

ผลของการพัฒนาศักยภาพการใช้จ่ายต่อความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะปราง อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา

รุจิรา วงศ์พรเพ็ญภาพ ภ.บ.*ภ.ม.*

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลรัตนภูมิ

Corresponding author, Email: nasrithong@gmail.com

(วันรับบทความ : 19 มกราคม 2569, วันแก้ไขบทความ : 14 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ : 4 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในการใช้จ่ายของผู้ป่วย โดยเฉพาะการตรวจสอบความร่วมมือในการใช้จ่าย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการใช้จ่ายต่อความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะปราง อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา

วัสดุและวิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 34 ราย ดำเนินการตั้งแต่เมษายน พ.ศ. 2568 - กันยายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือ ได้แก่

(1)แผนการพัฒนาศักยภาพการใช้จ่ายคลินิกเบาหวานโดยเภสัชกรจำนวน 8 กิจกรรม (2)แบบวัดความร่วมมือในการใช้จ่าย MAST© (3)แบบสอบถามการรับรู้แรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (4)แบบบันทึกการตรวจระดับน้ำตาลสะสม

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีระดับความร่วมมือในการใช้จ่ายก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (34.85 ± 4.32 และ 38.17 ± 1.49) มีระดับแรงจูงใจในการใช้จ่ายก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (22.59 ± 3.16 และ 26.64 ± 0.60) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการพัฒนา 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (8.69 ± 1.27 และ 7.81 ± 1.25)

สรุป: การพัฒนาศักยภาพการใช้จ่ายส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ระดับความร่วมมือในการใช้จ่ายและแรงจูงใจในการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ความร่วมมือในการใช้จ่าย

The Effect of Potential Development of The Medication Adherence for Type 2 Diabetes Patients That Uncontrol Blood Sugar Levels Thamaprang Health Promoting Hospital, Rattaphum District, Songkhla Province

Rujira Wongpornpenpap Pharm.D. M.Pharm.

Pharmacy and Health Consumer Protection Department, Rattaphum Hospital

Abstract

Background: Diabetes is a chronic condition demanding ongoing pharmacotherapy. Poor glycemic control can result in various systemic complications. Pharmacists have a crucial role in patient drug therapy, especially in assessing medication compliance.

Objectives: Aim to investigate the effects of a medication use potential development program on medication adherence among patients with uncontrolled Type 2 diabetes at Thamaprang Health Promoting Hospital, Rattaphum District, Songkhla Province.

Materials and Methods: This quasi-experimental research design with one group pretest-posttest. The sample consisted of 34 patients with diabetes. The study was conducted from April 2025 to September 2025. The research instruments included: (1) a pharmacist-led diabetes clinic medication-use capability development plan consisting of 8 activities, (2) the Medication Adherence Scale (MAST©), (3) a questionnaire assessing the perception of motivation for continuous medication adherence, and (4) a record form for HbA1c levels.

Results: The results revealed that medication adherence scores increased significantly ($p < .001$) (34.85 ± 4.32 and 38.17 ± 1.49 points), while medication motivation scores also improved significantly ($p < .001$) (22.59 ± 3.16 and 26.64 ± 0.60). Furthermore, the mean HbA1c level significantly decreased ($p < .05$) (8.69 ± 1.27 and 7.81 ± 1.25).

Conclusions: The development of drug use results in the samples having reduced HbA1c levels and increased the level of drug cooperation and motivation to use.

Keywords: Potential development, Type 2 diabetes patients, The Medication adherence

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพทั่วโลกที่เติบโตเร็วที่สุดของศตวรรษที่ 21 ปัจจุบันประชากรมากกว่า 1 ใน 10 คนทั่วโลกเป็นโรคเบาหวาน โดยที่ 1 ใน 5 หรือมากกว่านั้นของประชากรผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ความชุกของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่อายุ 20-79 ปี เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าจากจำนวนผู้ป่วยประมาณ 151 ล้านคน (ร้อยละ 4.6 ของประชากรโลกในขณะนั้น) ถึง 537 ล้านคน (ร้อยละ 10.5 ของประชากรโลก) หากไม่มีการดำเนินการที่เพียงพอเพื่อแก้ไขสถานการณ์ ทำนายว่าจะมีประชากรโลก 643 ล้านคนป่วยเป็นโรคเบาหวานภายในปี พ.ศ. 2573 (ร้อยละ 11.3 ของประชากร) และหากแนวโน้มยังคงดำเนินต่อไป ตัวเลขจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน (ร้อยละ 12.2) ภายในปี พ.ศ. 2588⁽¹⁾ ในสหรัฐอเมริกา มีประชากร 38.4 ล้านคน (ร้อยละ 11.6) ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยประชากรที่เป็นผู้ใหญ่จะเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยอยู่ที่ร้อยละ 29.2 ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป⁽²⁾ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases, NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น⁽³⁾

อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา มีประชากร 64,742 คน ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่เข้ารับบริการในระบบ 3,935 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ตามเกณฑ์ในปีงบประมาณ 2567 คิดเป็นร้อยละ 21.63 (เกณฑ์ร้อยละ 40 ของกระทรวงสาธารณสุข)⁽⁴⁾ เมื่อแยกรายตำบล พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะปราง มีร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี น้อยที่สุด คือร้อยละ 15.85 โดยพบว่า มีผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ≥ 7 จำนวน 66 คน (HbA1c 7-7.9 = 33 คน, HbA1c ≥ 8 = 33 คน)⁽⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเภสัชกรมีบทบาทในการให้ความรู้ในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ส่งผลพัฒนาผลลัพธ์ของโรคให้ดีขึ้นได้⁽⁶⁾ ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นเภสัชกรที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งปกติให้การดูแลและแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยการให้ความรู้คำแนะนำอย่างเดียว จึงมีความสนใจในการศึกษาการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โดยการเพิ่มกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น โดยการให้ความรู้ในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นรายกลุ่มย่อย ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้และความเข้าใจคำศัพท์เกี่ยวกับโรคเบาหวานและยาเบาหวาน การออกฤทธิ์ของยาเบาหวาน อาการข้างเคียงจากการยาและความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา การจัดยาและการปรับเวลาใช้ยาให้มีความสะดวกสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน การฝึกทักษะการ

สืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ การฝึกทักษะการอ่านและใช้สมมุติประจำตัวเรื่องการไ้ย้าเบาหวาน และมีการติดตามเยี่ยมโดยทางโทรศัพท์การจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้คำแนะนำต่อเนื่อง เพื่อนำผลจากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ในเรื่องการไ้ย้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระของสังคม รวมทั้งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเบาหวานของครอบครัว อันจะนำไปสู่การลดปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนและเกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการไ้ย้าแรงจูงใจในการไ้ย้า และความแตกต่างระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะปราง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพการไ้ย้าที่คลินิกเบาหวานโดยเภสัชกร

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบ ผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

1. ประชากร คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะปราง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา โดยปกติผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยเบาหวานจากคลินิกเป็นประจำอยู่แล้วแต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power Version 3.1.9.2 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 ค่าขนาดอิทธิพล 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ประชาชนสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 40-65 ปี
2. ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะปราง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง
3. มีผลการตรวจระดับ HbA1c $\geq$ ร้อยละ 7 ติดต่อกันในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
4. สามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้
5. ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จนจบโครงการ

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้
2. มีโรคอื่นที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้
3. มีปัญหาสุขภาพจิต หรือปัญหาการสื่อสาร เช่น หูตึง
4. มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีการเปลี่ยนแปลงยาและการรักษาก่อนการสิ้นสุดโครงการ

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2.1 ขั้นเตรียมการ

2.1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่างๆ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวบรวมความรู้ มาใช้ในการศึกษาค้นคว้า

2.1.2 คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วม กลุ่มในการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการให้ ความร่วมมือในการศึกษาโดยไม่มีการบังคับ

2.2 ขั้นตอนดำเนินการ

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัยและประเมิน ความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจก่อนเริ่มทำกิจกรรม 2) ทำแบบทดสอบ ก่อนเริ่มกิจกรรม ประกอบด้วย แบบวัดความร่วมมือ ในการใช้ยา และแบบสอบถามแรงจูงใจในการใช้ยา 3) ผู้วิจัยบันทึกข้อมูล HbA1c ก่อนการเริ่ม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมกลุ่ม การพัฒนา ศักยภาพโดยการให้ความรู้ประกอบด้วย

1. พัฒนาความรู้และทำความเข้าใจ คำศัพท์เกี่ยวกับโรคเบาหวานและยาเบาหวาน

2. พัฒนาความรู้เรื่องการเข้าใจการ ออกฤทธิ์ของยาเบาหวาน อาการข้างเคียงจากยา และการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียง

3. พัฒนาความรู้เรื่องความสำคัญของการให้ ความร่วมมือในการใช้ยา

4. พัฒนาความรู้เรื่องการปรับเวลาใช้ ยาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน

5. ฝึกทักษะการจัดยาให้สะดวกต่อ การบริหารยาของผู้ป่วย

6. ฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูลจาก แหล่งข้อมูลต่าง ๆ

7. ฝึกทักษะการอ่าน และใช้สมุด ประจำตัวเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการให้คำปรึกษา ติดตามเป็นรายบุคคล ทางโทรศัพท์ และ Application line แก่ผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมกลุ่ม การพัฒนา ศักยภาพโดยการให้ความรู้เพื่อทบทวนและฝึก ทักษะเพิ่มเติมจากการให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 2 รวมทั้งเพิ่มคู่มือการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 5- 23 กิจกรรมการให้ คำปรึกษาติดตามเป็นรายบุคคล ทางโทรศัพท์ และ Application line เป็นรายสัปดาห์ ยกเว้นผู้ป่วย ต้องการคำปรึกษา

2.3 ประเมินผล ประเมินผลหลัง ดำเนินการครบ 6 เดือน โดยการตรวจ HbA1c ประเมินระดับความร่วมมือการใช้ยาและแรงจูงใจ ในการใช้ยา

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมด 3 ตอนประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการ ใช้ยา เป็นแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับ ชาวไทย (Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST)⁽⁷⁾

ตอนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁾ ตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขความ

เที่ยงตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

4. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive research) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน

ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา แรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพการใช้ยา 6 เดือน โดยใช้สถิติทดสอบ Paired samples t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5. การพิทักษ์สิทธิ ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลา เอกสารรับรองเลขที่ 53/2568 ลงวันที่ 14 มีนาคม 2568

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	(n=34)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	7	20.6
- หญิง	27	79.4
2. อายุ		
- 40-50 ปี	6	17.6
- 51-60 ปี	19	55.9
- มากกว่า 60 ปี	9	26.5
$\bar{X} = 56.35$ S.D.= 5.35 Min = 47 Max = 64		
3. ศาสนา		
- พุทธ	22	64.7
- อิสลาม	12	35.3
4. ค่าดัชนีมวลกาย		
- 18.5-22.9 (ปกติ)	5	14.7
- 23-24.9(อ้วนระดับที่ 1)	8	23.5
- 25-29.9 (อ้วนระดับที่ 2)	13	38.3
- ≥ 30 (อ้วนระดับที่ 3)	8	23.5
$\bar{X} = 26.86$ S.D.= 3.93 Min = 19.30 Max = 34.90		
5. การศึกษา		
- ประถมศึกษา	27	79.4
- มัธยมศึกษา	7	20.6

ข้อมูล		(n=34)	
		จำนวน	ร้อยละ
6. อาชีพ	- รับราชการ	0	0
	- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	8.8
	- เกษตรกรรม	24	70.6
	- รับจ้าง	7	20.6
7. ประวัติการสูบบุหรี่	- สูบ	4	11.7
	- ไม่สูบ	30	88.2
8. ประวัติการดื่มสุรา	- ดื่ม	3	8.8
	- ไม่ดื่ม	31	91.2
9. ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน	- น้อยกว่า 5 ปี	15	44.1
	- 5-9 ปี	9	26.5
	- 10 ปี ขึ้นไป	10	29.4
$\bar{X} = 6.82$ S.D. = 5.01 Min = 1 Max = 20			
10. ประวัติโรคประจำตัวอื่น	- มี	33	97.1
	- ไม่มี	1	2.9
11. ชนิดของโรคประจำตัวร่วม	- โรคหัวใจ	5	4.7
	- โรคภาวะไขมันในเลือดสูง	8	23.5
	- 2 โรคขึ้นไป เช่น โรคความดันโลหิตสูง/ โรคหัวใจ/โรคภาวะไขมันในเลือดสูง	20	58.8
12. จำนวนรายการยาที่รับประทาน (รวมยาประจำตัวอื่น)	- 1-5 ชนิด	29	85.4
	- 6-10 ชนิด	5	14.6
$\bar{X} = 4.23$ S.D. = 1.28 Min = 2 Max = 8			

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน เป็นเพศหญิง 27
คน และเพศชาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 79.4 และ
20.6 ตามลำดับ อายุส่วนใหญ่ช่วง 51-60 ปี 19 คน

คิดเป็นร้อยละ 55.9 ($\bar{X} = 56.35$, S.D.= 5.35, Min =
47, Max = 64) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือ
ศาสนาพุทธ 22 คน ร้อยละ 64.7 ศาสนาอิสลาม
12 คน ร้อยละ 35.3 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ 25-

29.9 (อ้วนระดับที่ 2) 13 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3
 รองลงมา 23-24.9 (อ้วนระดับที่ 1) และ ≥ 30
 (อ้วนระดับที่ 3) 8 คน เท่ากัน ร้อยละ 23.5 ($\bar{X}$ =
 26.86, S.D. = 3.93, Min = 19.30, Max = 34.90)
 ระดับการศึกษาประถมศึกษา 27 คน ร้อยละ 79.4
 มัธยมศึกษา 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6 อาชีพส่วนใหญ่
 คือเกษตรกรกรรม 24 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6
 รองลงมา รับจ้าง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6 กลุ่ม
 ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ 30 คน คิดเป็นร้อยละ
 88.5 ไม่ดื่มสุรา 31 คน คิดเป็นร้อยละ 91.2 กลุ่ม
 ตัวอย่างมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่

ไม่เกิน 5 ปี 15 คน คิดเป็นร้อยละ 44.1 ($\bar{X}$ =
 6.82, S.D. = 5.01, Min = 1, Max = 20) กลุ่ม
 ตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย 33 คน คิดเป็น
 ร้อยละ 97.1 และไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย 1 คน คิด
 เป็นร้อยละ 2.9 โรครวมที่มากที่สุดคือมีโรคอื่น
 มากกว่า 2 โรคขึ้นไป 20 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8
 รองลงมา โรคไขมันในเส้นเลือด 8 คน ร้อยละ 23.5
 จำนวนรายการยาที่กลุ่มตัวอย่างรับประทาน (รวม
 ยาประจำตัวอื่น) 1-5 ชนิด 29 คน คิดเป็นร้อยละ
 85.4 ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 1.28, Min = 2, Max = 8)

ตารางที่ 2 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความร่วมมือเฉลี่ยในการใช้ยาก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความร่วมมือ	ก่อนการพัฒนา (n=34)		หลังการพัฒนา (n=34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (≥ 32 คะแนน)	28	82.4	34	100
ปานกลาง (24-31 คะแนน)	5	14.7	0	0
น้อย (< 24 คะแนน)	1	2.9	0	0
รวม	34	100	34	100
		Min=22, Max=40, $\bar{X}$ = 34.85 $\pm$ 4.32	Min=34, Max=40, $\bar{X}$ = 38.17 $\pm$ 1.49	

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี
 ระดับความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการพัฒนา
 ระดับสูงร้อยละ 82.4 (28) ระดับปานกลางร้อยละ
 14.7 (5) ระดับน้อยร้อยละ 2.9 (1) ($\bar{X}$ = 34.85,

S.D. = 4.32) ตามลำดับ ส่วนหลังการพัฒนา มี
 ระดับความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงร้อยละ 100
 (34) ($\bar{X}$ = 38.17, S.D. = 1.49)

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าเฉลี่ยการรับรู้แรงงูใจในการใช้ยาเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับการรับรู้แรงงูใจ	ก่อนการพัฒนา (n=34)		หลังการพัฒนา (n=34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (21-27 คะแนน)	27	79.4	34	100
ปานกลาง (17-20 คะแนน)	6	17.6	0	0
น้อย (0-16 คะแนน)	1	2.9	0	0
รวม	34	100	34	100
Min=14, Max=27, $\bar{X}$ =22.59 $\pm$ 3.16 Min=25, Max=27, $\bar{X}$ =26.64 $\pm$ 0.6.				

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้แรงงูใจในการใช้ยาเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนการพัฒนา ระดับสูงร้อยละ 79.4 (27) ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.6 (6) และระดับน้อยร้อยละ

2.9 (1) ($\bar{X}$ = 22.59, S.D. = 3.16) หลังการพัฒนา ระดับการรับรู้แรงงูใจในการใช้ยาเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 (34) ($\bar{X}$ = 26.64, S.D. = 0.60)

ตารางที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับน้ำตาลสะสม	ก่อนการพัฒนา (n=34)		หลังการพัฒนา (n=34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7	0	0	7	20.55
7.01-7.5	4	11.80	10	29.45
มากกว่า 7.5	30	88.20	17	50.00
รวม	34	100	34	100
Min=7.30, Max=11.70 $\bar{X}$ = 8.69 $\pm$ 1.27 Min=6.20, Max =12.40 $\bar{X}$ =7.81 $\pm$ 1.25				

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนการพัฒนา ระดับมากกว่า 7.5 ร้อยละ 88.20 และระดับ 7.01-7.5 ร้อยละ 11.8 และหลังการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่า 7.5 ร้อยละ 50 รองลงมาระดับ

7.01-7.5 ร้อยละ 29.45 และระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ร้อยละ 20.55 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย HbA1C ก่อนการพัฒนา 8.69 ($\bar{X}$ = 8.69, S.D. = 1.27) หลังการพัฒนา 7.81 ($\bar{X}$ = 7.81, S.D. = 1.25)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ ความร่วมมือในการใช้ยา แรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	P value
	(n=34)		(n=34)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ความร่วมมือในการใช้ยา	34.85	4.32	38.17	1.49	-5.032	.000**
2.การรับรู้แรงจูงใจในการใช้ยาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	22.59	3.16	26.64	0.60	-7.72	.000**
3.ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	8.69	1.27	7.81	1.25	3.54	.001*

* p < .05

** p < .001

จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการพัฒนา ($\bar{X} = 34.85$, S.D. = 4.32) และหลังการพัฒนา ($\bar{X} = 38.17$, S.D. = 1.49) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้แรงจูงใจในการใช้ยาเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า การรับรู้แรงจูงใจในการใช้ยาเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนการพัฒนา ($\bar{X} = 22.59$, S.D. = 3.16) และหลังการพัฒนา ($\bar{X} = 26.64$, S.D. = 0.60) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนการพัฒนา ($\bar{X} = 8.69$, S.D. = 1.27) และหลังการพัฒนา ($\bar{X} = 7.81$, S.D. = 1.25) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยมีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้ (1) พัฒนาความรู้และทำความเข้าใจคำศัพท์เกี่ยวกับโรคเบาหวานและยาเบาหวาน (2) พัฒนาความรู้เรื่องการเข้าใจการออกฤทธิ์ของยาเบาหวาน อาการข้างเคียงจากยาและการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียง (3) พัฒนาความรู้เรื่องความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา (4) พัฒนาความรู้เรื่องการปรับเวลาใช้ยาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน (5) ฝึกทักษะการจัดการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ (6) ฝึกทักษะการอ่าน และใช้สมุดประจำตัวเบาหวาน (8) การให้คำปรึกษาดิตตามเป็นรายบุคคล ทางโทรศัพท์ และ Application line มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยถึงแม้ว่ากลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยา จาก แบบวัด MAST® ก่อนการพัฒนาระดับสูงร้อยละ 76.5 (26) เฉลี่ย 34.85 ± 4.32 คะแนนอยู่แล้ว หลังการพัฒนามีระดับความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงขึ้นทุกคนร้อยละ 100 (34) เฉลี่ย 38.17 ± 1.49 คะแนน ระดับแรงจูงใจในการใช้ยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจในการใช้ยาก่อนการพัฒนาศักยภาพเฉลี่ยร้อยละ 83.7 คะแนน เฉลี่ย 22.59 ± 3.16 คะแนน และหลังการพัฒนาเฉลี่ยร้อยละ 98.67 คะแนน เฉลี่ย 26.64 ± 0.60 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนการพัฒนา 8.69 ± 1.27 และหลังการพัฒนา 7.81 ± 1.25 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งถือว่าในด้านทฤษฎีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับที่สูง แต่ในส่วนของระดับน้ำตาลสะสมแม้จะลดลงจากก่อนการพัฒนา พบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดซึ่งผู้ป่วยเบาหวานควรมีระดับน้ำตาลสะสมที่น้อยกว่าร้อยละ 7 สอดคล้องกับการศึกษาผลของการนำรูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผลลัพธ์ค่าทางห้องปฏิบัติการ FBS HbA1c LDL Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น⁽⁹⁾ การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นความร่วมมือในการใช้ยาที่มีต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี ในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า การใช้โปรแกรมกระตุ้นความร่วมมือการใช้ยาที่ประยุกต์จากหลักหาแนวทางร่วมรักษา และการจัดการด้านยาด้วยตนเอง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้⁽¹⁰⁾ และการศึกษาผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อปัญหาจากการใช้

ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี และเข้ารับการรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีสัดส่วนของผู้ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 26.5) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 13.6) ($P=0.039$) และมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเฉลี่ย (22.0 ± 1.9 คะแนน) มีแนวโน้มที่ดีขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม (20.4 ± 3.0 คะแนน) ($P=0.016$) โดยสรุปการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 มีแนวโน้มลดปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRPs) รวมทั้งมีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา⁽¹¹⁾ การศึกษาผลของการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิก NCD High Risk โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ พบว่าระดับค่าเฉลี่ย FBS ก่อนการวิจัยมีระดับเฉลี่ยที่ 218.40 ± 8.46 และหลังการวิจัยมีค่าเฉลี่ยที่ลดลง เป็น 142 ± 5.71 เมื่อเปรียบเทียบ FBS ก่อนการวิจัย และหลังการวิจัย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ เช่นเดียวกับ HbA1c ก่อนการวิจัยมีระดับเฉลี่ยที่ 9.65 ± 1.7 หลังการวิจัยมีค่าเฉลี่ยที่ลดลง เป็น 8.14 ± 1.67 และมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ คะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและด้านยาของผู้ป่วยก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัยไม่แตกต่างกัน คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.90 ± 1.07 , 3.80 ± 0.96 ตามลำดับ ความพึงพอใจอยู่ในระดับดี คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.39 ± 1.06 ⁽¹²⁾

การศึกษาประสิทธิผลและความคงอยู่ของโปรแกรม MEDIHEALTH ในการพัฒนาการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยรัฐชาราวักของประเทศมาเลเซียที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยชาวมาเลเซียที่มี โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาที่ Petra Jaya Health Clinic และ Kota Samarahan Health Clinic และมีระดับการรับประทานยาในระดับปานกลางถึงต่ำ (8-item Morisky Medication Adherence Scale, Malaysian specific, คะแนน < 6) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MEDIHEALTH มีคะแนน SEAMS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) ที่ 1, 3, 6 และ 12 เดือนหลังการทดลอง นอกจากนี้ HbA1c ในกลุ่มทดลอง MEDIHEALTH ยังลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ 1, 3, 6 และ 12 เดือน หลังการทดลอง ($p < 0.001$)⁽¹³⁾

การศึกษาการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะปราง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลาครั้งนี้ ผลการศึกษาในเรื่องทฤษฎีกลุ่มตัวอย่างมีระดับความร่วมมือในการใช้ยา และการรับรู้ในระดับสูงมากขึ้น แต่ในส่วนในระดับน้ำตาลสะสมซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ แม้จะมีแนวโน้มที่ดี ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลลดลง แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายทุกคน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน เพิ่งเริ่มเป็นเบาหวานประมาณ 2 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย 34.9 และมีโรคประจำตัวอื่น คือ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ มาก่อนการเป็นโรคเบาหวานระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพิ่มขึ้นจาก 7.8 เป็น 12.40 ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อได้ ต้องส่งกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัตนบุรีต่อไป จึงอาจจะต้องมีการศึกษาประเด็นเพิ่มเติมรายบุคคล ถึงพัฒนาการในการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยเบาหวานว่ามีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองหรือไม่ เช่น ปัจจัยด้านความต่อเนื่องในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ปัจจัยโรคร่วมอื่นทำให้มีการรับประทานยาหลายขนานร่วมกัน ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านการปฏิบัติตนในกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านการใช้บุหรี่ยาสูบ เป็นต้น รวมทั้งการดูแลติดตามผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งการนำรูปแบบการพัฒนาครั้งนี้ไปใช้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดอาจจะต้องมีการดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

สรุป

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยา มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการพัฒนาระดับสูงร้อยละ 76.5 (26) คะแนนเฉลี่ย 34.85 ± 4.32 คะแนน ส่วนหลังการพัฒนา มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงร้อยละ 100 (34) คะแนนเฉลี่ย 38.17 ± 1.49 คะแนน ซึ่งมีความร่วมมือสูงขึ้นกว่าเดิม

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยา มีระดับการรับรู้แรงจูงใจในการใช้ยาเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการรับรู้แรงจูงใจในการใช้ยาเกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนา ศักยภาพการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงร้อยละ 79.4 (27) คะแนนเฉลี่ย $22.59 \pm$

3.16 คะแนน หลังการพัฒนาระดับการรับรู้แรงจูงใจในการใช้ยาเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 (34) คะแนนเฉลี่ย 26.64 ± 0.60 คะแนน การรับรู้แรงจูงใจในการใช้ยาสูงกว่าเดิม

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยา มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังการได้รับการพัฒนาลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เฉลี่ย 8.69 ± 1.27 และ 7.81 ± 1.25 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางให้ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนำแนวทางการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะปราง อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ไปดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในคลินิกต่อไป

2. การใช้วิธีการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมระดับน้ำตาลได้จึงจำเป็นต้องมีการประเมินความพร้อมในการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021 [cited 2023 Feb 27]. Available from: <https://www.idf.org/e-library/welcome/copyright-permission.html>

รวมถึงอาจจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมทั้งมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

3. เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินติดตาม พฤติกรรมระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยที่ได้รับการพัฒนาเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินความคงอยู่ของการรับรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. ควรขยายวิธีการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ไปยังผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกให้ได้ทุกคน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ให้ความอนุเคราะห์และให้คำแนะนำในการใช้เครื่องมือ แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย(MAST) และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือทุกท่าน

2. Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes statistics report [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/php/data-research/index.html>
3. ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์. กรมควบคุมโรคเผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611&deptcode=brc&news_views=2
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, กลุ่มรายงานมาตรฐาน. อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา; [เข้าถึงเมื่อ 29 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://plg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่ามะปราง. ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://jhcis.moph.go.th>
6. Khan YH, Alzarea AI, Alotaibi NH, Alatawi AD, Khokhar A, Alanazi AS, et al. Evaluation of impact of a pharmacist-led educational campaign on disease knowledge, practices and medication adherence for type 2 diabetic patients: a prospective pre- and post-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):10060.
7. กมลชนก จงวิไลเกษม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 2564;13(1):17-30.
8. พินิตนันท์ วงศ์สุวรรณ. การพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยา และพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2560;10(1):90-104.
9. วิภารัตน์ ลีชัยกิจเจริญ. การพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรก วินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*. 2562;1(2):23-38.
10. วุฒิไกร กรพิมาย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกระตุ้นความร่วมมือในการใช้ยาที่มีต่อระดับน้ำตาลสะสม ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดีในหน่วยบริการปฐมภูมิ. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2567;7(1):1-11.

- 11.วิกานดา เวชอุบล, พลอยกาญจน์ เกียรติวัฒน์, ทัดดา ศรีบุญเรือง. ผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2564;13(1):127-142.
- 12.สรคมน์ วัชรากินชัย. ผลของการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิก NCD High Risk โรงพยาบาลปาดังเบซาร์. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2568;8(2):64-79.
- 13.Ting CY, Ahmad Zaidi Adruce S, Hassali MA, Ting H, Lim CJ, Ting RS, et al. Effectiveness and sustainability of a structured group-based educational program (MEDIHEALTH) in improving medication adherence among Malay patients with underlying type 2 diabetes mellitus in Sarawak State of Malaysia: study protocol of a randomized controlled trial. Trials. 2018;19(1):310.