

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรม ในการติดตามประเมินตนเองเพื่อลด ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ของผู้ป่วยเบาหวาน(ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) เขตโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร

ทิวชาพร หุ่นนอนไพร (Tawitchaporn Honnonprai.)

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง แบบ one -group, pretest-posttest experimental design เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรม ความร่วมมือในการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ทำการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 55 ราย

กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในการประเมินติดตามตนเอง ในการลด ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม แผนการสอน คู่มือการใช้ยาและการประเมินติดตามตนเอง MMAS-8-item และ PCNE version 9.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ pair- simple t- test

ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < .001$) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด (FBS) และ HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < .001$) และระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < .001$)

ผลลัพธ์จากการใช้แนวทางของ PCNE version 9.1 พบปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากไม่ได้ผลจากการรักษาด้วยยา(ร้อยละ 94.82) สาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วย (ร้อยละ 94.80) วิธีการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมากที่สุดโดยการให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 94.80) พบปัญหาได้รับการยอมรับแก้ไขทั้งหมด (ร้อยละ 89.65) และผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ทั้งหมด (ร้อยละ 91.31) อย่างไรก็ตามปัญหาการใช้ยาบางส่วนก็ไม่สามารถจัดการได้อย่างสมบูรณ์ อาจเกิดจากข้อจำกัดของผู้ป่วยเองและผู้ดูแล

จากผลการศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในการประเมินติดตามตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการประเมินติดตามตนเอง / ความรู้ / พฤติกรรม / ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา / ความร่วมมือในการใช้ยา / ระดับน้ำตาลในเลือด

Development of programs to promote knowledge and behavior for self-assessment to reduce problems related to drug use of insulin-dependent diabetes mellitus Saithong Watthana Hospital Area Kamphaeng Phet Province

Tawitchaporn Honnonprai

Abstract

The study was quasi-experimental., a one-group, pretest-posttest experimental design, to compare mean scores on knowledge, behavior, drug use adherence and blood sugar levels. of the sample before and after the program In patients with type 2 diabetes, selective with purposive sampling. The sample group consisted of 55 people. The sample group received a knowledge and behavior promotion program for self-monitoring. in reducing problems associated with drug use The tool used is Knowledge and Behavioral Promotion Programs, Lesson Plans, Medication Guidelines and Self-Monitoring Assessments, MMAS-8-item and PCNE version 9.1. Data were analyzed using pair-simple t-test statistics. The study found that There were significantly higher mean scores for knowledge, behavior and drug use ($P<.001$), and mean blood sugar (FBS) and HbA1C decreased significantly ($P<.001$) and glucose levels Fingertip was significantly reduced ($P<.001$)

And the results from using the guideline of PCNE version 9.1 found that most of the problems were caused by the ineffectiveness of drug treatment (94.82%). The cause of the problems was mostly from the patients (94.80%). Or caregivers the most by giving advice on drugs to patients (94.80%) found that all problems were accepted and resolved 89.65% and the results of all problems were solved. 91.31 percent. However, some drug use problems cannot be completely managed. It may be caused by the limitations of the patient and the caregiver. From the results of research studies, the development of a program to promote knowledge and self-management behavior As a result, patients have more adherence and can reduce blood sugar levels.

Keywords: self-monitoring assessment program , knowledge , behavior , drug-related problems , drug adherence ,blood sugar levels

บทนำ

ปัจจุบันพบการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทั่วโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยก็เช่นกัน ในปี 2564 พบว่าประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) [1] ส่งผลให้มีปัญหาทางด้านสาธารณสุขตามมา ซึ่งพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาที่สำคัญและมีจำนวนมากขึ้น ประเทศไทยมีจำนวนถึง 4.8 ล้านคน และคาดว่าปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 5.3 ล้านคน [2] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์การรักษา (ค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน แต่ครั้งไม่ควรเกิน 140 mg% ค่าระดับ HbA_{1c} ไม่ควรเกิน 7 และค่าการตรวจวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ไม่ควรเกิน 126 mg/dL) จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับระบบต่างๆในร่างกายได้ แต่ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ได้จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย เช่น โรคไตเรื้อรัง เบาหวานขึ้นตา โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และความผิดปกติที่เท้า หากผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง [3] จะต้องอาศัยความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยาาร่วมด้วย ทั้งนี้ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รวมถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย [3,4]

ยาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามหลัก 5R คือ ถูกคน ถูกโรค ถูกขนาด ถูกเวลา และถูกวิธี แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องมีปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Drug related problems: DRPs) มีแนวทางในการค้นหาปัญหา มีกระบวนการและแนวทางในการจัดการปัญหาด้านการใช้ยา โดยแนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 9.1 [5] ซึ่งจัดทำและเผยแพร่โดยกลุ่มนักวิจัยด้านบริบาลเภสัชกรรมของประเทศไทย เนื่องจากเป็นแนวทางที่มีวิธีการประเมินครบถ้วนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาไปจนถึงการประเมินผลลัพธ์ มีการแบ่งประเภทปัญหาการใช้ยาเป็น 5 หมวดได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับยา (Problem; P) สาเหตุของปัญหา(Cause; C) การวางแผนแก้ไขปัญหา Planged Intervention (I) การยอมรับการแก้ไขปัญหา Intervention Acceptance (A) สถานะของปัญหาเกี่ยวกับยา Status of the DRP

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา ใช้ยาไม่ถูกต้องตามหลัก 5 R และพบปัญหาเกี่ยวกับยาด้านอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการใช้สายตา การมองเห็นไม่ชัดเจน อาศัยความคุ้นเคยในการรับประทานยาหากมีการเปลี่ยนแปลงขนาดยา มีภาวะหลงลืมบ้างบางครั้ง ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ตามองเห็นไม่ชัดเจน พร่ามัว ภาวะไตวาย อาการชาปลายมือปลายเท้า การหายของบาดแผลซ้ำ ปัสสาวะบ่อย และมีภาวะ Hypoglycemia , Hyperglycemia ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากงานวิจัยของ พิจักษณาและคณะ(2561) [6] ศึกษาความถี่ ประเภท ความรุนแรงและสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวกับยา (DRPs) วิธีการแก้ไข ปัญหา ผลลัพธ์การแก้ไข ปัญหาโดยใช้แบบประเมินของ PCNE เวอร์ชัน 8.02 ในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การจัดการกับปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรได้รับการยอมรับ

อย่างดีและสามารถแก้ไขปัญหาด้านยาบ่นของผู้ป่วยได้มากและจากการศึกษาของบุญถม และคณะ (2556) [7] การหาสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ซึ่งใช้แนวแนวทางของ PNCE พบผู้ป่วยมีปัญหาได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ เน้นความสำคัญของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมบ้านและการศึกษาของไชยา และคณะ(2563) [8] ได้นำแนวคิดของเคนเฟอร์ (Kanfer, & Gaelick,1988) [9] มาใช้ในการดำเนินการวิจัย เชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ เกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสีย มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้เพิ่มความสามารถของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการประเมินติดตามตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากการทบทวนวรรณกรรม การส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดของเคนเฟอร์ (Kanfer, & Gaelick 1988) [9] ได้นำรูปแบบของการกำกับตนเองมาประยุกต์และพัฒนาโปรแกรม กล่าวว่า บุคคลที่จะส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (goal setting) ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จ การติดตามตนเอง (Self monitoring) เป็นขั้นตอนการสังเกตติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การประเมินตนเอง (Self evaluation) เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมและการเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement) ดังนั้นการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ [9]

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ ในเขตโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 1,264 คน 1,327 คน และ 1,368 คน [10] ตามลำดับ พบว่า ในปี 2565 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้มีจำนวน 635 ราย (ร้อยละ46.42) [10] การแก้ไขปัญหานั้นผ่านงาน งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลทรายทองวัฒนาได้ให้ความรู้ แบบรายกลุ่ม และหากค้นพบปัญหาจากการใช้ยาจะได้รับการให้คำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องแบบรายเดี่ยวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะไม่ทราบว่าจะสามารถเข้ายาได้อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ จะทราบผลอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้หรือบางรายจะทราบเมื่อเข้ารับการรักษาโรคตามนัด อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีการนำแนวคิดการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ป่วยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกับเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์ (Kanfer, & Gaelick,1988) [9] ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรม ในการติดตามประเมินตนเอง เพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน (ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) โดยเภสัชกรรมของยุโรป PCNE เวอร์ชัน 9.1 และแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์ (Kanfer, & Gaelick,1988) [9] มาใช้ในการแก้ไขปัญหาระยะยาว หากผลการศึกษามีประสิทธิผลจะสามารถจัดการช่วยแก้ไขปัญหาด้านยาได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ลดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของยา ลดค่ารักษา และผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในการประเมินตนเองเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรม ความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ one -group, pretest-posttest experimental design

1. ประชากรผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg% (FBS) และค่า และ HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 เข้ารับการรักษาในเขตโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างเดือน กันยายน 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 จำนวน 60 ราย

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าเฉลี่ย 2 ค่าเปรียบเทียบกัน และไม่เป็นอิสระต่อกัน Dependent groups (Paired data) โดยวัดก่อนและหลัง จากการใช้ Intervention (Heinisch, 1965) [11] จากสูตร

$$n /group = (Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma^2 / \Delta^2$$

พารามิเตอร์ที่ใช้ในการคำนวณอ้างอิง การศึกษาของวชิรา สุทธิธรรมและคณะ (2559) [12] คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสสูญหายเพื่อป้องกันความสูญเสียเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 15 และเพื่อความมั่นใจของข้อมูลในการแจกแจง [13] ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการ 65 03 32 กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอม ก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อ สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้นกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาเบาหวานของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถาม
จำนวน 19 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 -19 คะแนน
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมในการประเมินตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา ประกอบด้วย
คำถาม จำนวน 19 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 -38 คะแนน
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือ (ความสม่ำเสมอ) ในการรับประทานยา ของผู้ป่วย
เบาหวาน(ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) (MMAS -8 Item) [14] จำนวน 8 ข้อ คะแนนความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยา อยู่ระหว่าง 0 ถึง 8 คะแนน
ส่วนที่ 5 แบบบันทึก (Case record form) ที่ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องระดับ
น้ำตาล ปัญหาจากการใช้ยา (DRPs)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของเคนเฟอร์ Kanfer, & Gaelick, (1988) [9] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม การ
พัฒนาโปรแกรมดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่ดำเนินโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ประกอบด้วย
กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 6 และ 8

กิจกรรมครั้งที่1 (สัปดาห์ ที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่1 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ทำการประเมินความรู้ พฤติกรรม และความร่วมมือในการใช้ยาในการใช้ยา
บันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด FBS และ HbA1C และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ของผู้กลุ่ม
ตัวอย่าง สอบถามปัญหาจากการใช้ยาตามแบบ PCNE เวอร์ชัน 9.1 [5]

ขั้นตอนที่3 ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาการแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและ
แบบเรื้อรัง ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน (ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) การเก็บรักษา ยา และอาการไม่
พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และพฤติกรรมจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่4 ทำการแจกคู่มือการใช้ยาเบาหวานที่มีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล (ชนิดไม่พึ่ง
อินซูลิน) และสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน (ผู้บันทึกอาจเป็นผู้ป่วยหรือญาติที่ดูแล) แนะนำการใช้
คู่มือและสมุดบันทึก โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกเป้าหมายไว้ในสมุดบันทึก

ขั้นตอนที่ 5 ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับ
น้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ได้

ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์กระตุ้นให้เกิดการประเมินและติดตามตนเอง ในสัปดาห์ที่ 2
4 และ 6 และมีการเยี่ยมบ้านโดย เภสัชกรประจำคลินิกหมอครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้ดูแลทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบปลายนิ้ว (DTX: mg/d) ของกลุ่มตัวอย่างหลังจากเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมายและทำการกระตุ้นให้เกิดการประเมินและติดตามตนเอง เพื่อช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ และค้นหาอุปสรรคที่เป็นสาเหตุของปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ผู้ดูแลทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบปลายนิ้ว (DTX : mg/dl) ทำการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรประจำคลินิกหมอครอบครัว ติดตามความร่วมมือหรือค้นหาอุปสรรค การบันทึกเพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างและส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เภสัชกรประจำคลินิกหมอครอบครัว คืบข้อมูลกลับไปให้ผู้วิจัย หากพบปัญหาผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามปัญหาที่พบและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) ผู้ดูแลทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบปลายนิ้ว (DTX: mg/dl) ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมายและทำการกระตุ้นให้เกิดการประเมินและติดตามตนเอง เพื่อช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ และสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบ พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมเตือนการนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ทำการเก็บข้อมูลอีกครั้งโดยใช้แบบทดสอบเช่นเดียวกับกับสัปดาห์ที่ 1 ทำการบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และ HbA1C ให้กำลังใจในการปรับปรุงพฤติกรรมในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีต่อไป กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำงานวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ คะแนนความรู้ และ พฤติกรรมในการประเมินติดตามปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงวิเคราะห์

