำหรับข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ใน พ.ศ. 2558 – 2560 พบว่า มีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 6,282, 6,332 และ 7,176 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยอำเภอที่พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุด ใน พ.ศ. 2560 ได้แก่ อำเภอบางกระทุ่ม อำเภอพรหมพิราม และอำเภอวัดโบสถ์ มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 9,613, 8,891 และ 8,322 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีอัตราป่วยสูงกว่าระดับประเทศ โดยเมื่อพิจารณาอัตราป่วยใน พ.ศ. 2558 – 2560 อำเภอบางกระทุ่มเป็นอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด จากรายงานอัตราป่วยของโรคเบาหวานคือ 9,027, 9,181 และ 9,613 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

สำหรับโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลกจัดเป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ซึ่งเป็นเขตสุขภาพที่ 2 ตั้งอยู่ในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานใน พ.ศ. 2558 - 2560 เท่ากับ 2,883 2,961 และ 2,994 ราย ตามลำดับ (สถิติข้อมูลจากคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลบางกระทุ่ม, 2560) ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก (สถิติข้อมูลจากกลุ่มงานเภสัชกรรมและ

คุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบางกระทุ่ม, 2560) พบว่าเกณฑ์ความร่วมมือในการใช้ยาสอดคล้องกับชี้ขาดการณ์กรมขุนทด (2554) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ มีผู้ป่วยเบาหวานให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่มีพฤติกรรมการบริหารยาทั้งยาเม็ดรับประทานและหรือยาฉีดตามใบสั่งยาของแพทย์ให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา มีความสม่ำเสมอในการใช้ยา โดยผู้ป่วยทราบและเข้าใจแผนการรักษา จำนวน 360 ราย และผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มีพฤติกรรมการบริหารยาทั้งยาเม็ดรับประทานและหรือยาฉีดไม่ตรงตามใบสั่งยาของแพทย์ เช่น ผิดขนาดยา ผิดเวลาการใช้ยา การปรับขนาดยาเอง หรือลืมใช้ยาเม็ดและหรือยาฉีดมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 263 ราย เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดีก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2556) เป็นต้น สาเหตุที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง เช่น ลืมรับประทานยา/ ลืมฉีดยา (ร้อยละ 48.7) ลืมนำยาติดตัวเมื่อออกไปนอกบ้าน (ร้อยละ 36.7) ไม่สะดวกพกพา (ร้อยละ 28.0) (ชนกฤต มงคลชัยภักดี และคณะ, 2558) เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะไม่รับรู้ถึงผลข้างเคียง อันตรายจากการเพิ่มและลดขนาดของยาเอง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (กิงกาญจน์ สิทธิชินแก้ว และรุ่งระวี นาวีเจริญ, 2557) โดยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ามาอนรักษที่โรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ใน พ.ศ. 2558 – 2560 เท่ากับ 53, 44 และ 41 ราย ตามลำดับ (สถิติข้อมูลจากกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบางกระทุ่ม, 2560) ปัญหานี้จึงควรได้รับการแก้ไขโดยมาตรการที่มุ่งปรับเปลี่ยนปัจจัยซึ่งสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาจึงมีความสำคัญ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ (ภาวคร ชัยมัน, 2552, Kirkman *et al.*, 2015) อายุ (วรนน คล้ายหงส์ และคณะ, 2559,



Kirkman *et al.*, 2015, Lee *et al.*, 2017, Horvat *et al.*, 2018) อาชีพ การมีโรคที่เป็นร่วม (ธนกฤต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ, 2558) รายได้ (สุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ, 2560, Kirkman *et al.*, 2015) สิทธิการรักษา (Adisa *et al.*, 2017) ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (Gu, *et al.*, 2017) ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) การบริหารเรื่องการใช้จ่าย ยา (Lee *et al.*, 2017) ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน (ภวัศร ชัยมัน, 2552) ภาวะซึมเศร้า (สุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ, 2560) ระดับการศึกษา จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน (Kirkman *et al.*, 2015) ผลข้างเคียงของยา วิธีการรักษา (Horvat *et al.*, 2018) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (ภวัศร ชัยมัน, 2552, ศศิธร รุ่งสว่าง, 2558, วรณัน คล้ายหงส์ และคณะ, 2559) และการสนับสนุนทางสังคม (สิริมาส วงศ์ใหญ่ และคณะ, 2557, ศศิธร รุ่งสว่าง, 2558, วรณัน คล้ายหงส์ และคณะ, 2559, Gu, *et al.*, 2017) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock *et al.*, (1988) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยร่วมประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา การมีโรคที่เป็นร่วม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) การบริหารเรื่องการใช้จ่าย ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า จำนวนเม็ดยาต่อวัน ผลข้างเคียงของยา และวิธีการรักษาปัจจัยด้าน 2) การรับรู้ของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 3) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม

2. วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

2.1 ปัจจัยร่วมประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา การมีโรคที่เป็นร่วม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) การบริหารเรื่องการใช้จ่าย ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า จำนวนเม็ดยาต่อวัน ผลข้างเคียงของยา และวิธีการรักษา

2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2.3 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม

2.4 ปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม (case-control study)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 623 ราย (สถิติข้อมูลจากกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบางกระพุ่ม, 2560) ใช้เกณฑ์ความร่วมมือในการใช้ยาสอดคล้องกับดัชนีภาวะการปฏิบัติ (2554) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มศึกษา (Case) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่มีพฤติกรรมการบริหารยาทั้งยาเม็ดรับประทานและหรือยาฉีดตามใบสั่งยาของแพทย์ ให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา มีความสม่ำเสมอในการใช้ยา โดยผู้ป่วยทราบและเข้าใจแผนการรักษา จำนวน 360 ราย



2) กลุ่มควบคุม (Control) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มีพฤติกรรมการบริหารยาทั้งยาเม็ดรับประทานและหรือยาฉีดไม่ตรงตามใบสั่งยาของแพทย์ เช่น ผิดขนาดยา ผิดเวลาการใช้ยา การปรับขนาดยาเอง หรือลืมใช้ยาเม็ดและหรือยาฉีดมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 263 ราย ซึ่งการจำแนกกลุ่มได้รับการประเมินโดยเภสัชกรประจำคลินิกโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2560

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 418 ราย เป็นกลุ่มศึกษาจำนวน 209 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 209 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มจากหมายเลขผู้ป่วยนอก (hospital number; HN) ด้วยการแยกสุ่มกลุ่มศึกษา (case) และกลุ่มควบคุม (control) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร case-control study โดยใช้แอปพลิเคชัน n4Studies (Ngamjarus *et al.*, 2014 ; Bernard, 2000 และ Fleiss *et al.*, 2003)

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มีประวัติการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลกอย่างน้อย 3 เดือน เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยตั้งครรภ์ ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาด้วยตนเอง มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเก็บข้อมูล

3.3 การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 619/2018

3.4 เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม (questionnaire) แบ่งออกเป็น 5 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 38 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้

ประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 88 ข้อ ส่วนที่ 5 การคัดกรองภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ซึ่งปรับจากเครื่องมือของโสมเรศ ศรีบ้านไผ่ (2554) อ่างใน วิไล คุปต์นิรัตน์ศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) โดยการตอบแบบ สอบถามด้วยตนเองในกรณีที่ตัวอย่างอ่านออกเขียนได้ และการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นในกรณีที่ตัวอย่างมีปัญหาเรื่องการอ่านเขียน ทั้งนี้แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยหลังการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม แบบสอบถามในการศึกษานี้ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence; IOC) เท่ากับ 0.89 จากนั้นมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) แบบสอบถามด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's method) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าแอลฟาของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เท่ากับ 0.785, 0.777, 0.945 และ 0.860 ตามลำดับ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ทั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบวันนัดและสถานที่นัดหมายของผู้ป่วยเบาหวานในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล หากพบว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับการนัดหมายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยจะประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยในการลงเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ในวันที่ผู้ป่วยนัดหมาย ระหว่างวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุแบบ 2 กลุ่ม (multiple



binary logistic regression) นำเสนอ ค่า adjusted odds ratio (adjusted OR) และช่วงเชื่อมั่น 95% โดยวิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบ Backward Wald Test และทดสอบสมการด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow Test

4. ผลการศึกษา

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 418 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 209 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 209 ราย พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีปัจจัยร่วมใกล้เคียงกัน ดังนี้

กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.6 และ 64.6 ตามลำดับ) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 38.8 และ 35.9 ตามลำดับ) ว่างาน (ร้อยละ 27.8 และ 28.2 ตามลำดับ) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 83.7 และ 72.2 ตามลำดับ) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,001 – 4,000 บาท (ร้อยละ 36.8 และ 36.4 ตามลำดับ) มีสิทธิการรักษาเป็นผู้สูงอายุ / เด็ก / คนพิการ (ร้อยละ 54.1 และ 62.2 ตามลำดับ) มีโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 91.4 และ 88.0 ตามลำดับ) มีระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) $\geq$ ร้อยละ 7 หมายถึง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (ร้อยละ 53.1 และ 72.2 ตามลำดับ) มีการดูแลด้วยตนเองในการบริหารเรื่องการไข้ยา (ร้อยละ 83.7 และ 74.6 ตามลำดับ) ระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.4) แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 45.9) และไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 94.7 และ 82.8 ตามลำดับ) มีการไข้ยาต่อวันโดยการรับประทานยา (รวมยาทุกชนิด) จำนวน 6 - 11 เม็ด/วัน (ร้อยละ 58.4 และ 62.7 ตาม ลำดับ) ไม่ฉีดยาอินซูลิน (ร้อยละ 83.30 และ 72.70 ตามลำดับ) ไม่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 95.7 และ ร้อยละ 95.7 ตามลำดับ)

4.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการไข้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุแบบ 2 กลุ่ม เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผล

ต่อความร่วมมือในการไข้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในขั้นตอนแรกจะทำการเลือกตัวแปรอิสระ 21 ตัวแปร วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ Univariate analysis โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 ได้ 16 ตัวแปร (เพศ ระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) ระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการไข้ยา ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อายุ ระดับการศึกษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การบริหารเรื่องการไข้ยา ภาวะซึมเศร้า วิธีการรักษาโรคเบาหวาน ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ไข้ยา ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ไข้ยา ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการไข้ยา และระดับการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม) นำตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ Multivariate analysis พบว่า มี 6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการไข้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ผู้ป่วยเพศหญิง มีโอกาสร่วมมือในการไข้ยาได้มากกว่า เพศชายอยู่ 1.65 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.04 ถึง 2.64) ผู้ป่วยที่มีระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ที่ควบคุมได้ดี มีโอกาสร่วมมือในการไข้ยาได้มากกว่าผู้ที่มีระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ที่ควบคุมได้ไม่ดี อยู่ 2.17 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.39 ถึง 3.39) ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง มีโอกาสร่วมมือในการไข้ยาได้มากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับต่ำ อยู่ 2.77 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.42 ถึง 5.42) ผู้ป่วยที่รับประทานยาน้อยกว่า 6 เม็ดต่อวัน มีโอกาสร่วมมือในการไข้ยาได้มากกว่าผู้รับประทานยา 6 เม็ดต่อวัน ขึ้นไป อยู่ 2.24 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.39 ถึง 3.61) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการไข้ยาในระดับต่ำ มีโอกาสร่วมมือในการไข้ยาได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการไข้ยาในระดับสูง อยู่ 3.67 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.64 ถึง 8.21) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการไข้ยาในระดับปานกลาง มีโอกาสร่วมมือในการไข้ยาได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการไข้ยาในระดับสูง อยู่ 2.57 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.38 ถึง 4.77) และผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง มีโอกาสร่วมมือในการไข้ยาได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ และปานกลาง อยู่ 3.49 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.71 ถึง 7.14) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)		crude OR (95% CI)	adjusted OR (95% CI)
	ร่วมมือในการใช้ ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		
เพศ				
ชาย	53 (25.4)	74 (35.4)	Reference	Reference
หญิง	156 (74.6)	135 (64.6)	1.61(1.06-2.46)*	1.65(1.04-2.64)*
ระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C)				
ควบคุมได้ดี (HbA1C < 7%)	98 (46.9)	58 (27.8)	2.30(1.53-3.45)*	2.17(1.39-3.39)*
ควบคุมได้ไม่ดี (HbA1C ≥ 7%)	111 (53.1)	151 (72.2)	Reference	Reference
ระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน				
ต่ำ	60 (28.7)	96 (45.9)	Reference	Reference
ปานกลาง	99 (47.4)	91 (43.5)	0.28(0.15-0.50)*	1.34(0.82-2.18)
สูง	50 (23.9)	22 (10.5)	0.48(0.27-0.85)*	2.77(1.42-5.42)*
การรับประทานยา (รวมยาทุกชนิด) (เม็ด/วัน)				
น้อยกว่า 6 เม็ด/วัน	76 (36.4)	44 (21.1)	2.14(1.39-3.31)*	2.24(1.39-3.61)*
6 เม็ด/วัน ขึ้นไป	133 (63.6)	165 (78.9)	Reference	Reference
ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา				
ต่ำ	31 (14.8)	26 (12.4)	2.92(1.40-6.10)*	3.67(1.64-8.21)*
ปานกลาง	158 (75.6)	134 (64.1)	2.89(1.64-5.10)*	2.57(1.38-4.77)*
สูง	20 (9.6)	49 (23.4)	Reference	Reference
ต่ำ	20 (9.6)	49 (23.4)	Reference	Reference
ปานกลาง และสูง	189 (90.4)	160 (76.6)	2.89(1.65-5.07)*	2.74(1.49-5.03)*
ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
ต่ำ และปานกลาง	12 (5.7)	50 (23.9)	Reference	Reference
สูง	197 (94.3)	159 (76.1)	5.16(2.66-10.03)*	3.49(1.71-7.14)*
Hosmer-Lemeshow Test			Chi-square = 2.68, p-value = 0.953	