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ พฤติกรรม ความร่วมมือในการใช้ยา ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ โดยใช้สถิติ pair- simple t- test ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัย

ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็นเพศชาย จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.8 เพศหญิงจำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.2 อายุเฉลี่ย 65 ปี มีสถานะคู่มากที่สุด ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3,000 และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg/dL และระดับ HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7

ผลจากการจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (DRPs) ตามแนวทาง PCNE เวอร์ชัน 9.1 [5] พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา DRPs ได้ทั้งหมด 58 ครั้ง พบปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษา พบปัญหาเรื่องไม่ได้ผลจากการรักษาด้วยยา 55 ครั้ง (ร้อยละ 94.82) และมีสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ด้านสาเหตุของปัญหา และการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา (n=55)

หัวข้อหลัก	หัวข้อย่อย	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา Cause (C)		77	100
C1 การเลือกใช้ยา	C1.3 เลือกใช้ยาร่วมกัน หรือยาร่วมกับสมุนไพร หรือยาร่วมกับอาหารเสริม ไม่เหมาะสม	1	1.29
C2 รูปแบบยา	C2.1 รูปแบบยา/สูตรยาไม่เหมาะสม (สำหรับผู้ป่วยรายนี้)	1	1.29
C3 การเลือกขนาดยา	C3.1 ขนาดยาต่ำเกินไป	2	2.59
C7 สาเหตุจากผู้ป่วย		73	94.80
	C7.1 ผู้ป่วยจงใจใช้น้อยกว่าที่สั่ง หรือไม่ใช้ยาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด	51	66.23
	C7.2 ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่สั่ง	11	14.28
	C7.3 ผู้ป่วยใช้ในทางที่ผิด (ใช้มากเกินไป โดยไม่มีการควบคุม)	1	1.29
	C7.7 เวลาการบริหารยาหรือระยะห่างการใช้ยาไม่เหมาะสม	4	5.19
	C7.8 ผู้ป่วยบริหารยาผิดวิธีทางการให้ยา โดยไม่ได้ตั้งใจ	2	2.59
	C7.9 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา/รูปแบบยาที่สั่งได้	2	2.59
	C7.10 ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำที่ถูกต้อง	2	2.59

ตารางที่ 1 ด้านสาเหตุของปัญหา และการวางแผนแก้ไขปัญหาร ที่เกี่ยวข้องกับยาในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา (n=55) (ต่อ)

หัวข้อหลัก	หัวข้อย่อย	จำนวน	ร้อยละ
การวางแผนแก้ไขปัญหา Planed Intervention (I)		68	100
I1 ผู้สั่งใช้ยา		6	8.82
	I1.1 แจงผู้สั่งใช้ยาเท่านั้น	5	7.35
	I1.4 ทารือแนวทางแก้ปัญหากับผู้สั่งใช้ยา	1	1.47
I2 ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล		57	83.82
	I2.1 ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย	53	77.94
	I2.4 พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย	4	5.88
I3 ด้วยา		5	7.35
	I3.1 เปลี่ยนยา	1	1.47
	I3.2 เปลี่ยนขนาดยา	2	2.94
	I3.5 หยุดยา	1	1.47
	I3.6 เริ่มยาชนิดใหม่	1	1.47

จากตารางที่ 1 พบว่าการประเมินสาเหตุของ DRPs ผู้ประเมินสามารถเลือกสาเหตุของปัญหาได้มากกว่า 1 ข้อ โดยพบ 77 สาเหตุจาก DRPs ทั้งหมด 58 ครั้ง สาเหตุที่พบมากที่สุด คือสาเหตุจากผู้ป่วย ร้อยละ 94.80 เมื่อจำแนกสาเหตุของปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจงใจใช้นยาน้อยกว่าที่สั่ง หรือไม่ใช้ยาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด จำนวน 51 ครั้ง (ร้อยละ 66.23) ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่สั่ง จำนวน 11 ครั้ง (ร้อยละ 14.28) เวลาการบริหารยาหรือระยะห่างการใช้ยาไม่เหมาะสม จำนวน 4 ครั้ง (ร้อยละ 5.19)

การแก้ไขปัญหามีเกี่ยวข้องกับยา มีการแก้ไข DRPs 68 ครั้ง จาก DRPs 58 ครั้ง เกสัชกรได้ประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาลและเกสัชกรคนอื่น รวมถึงผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขและป้องกัน DRPs โดยวิธีการแก้ไขปัญหาที่ใช้มากที่สุด คือ การแก้ไขปัญหาด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ร้อยละ 83.82 เกสัชกรมีการแก้ไขโดยให้คำปรึกษาด้านยแก่ผู้ป่วย 53 ครั้ง (ร้อยละ 77.94)

การยอมรับและผลลัพธ์การแก้ไขปัญหามีเกี่ยวข้องกับยา มีการยอมรับการแก้ไข DRPs 54 ครั้ง จากปัญหาทั้งหมด 58 ครั้ง เกสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 98.18

สถานะของปัญหาเกี่ยวข้องกับยา ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด DRPs 53 ครั้ง จาก ปัญหาทั้งหมด 58 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 91.37

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง น้ำตาลในเลือด ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) และความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8 item) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง (n=55)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	P-value
	mean	SD	mean	SD			
ความรู้	14.26	2.88	17.98	1.22	9.684	54	<0.001
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	37.87	2.69	41.71	3.79	7.09	54	<0.001
ค่าน้ำตาลในเลือด (FBS)	175.51	47.13	131.06	29.97	-7.597	54	<0.001
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C)	8.61	1.59	7.78	1.27	-7.687	54	<0.001
ความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8- item)	6.07	1.59	7.71	0.58	7.859	54	<0.001

p-value<.05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม น้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) และความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8 item) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และความร่วมมือในการใช้ยา สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดแบบปลายนิ้ว (DTX: mg/dl) (n=55)

ตัวแปร	mean	SD	t	df	P-value
ระดับน้ำตาลในเลือดแบบปลายนิ้ว (DTX)					
ครั้งที่ 0 (สัปดาห์แรก)	226.96	47.30	-	-	-
หลังการทดลอง					
ครั้งที่ 0 กับ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ 2)	219.73	50.59	-2.89	54	<0.005
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ 2) กับ ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ 4)	199.55	47.57	-3.76	54	<0.001
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ 4) กับ ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ 6)	179.95	41.72	-4.65	54	<0.001
ครั้งที่ 0 กับ ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ 6)			-9.25	54	<0.001

p-value<.05

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดแบบปลายนิ้ว (DTX) หลังการทดลอง สัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 2 พบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 กับสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 6 มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และทำการเปรียบเทียบสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 6 พบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

2. อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ พบว่าเมื่อนำค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) และความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8 item) ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธี pair- simple t- test ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ .05 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8 item) เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) สัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) และสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 2 กับสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 6 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบปัญหาการใช้ยาทั้งหมดจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามแนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) เวอร์ชัน 9.1 [5] พบว่าผู้ป่วยเกิดปัญหาประสิทธิภาพการรักษา มากที่สุดคือ ไม่ได้ผลจากการรักษาด้วยยา ร้อยละ 94.82 ซึ่งพบสาเหตุมาจากผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.80 พบว่า ผู้ป่วยตั้งใจใช้นานน้อยกว่าที่สั่ง หรือไม่ใช้ยาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ร้อยละ 66.23 รองลงมาจากผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่สั่ง คิดเป็นร้อยละ 14.28 จากการวิจัยครั้งนี้วิธีการแก้ไขปัญหาโดยการวางแผนแก้ไขปัญหา (Planned Intervention) ให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล โดยการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 83.82 อันดับ 2 คือการแก้ไขปัญหาโดยการแจ้งแพทย์ผู้สั่งใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 8.82 และการแก้ไขปัญหอันดับ 3 ได้แก่ การแก้ไขเกี่ยวกับตัวยา คิดเป็นร้อยละ 7.35 จากข้อเสนอแนะของเภสัชกรได้รับการยอมรับการแก้ไขปัญหทั้งหมด 52 ครั้ง (ร้อยละ 89.65) และจากผลลัพธ์การแก้ไขปัญห เภสัชกรสามารถแก้ไขได้ทั้งหมดคิดเป็น ร้อยละ 91.31 สรุปได้ว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในการติดตามประเมินตนเองเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยการนำแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอว์ (Kanfer, & Gaelick, 1988) [9] มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ป่วยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกับเจ้าหน้าที่ นำแนวทางการจัดการตนเองอย่างเป็นขั้นตอนมาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การติดตามตัวเอง 3) การประเมินตนเอง 4) การเสริมแรงให้ตนเอง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนของการเสริมแรง ผ่านการโทรศัพท์กระตุ้น 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 มีการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรประจำคลินิก หมอครอบครัวในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินติดตามปัญหาที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เภสัชกรกล่าวชมเชยให้กำลังใจกับผู้ป่วย ทั้งนี้ในการจัดทำโปรแกรมจะมีการประเมินติดตามผลจากการปฏิบัติโดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ที่จุด DTX station ประจำแต่ละหมู่บ้านโดยทีมผู้ดูแล (Care giver/อสม) [1] เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินการจัดการตนเองให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้จากการดำเนินการไม่พบผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลต่ำหรือสูงจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ซึ่งกล่าวได้ว่าการจัดการปัญหาโดยเภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง (2559) [15] พบว่าปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์ ถึงร้อยละ