หมายเหตุ * p-value ≤ 0.05



5. อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลกพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

เพศ อธิบายว่า เพศบอกถึงความแตกต่างทางสรีระร่างกายของบุคคลและบทบาทของบุคคลในสังคม ซึ่งเพศชายจะมีสรีระร่างกายที่แข็งแรงกว่าเพศหญิง จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ (Becker, 1974) ทำให้เพศหญิงแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าเพศชาย ซึ่งพบว่า เพศเป็นปัจจัยร่วมในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock *et al.* (1988) สอดคล้องกับการศึกษาของภวัตร ชัยมัน (2552) พบว่า เพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Kirkman *et al.* (2015) พบว่า เพศชายมีความร่วมมือการใช้ยามากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี อธิบายว่า ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) เป็นผลระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดในช่วงเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา เพื่อใช้ระบุถึงความเสี่ยงในการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค และติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยเบาหวาน (Alqahtani *et al.*, 2013) จึงมีความเกี่ยวข้องกันโดยตรง ระหว่างพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานกับระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ซึ่งพบว่า ระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี เป็นปัจจัยร่วมในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock *et al.* (1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee *et al.* (2017) พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (HbA1C) มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียัญญา พรหมมาลุน และคณะ (2560) พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าร้อยละ 7 – 8 ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากข้อมูลตัวแปรตามมีรูปแบบวิธีการใช้ยารักษาโรคเบาหวานแตกต่างกัน

ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานอธิบายว่าการเพิ่มความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง (ประทุม สุขชัยพานิชพงศ์, 2557) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง มีผลทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งพบว่า ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานเป็นปัจจัยร่วมในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock *et al.* (1988) สอดคล้องกับการศึกษาของภวัตร ชัยมัน (2552) พบว่า คะแนนความรู้ที่ได้ที่น้อยกว่าระดับปานกลาง ทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) พบว่า ความรู้ด้านการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิริมาส วงศ์ใหญ่ และคณะ (2557) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($p\text{-value} > 0.05$) และการศึกษาของธนกฤต มงคลชัยภักดี และคณะ (2558) พบว่า ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน อธิบายว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานยาจำนวนมากอาจทำให้รู้สึกท้อแท้ และเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา จนกระทั่งทำให้เกิดพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (มุจลินท์ เรื่องไพศาล และกรแก้ว จันทภาษา, 2563) โดยการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในช่วงอายุ 60-69 ปี รับประทานยาเฉลี่ย 6-11 เม็ดต่อวัน ซึ่งพบว่า จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน เป็นปัจจัยร่วมในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock *et al.* (1988) สอดคล้องกับการศึกษาของภวัตร ชัยมัน (2552) พบว่า จำนวนเม็ดยาเบาหวานที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เม็ดทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลงมากกว่าการได้รับจำนวนเม็ดยาเบาหวานที่น้อยกว่า 3 เม็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554)



พบว่า จำนวนเม็ดยาทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Kirkman, *et al.* (2015) พบว่า ปัจจัยด้านการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือการใช้ยาเบาหวานอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิริมาส วงศ์ใหญ่ และคณะ (2557) พบว่า จำนวนเม็ดยาโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการศึกษาของธนกฤต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ (2558) พบว่า จำนวนเม็ดยาหรือจำนวนครั้งที่ฉีดยาต่อวันไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาอธิบายว่า เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม (Becker, 1974) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเบาหวานรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาสูงจึงเกิดพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาด้วยเช่นกัน ซึ่งพบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock *et al.* (1988) สอดคล้องกับการศึกษาของภวัตร ชัยมัน (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธนกร มินนท์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (2561) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาเบาหวานไม่สามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานยา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอธิบายว่า เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Rosenstock *et al.*, 1988) ซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยด้านการรับรู้

รู้ของบุคคลในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock *et al.* (1988) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ทำให้ความร่วมมือใช้ยามากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของวรนนท์ คล้ายหงส์ และคณะ (2559) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. สรุป

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศหญิง ระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง การรับประทานยาจำนวนน้อยกว่า 6 เม็ดต่อวัน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาระดับปานกลางและสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 จากผลการวิจัยพบปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การลดการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา เช่น ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและลดการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาโดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้คำแนะนำ ปรีกษาในปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งมีบทบาทในการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา

7.2 ปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน และเพิ่มการสนับสนุนในผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานยา 6 เม็ดต่อวันขึ้นไป หรือควบคุมระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี



ได้ไม่ดี โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานและให้สมุดบันทึกการใช้อย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้รับยาครบทุกมื้อและป้องกันการใช้ยาซ้ำ

8. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางกระทุ่ม ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

9. เอกสารอ้างอิง

- กึ่งกาญจน์ สิทธิชนแก้ว และรุ่งระวี นาวีเจริญ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลินร่วมกับยารับประทาน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 102-112.
- ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนกร มินนท และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานยาเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 50-60.
- ธนกฤต มงคลชัยภักดิ์, สุชาติพิทย์ พิชญ์ไพบุลย์, และอลิศรา แสงวิรุณ. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 7(1), 47-59.
- ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์. (2557). ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง. *Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University*, 1(1), 1-12.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทาง*

พยาบาลศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ภวัตร ชัยมัน. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูจลินท์ เรืองไพศาล และกรแก้ว จันทภาษา. (2563). เหตุผลของความไม่ร่วมมือในการกินยาในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษาโรงพยาบาลวาริชภูมิจังหวัดสกลนคร. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 12(2), 481-493.

โมเรศ ศรีบ้านไผ่. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรนนท์ คล้ายหงษ์, นาริรัตน์ จิตรมนตรีและวิราพรธณ วิโรจน์รัตน์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 65-75.

วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล และพนม เกตุมาน. (2540). *การศึกษาแบบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ CES-D ในคนไทย*. สารศิริราช, 49, 442-449.

ศศิธร รุ่งสว่าง. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2558-2560*. สืบค้นเมื่อ 18 เมษายน 2561, จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรม



- การแพทย์. (2556). *เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2559. สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2561, จาก http://www.thaincd.com/s/dl12516/document/file/download/paper-manual/รายงานประจำปี_59_สำนักโรคไม่ติดต่อ.pdf.
- สิริมาส วงศ์ใหญ่, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพรรณวดี พุฒพัฒน์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี*, 30(2), 80-90.
- สุปรียญา พรหมมาลุน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(1), 61-71.
- Adisa, R., Olajide, O. O., & Fakeye, T. O. (2017). Social support, treatment adherence and outcome among hypertensive and type 2 diabetes patients in ambulatory care settings in Southwestern Nigeria. *Ghana medical journal*, 51(2), 64-77.
- Alqahtani, N., Khan, W. A. G., Alhumaidi, M. H., & Ahmed, Y. A. A. R. (2013). Use of glycated hemoglobin in the diagnosis of diabetes mellitus and pre-diabetes and role of fasting plasma glucose, oral glucose tolerance test. *International journal of preventive medicine*, 4(9), 1025.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Health education monographs, 2, 324-473.
- Bernard, R. (2000). *Fundamentals of biostatistics*. Boston, PWS Publishers, 2, 140-246.
- Fleiss, J. L., Levin, B., & Paik, M. C. (2013). *Statistical methods for rates and proportions*. John Wiley & Sons.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas (8th)*. Retrieved April 15, 2018, from http://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN.pdf.
- Kirkman, M. S., Rowan-Martin, M. T., Levin, R., Fonseca, V. A., Schmittziel, J. A., Herman, W. H., & Aubert, R. E. (2015). *Determinants of adherence to diabetes medications: findings from a large pharmacy claims database*. Diabetes care, 38(4), 604-609.
- Lee, C. S., Tan, J. H. M., Sankari, U., Koh, Y. L. E., & Tan, N. C. (2017). *Assessing oral medication adherence among patients with type 2 diabetes mellitus treated with polytherapy in a developed Asian community: a cross-sectional study*. BMJ open, 7(9), e016317.
- Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., & McNeil, E. (2014). *n⁴Studies: Sample size and power calculations for android*. The Thailand Research Fund: Prince of Songkla University.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). *Social learning theory and the health belief model*. Health education quarterly, 15(2), 175-183.