69.39 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเภสัชกรครอบครัวในการที่ช่วยแก้ปัญหาการใช้ยาและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยและสอดคล้องกับงานวิจัยของไชยา (2563) [8] พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้เพิ่มความสามารถของการรับรู้สภาวะแห่งตนส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของประพิมศรี (2563) [16] พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงจิตาและคณะ (2563) [4] พบว่า โปรแกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชม. ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$ ทั้งหมด) กล่าวได้ว่าปัญหาการใช้นั้นเกิดได้จากตัวผู้ป่วยเองซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้บ่อย แต่ไม่ได้มีการประเมินติดตาม โดยเฉพาะความสม่ำเสมอหรือความร่วมมือในการใช้ยา การพัฒนาโปรแกรมจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหในการจัดการด้านยาได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาลดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของยา ลดค่ารักษา และผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรเสนอให้มีการใช้การพัฒนาโปรแกรมฯ นี้อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวานเพราะพบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และยังสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการประเมินติดตามตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา โรงพยาบาลและเภสัชกรประจำคลินิกหมอครอบครัว และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ ความร่วมมือ และสนับสนุนให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

บรรณานุกรม

1. กิริติ กิจธีระวุฒิพงษ์ และคณะ.2565.ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.36(4).15-24.
2. World Health Organization. (2016). Diabetes. Retrieved March 13, 2017, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/.../1/0/9789241565257_eng.pdf
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ศาสตร์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2560)
4. ดวงจิตา หาค่าและคณะ.(2563).การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสาร นเรศวรพยาบาล. 13(3),43-58
5. Pharmaceutical Care Network Europe Association. PCNE Classification for Drug Related Problems V9.1 [online]. 2020 [cited 2022 July 27]. Available from:

https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf

6. พิจักษณ์ มณีพันธ์และคณะ. (2561). ปัญหาด้านยาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้และการจัดการปัญหาโดยเภสัชกร. วารสารเภสัชกรรมไทย. 10(2).551-562.
7. บุญถม ปาปะแพและคณะ.(2556). สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกร ในเขตอำเภอวาปีปทุม มหาสารคาม. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 8(4)148-154.
8. ไชยา ท่าแดง. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 40(4).61-73.
9. Kanfer, F. (1988). Self-management methods. In.Kanfer,F& Goldstein, A.P. (Eds.), Helping people change: A textbook of methods (3rd ed) , New York: Pergamon,283-338.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [อินเทอร์เน็ต]. 17 กรกฎาคม 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
11. Heinisch,O. (1965). Cochram,W.G.:Sampling Technigues, 2. Aufl. John Wiley and Sons, New York, London 1963. Preis s. Biometrische Zeitschrift, 7(3), 203-203.
12. วชิรา สุทธิธรรม และคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลานสกา . วารสารสภาพพยาบาล. 31(1) 19-31.
13. ปัทมา สุพรรณกุล (2559). เอกสารประกอบการสอนวิชาชีวสถิติและทักษะทางคอมพิวเตอร์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
14. Morisky, D. E., Ang, A., Krousel, W. M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. The Journal of Clinical Hypertension, 10(5), 348-354.
15. สมทรง ราชนิยมและคณะ (2559).การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 8 (1).169-181.
16. ประพิมศรี หอมฉุยและคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจักการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิด