



ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ
โรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ
โรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับ
บริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก"

ของ ศิณาพรรณ หอมรส

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.เชษฐา แก้วพรม)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณพ กิตติสิโรจน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ดร.ภัทรพล มากมี)

อนุมัติ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก
ผู้วิจัย	ศินาพรรณ หอมรส
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ กীরตสิโรจน์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2563
คำสำคัญ	ความร่วมมือในการใช้ยา, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม (Case-control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 418 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มศึกษา มีความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย และ 2) กลุ่มควบคุม ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุแบบ 2 กลุ่ม (Multiple Binary logistic regression)

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศหญิง (adjusted OR = 1.57, 95% CI = 1.00-2.48) ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง (adjusted OR = 2.95, 95% CI = 1.53-5.72) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่ำกว่า 6 เม็ดต่อวัน (adjusted OR = 2.29, 95% CI = 1.43-3.67) การรับรู้อุปสรรคต่อของการใช้ยาระดับต่ำ (adjusted OR = 3.26, 95% CI 1.48-7.21) การรับรู้อุปสรรคต่อของการใช้ยาระดับปานกลาง (adjusted OR = 2.43, 95% CI 1.32-4.47) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง (adjusted OR = 3.80, 95% CI = 1.88-7.67) ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหาแนวทางลดอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ควรเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคต่อของการใช้ยา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อช่วยลดความไม่ร่วมมือใช้ยา และควรเน้นติดตามการเฝ้าระวังในเพศชาย ที่รับประทานยา 6

เมื่อวัน ขึ้นไป เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน



Title FACTORS AFFECTING MEDICATION ADHERENCE OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS IN BANG KRATHUM HOSPITAL, PHITSANULOK PROVINCE.

Author SINAPAN HOMROT

Advisor Assistant Professor Orawan Keeratisiroj, Ph.D.

Academic Paper Thesis M.P.H. in Public Health Program, Naresuan University, 2020

Keywords Medication adherence, Type 2 Diabetes Patients, The problem of medication non adherence

ABSTRACT

This study was a case-control study aimed to study factors affecting medication adherence of type 2 diabetes patients in Bang Krathum Hospital, Phitsanulok Province. The sample group consisted of 418 type 2 diabetes patients. The subjects were divided into two groups. Two hundred nine in the case group were those who had medication adherence, while the other 209 subjects in the control group were those with medication non-adherence, by simple random sampling. Data were collected by self-administration questionnaires and structured interview. Data analysis was done using descriptive statistics and multiple binary logistic regression analysis.

Results showed that: the positive factors affecting medication adherence of type 2 diabetes patients at the level 0.05 such as female (adjusted OR = 1.57, 95% CI = 1.00-2.48), High level of knowledge about diabetes medication (adjusted OR = 2.95, 95% CI = 1.53-5.72), Less than 6 pills per day (adjusted OR = 2.29, 95% CI = 1.43-3.67), Low of perceived barriers (adjusted OR = 3.26, 95% CI 1.48-7.21) Moderate of perceived barriers (adjusted OR = 2.43, 95% CI 1.32-4.47) and High level of perceived self-efficacy (adjusted OR = 3.80, 95% CI = 1.88-7.67). These research findings are beneficial to the development of ways to reduce the rate of medication

non-adherence, where by focus on enhancing knowledge about diabetes medication the perceived barriers and perceived self-efficacy. To reduce medication non adherence and should be focus on monitoring for males take more than 6 pills per day. To reduce the occurrence of complications.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรวรรณ กิรติสิโรจน์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็นທີ່ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า และขอกราบขอบพระคุณ ดร.เชษฐา แก้วพรม และดร.ภัทรพล มากมี คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้แนวคิดและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อแก้ไข ข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน เกสัชกรสุริยะ วิริยะ ประสิทธิ์ และคุณเชิดพงษ์ น้อยภู่ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และให้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม เกสัชกรหญิงดารัช ทองปัสัญว่ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคฯ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางกระพุ่ม และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาอนุญาตให้ใช้พื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวก แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ในการเข้าไปทำวิจัยและเก็บข้อมูล ในการทำการศึกษาครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และขอบคุณครอบครัว ของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแต่ผู้มี พระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการลดอัตราความไม่ร่วมมือ ในการใช้ยา ใช้ในการดูแลการบริหารการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อน และผู้สนใจทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมุติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของงานวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence).....	7
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.....	12
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.....	24
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	32

การสนับสนุนทางสังคม (Social support).....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	54
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	55
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยร่วม.....	55
ผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา.....	62
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ.....	64
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก: การวิเคราะห์ตัวแปร เชิงเดี่ยวด้วย Simple Binary logistic regression และแบบพหุด้วย Multiple Binary logistic regression.....	85
บทที่ 5 บทสรุป	92
สรุปผลการวิจัย.....	93
อภิปรายผล	95

ข้อเสนอแนะ	99
บรรณานุกรม	102
ภาคผนวก.....	108
ประวัติผู้วิจัย	131



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงการจำแนกยารักษาโรคเบาหวานชนิดฉับ.....	19
ตาราง 2 แสดงการจำแนกยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ได้รับประทาน	21
ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตาม ปัจจัยร่วม.....	57
ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตาม ปัจจัยความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา	63
ตาราง 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตาม ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (การสนับสนุนทางสังคม).....	65
ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตาม ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน จำแนกตามรายชื่อ	66
ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามความเชื่อ เกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามรายชื่อ	69
ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตาม การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ	75
ตาราง 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ตาม การสนับสนุนทางสังคมของเพื่อน จำแนกตามรายชื่อ.....	78
ตาราง 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ตาม การสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามรายชื่อ.....	82
ตาราง 11 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก: การวิเคราะห์ ตัวแปรเชิงเตี่ยวด้วย Simple Binary logistic regression.....	87

ตาราง 12 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก :การวิเคราะห์ ตัวแปรแบบพหุด้วย Multiple Binary logistic regression.....	91
--	----



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	41
ภาพ 2 แสดงปัจจัยที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis).....	90



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติได้รายงานว่า โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2017 พบผู้ที่เป็นเบาหวานมีจำนวนมากกว่า 425 ล้านคน อายุระหว่าง 20-79 ปี และคาดว่าในปี ค.ศ. 2045 จะมีผู้ที่เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2017) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555-2558 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,050.05 เป็น 1,233.35 ต่อแสนประชากร และอัตราตายด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 12.1 เป็น 19.4 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

เมื่อพิจารณารายเขตบริการสุขภาพ จำนวน 12 เขต พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 เขตที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ เขต 7 เขต 2 และเขต 3 ตามลำดับ โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 6,934.70 6,714.39 6,713.96 ต่อแสนประชากร โดยในเขตบริการสุขภาพที่ 2 ประกอบไปด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุดรดิตถ์ ตาก สุโขทัย พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ และในปี พ.ศ. 2560 พบจังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุด 3 จังหวัดแรก ได้แก่ สุโขทัย พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ ตามลำดับ โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 7,748.06 7,176.24 และ 7,086.16 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาสถานการณ์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก มีอัตราป่วย ในปี พ.ศ. 2558 – 2560 เท่ากับ 6,281.82 6,331.92 และ 7,176.24 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2560 ได้แก่ อำเภอบางกระทุ่ม อำเภอพรมพิราม และอำเภอดงทับทิม มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 9,613.02 8,891.37 และ 8,322.32 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งพบว่า มีอัตราป่วยสูงกว่าระดับประเทศ โดยเมื่อพิจารณาอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2558 – 2560 อำเภอบางกระทุ่ม เป็นอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด จากรายงานอัตราป่วยของโรคเบาหวาน คือ 9,027.43 9,180.83 และ 9,613.02 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคเบาหวาน เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่ตับอ่อนมีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน และ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากร่างกายจะไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอกับความต้องการ หรือไม่ สามารถนำอินซูลินไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเซลล์ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ แต่โรคเบาหวานสามารถควบคุมการดำเนินของโรคและ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายก่อน หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มให้ยาให้เหมาะกับผู้ป่วย แต่ละราย ด้วยการเริ่มจากยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่แรก ซึ่งอาจเป็นยากินหรือยาฉีดขึ้นกับ ระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (วรณีย์ นิธิยานันท์, 2560)

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะมีระดับน้ำตาลฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) เพิ่มขึ้น เป็น 1.27 เท่าของผู้ป่วยที่ร่วมมือในการใช้ยา (Lee, Tan, Sankari, Koh, & Tan (2017)) ผู้ป่วย เบาหวานไม่ร่วมมือในการใช้ยา ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2556) สาเหตุที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง เช่น ลืมรับประทานยา/ลืมฉีดยา (ร้อยละ 48.7) ลืมนำยาติดตัวเมื่อออกไปนอก บ้าน (ร้อยละ 36.7) ไม่สะดวกพกพา (ร้อยละ 28.0) (ชนกฤต มงคลชัยภักดิ์, สุรชาติพิทย์ พิษณุไพบุลย์, และอลิศรา แสงวีรุณ, 2558) ผู้ป่วยเบาหวานไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น การไม่รับประทานยาบางมื้อ หยุดรับประทานยา เมื่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือหยุดรับประทานยาเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา (Hauber, Mohamed, Johnson, & Falvey, 2009) ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ จะไม่รู้ถึงผลข้างเคียง อันตรายจากการเพิ่มและลดขนาดของยาเอง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (กิงกาญจน์ สิทธิชินแก้ว, และรุ่งระวี นาวิเจริญ, 2557) และสถานการณ์ดังกล่าวเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อให้เกิดความเครียด และลดความร่วมมือในการรักษา (Glasgow, Toobert, Barrera, & Strycker, 2004) ซึ่งจาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความร่วมมือใน การใช้ยาฉีดอินซูลินลดลงเป็น 0.91 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (สุปรีญา พรหมมาลุน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์, 2560) จึงอาจ ทำให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาจำนวนมาก เป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัว รวมถึงประเทศชาติ และจะมีอัตราการเข้า รักษาตัวในโรงพยาบาลและอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือในการใช้ยา (Ho et al., 2006)

สำหรับโรงพยาบาลบางกระทู้ม จังหวัดพิษณุโลก จัดเป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ซึ่งเป็นเขตสุขภาพที่ 2 ตั้งอยู่ในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่างของ ประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. 2558 - 2560 เท่ากับ 2,883 2,961 และ

2,994 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยสืบหาความไม่ร่วมมือใช้ยาใช้วิธีทางอ้อม คือ การสัมภาษณ์โดยตรงกับตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก ใช้เวลาไม่มาก และค่าใช้จ่ายน้อย (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555) และจากการประเมินโดยเภสัชกรประจำคลินิกโรคเบาหวานเมื่อปีงบประมาณ 2559 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานให้ความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 360 ราย และผู้ป่วยเบาหวานไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 270 ราย และผู้ป่วยเบาหวานไม่ร่วมมือในการใช้ยาต่อจากปีงบประมาณ 2559 จำนวน 114 ราย และมีผู้ป่วย จำนวน 121 ราย ที่สามารถกลับมาให้ความร่วมมือในการใช้ยาถูกต้อง โดยให้คำปรึกษาต่อเนื่องกัน 3 ครั้ง ดังนั้นจะมีผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาต่อไปในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 263 ราย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดี โดยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ามาอนรักษที่โรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ใน ปี พ.ศ. 2558 – 2560 เท่ากับ 53 44 และ 41 ราย ตามลำดับ ปัญหานี้จึงควรได้รับการแก้ไขโดยมาตรการที่มุ่งปรับเปลี่ยนปัจจัยซึ่งสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาจึงมีความสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ สิทธิการรักษา (Adisa, Olajide, & Fakeye, 2017) ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้ยา (Lee et al., 2017) ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน (Gu et al., 2017) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน (Kirkman et al., 2015) วิธีการรักษา (Horvat et al., 2018) และการสนับสนุนทางสังคม (Gu et al., 2017) และประเทศไทย พบว่า มีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ ยังพบว่า มีการศึกษาแล้วแต่ขนาดตัวอย่างไม่เพียงพอ มีรูปแบบการวิจัย สถานที่ทำการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างต่างกัน ส่งผลให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับปัจจัยต่างกัน แม้ว่าจะเป็นการศึกษาภายในประเทศไทยก็ตาม จึงมีความจำเป็นต้องแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนากลยุทธ์ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและนำไปสู่ประสิทธิภาพการรักษาที่สูงขึ้น นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งเป็นเพียงการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเบื้องต้นยังไม่สามารถระบุถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือใช้ยาได้อย่างแท้จริง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม (Case-control study) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยได้ชัดเจนขึ้น

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา จำนวนโรคที่เป็นร่วม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ผลข้างเคียงของยาและวิธีการรักษา
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
3. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม โดยประยุกต์ตัวแปรจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) รูปแบบการวิจัยเป็นเชิงวิเคราะห์ โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา (Case) คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่วมมือในการใช้ยา และกลุ่มควบคุม (Control) คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ข้อมูลจากสถิติข้อมูลจากกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคฯ โรงพยาบาลบางกระทุ่ม ปี พ.ศ. 2560 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 2 มกราคม 2562 ถึงวันที่ 3 พฤษภาคม 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ความร่วมมือในการใช้ยา** หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาทั้งยาเม็ดและหรือยาฉีดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามใบสั่งยาของแพทย์ที่มีความสม่ำเสมอในการใช้ยา ให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา โดยผู้ป่วยทราบและเข้าใจแผนการรักษาแล้ว จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา

2. **ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัย โดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่มารับบริการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

3. **ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน** หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกี่ยวกับความรู้ด้านการใช้ยาควบคุมโรคเบาหวาน ผลข้างเคียงของยา และการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง

4. **ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง ภาวะที่เกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยให้คะแนนความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินโดยเครื่องมือแบบสอบถามการคัดกรองภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย (วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล, และพนม เกตุมาน, 2540 อ้างอิงใน โมเรศ ศรีบ้านไผ่, 2554)

5. **ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา** หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ หรือการคาดคะเน เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าหากไม่ใช้ยารักษาโรคเบาหวานทั้งชนิดยาเม็ดและหรือยาฉีด ซึ่งเกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาของตน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา ส่งผลให้มีการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค

5.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา หมายถึง การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงความรุนแรง อันตรายและผลเสียของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยารักษาโรคเบาหวานทั้งชนิดยาเม็ดและหรือยาฉีด เมื่อเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้นว่ามีผลกระทบที่รุนแรงต่อตนเอง

5.3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา หมายถึง การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกี่ยวกับประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะช่วยลดความเสี่ยงความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคนั้น ๆ หรือ

การกลับเป็นซ้ำ โดยมีการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรม แล้วเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

5.4 การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้จ่าย หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อและการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงปัญหาและอุปสรรคของการให้ความร่วมมือในการใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิต เป็นต้น โดยถ้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้จ่าย

5.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การตัดสินใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการที่จะจัดการและดำเนินการในการให้ความร่วมมือในการใช้จ่าย มีความมั่นใจที่จะสามารถรับประทานยาเม็ดและหรือยาฉีดได้ตามแผนการรักษา

6. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของ ทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้จ่ายในการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เชีงนโยบาย ทราบและเข้าใจปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปขยายผลและใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์หาแนวทางที่เหมาะสมในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

2. เชีงปฏิบัติการ ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการลดอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้จ่าย และใช้ในการดูแลการบริหารการใช้จ่ายของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. เชีงวิชาการ เพื่อทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเป็นแนวทางในการลดอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้จ่าย คงไว้ซึ่งความร่วมมือในการใช้จ่ายอย่างถูกต้องเหมาะสม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ทบทวน วรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความครอบคลุมในการดำเนินงานวิจัย ตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)

1. ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องศึกษาเกี่ยวกับความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีคำศัพท์ 3 คำที่มีความหมายใกล้เคียงกันและสามารถใช้แทนกันได้ (Osterberg, & Blaschke, 2005) ได้แก่ Medication adherence, Medication compliance และ Medication concordance คำที่นิยมใช้ในงานวิจัยที่ผ่านมา คือ คำว่า “Medication compliance” หรือ “การใช้ยาตามสั่ง” เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำจากแพทย์ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ด้านเดียว (Fawcett, 1995) ส่วนคำว่า “Medication adherence” หมายถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยผู้ป่วยทราบและเข้าใจแผนการรักษาแล้ว เป็นความสัมพันธ์ของการสื่อสาร 2 ทางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นคำที่มีความหมายที่ในทางบวก ซึ่งมีความหมายที่ดีมากกว่า เมื่อเทียบกับคำว่า “Medication compliance” และอีกคำหนึ่งคือ “Medication concordance” หมายถึง ผู้ป่วยและแพทย์มีการตกลงเจรจาร่วมกันถึงแผนการรักษา โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาเอง และคำที่นิยมใช้ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา คือ Medication adherence

ดังนั้นในการให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาในการศึกษานี้ จึง ใช้คำว่า Medication adherence ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

World Health Organization (2003) ให้ความหมายคือ พฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยผู้ป่วยให้ความร่วมมือและยินยอมในการรับฟังคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

MacLaughlin et al. (2005) ให้ความหมายคือ พฤติกรรมที่เกิดจากการความสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้บริการรักษาพยาบาล และผู้ป่วย โดยมี การให้ คำปรึกษา กับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา ให้รับรู้ถึงประโยชน์ในการรับประทานยา โดยผู้ป่วยปฏิบัติตาม คำแนะนำที่ได้รับ รวมถึงการจัดการควบคุมตนเองในการปฏิบัติตัวและการดำเนินในชีวิตประจำวัน

Osterberg, & Blaschke (2005) ให้ความหมายคือ พฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยตามแผนการรักษาตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ให้เป็นไปอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตรงตามขนาด (จำนวนของยา) และตรงตามเวลาที่กำหนดในแต่ละวัน ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ให้ความหมายคือ พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การติดตามการรักษา การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตโดยผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติด้วยตนเอง

ศศิธร รุ่งสว่าง (2558) ให้ความหมายคือ การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องตรงตามขนาดตามเวลา และตรงตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้น สรุปได้ว่า ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาทั้งยามืดและหรือยาฉีด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามใบสั่งยาของแพทย์ที่มีความสม่ำเสมอในการใช้ยา ให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา โดยผู้ป่วยทราบและเข้าใจแผนการรักษาแล้ว จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา

2 กลยุทธ์ความร่วมมือในการใช้ยา (Osterberg, & Blaschke, 2005)

2.1 ระบุปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา โดยพิจารณาถึงสิ่งที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา เช่น การไม่มาตามนัด การไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาถามเกี่ยวกับอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้ยาโดยไม่ต้องคาดคั้นผู้ป่วย

2.2 สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามการใช้ยาตามแผนการรักษา และเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา บุคลากรทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำถึงผลดี หรือประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา และผลเสียหากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา

2.3 รับฟังปัญหาจากผู้ป่วย ลดความซับซ้อนของการใช้ยา และปรับปรุงระบบระบบการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

2.4 สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อนและระบบบริการสุขภาพชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการใช้ยา

2.5 พิจารณาเพิ่มเกี่ยวกับคุณสมบัติของยา วิธีการให้ยาหรือการออกฤทธิ์ ถ้ายังไม่พบสาเหตุจากความร่วมมือในการใช้ยาที่แน่ชัด

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีกรนำแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา โดยมีรูปแบบที่หลากหลาย ดังนี้ (Brannon et al., 1992 อ้างถึงใน ศศิธร รุ่งสว่าง, 2558)

3.1 รูปแบบชีวเวชการแพทย์ (The biomedical approach) เป็นรูปแบบที่อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ พื้นฐานด้านจริยธรรมรวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ไม่ว่าจะ เป็นรูปแบบการใช้ยา ความรุนแรงของโรค

3.2 รูปแบบพฤติกรรม (The behavioral approach) เป็นรูปแบบพฤติกรรมในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้บุคคลที่ปฏิบัติพฤติกรรมมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ได้แก่ การให้รางวัล การให้คำแนะนำ หรือทำสัญญาเรื่องความร่วมมือในการรับประทายระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา

3.3 รูปแบบการติดต่อสื่อสาร (Patient-physician communication approach) เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ รวมถึงความตั้งใจของผู้ป่วย และสังคม โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

3.4 ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญา (the cognitive approach) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับพื้นฐานการรับรู้ของบุคคล ในการใช้ความคิดและสติปัญญาในการวิเคราะห์และเห็นคุณค่าในการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมา

3.5 รูปแบบทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ Pender, Murdaugh, & Parsons (2006) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรูซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่าง มโนทัศน์ต่าง ๆ ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ

3.6 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นรูปแบบที่กล่าวถึงความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่ง Rosenstock et al. (1988) กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค เมื่อมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง

ต่อการเกิดโรค โรคที่เป็นจะมีความรุนแรงมากขึ้นหากยังละเลยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงการเกิดโรครวม ทั้งมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อและการรับรู้ต่ออุปสรรคสูง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยาก นอกจากนี้สิ่ง ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและปัจจัยร่วมก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาซึ่งรวมถึงการรับประทานยาด้วย

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตัวแปรจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาโดย Rosenstock et al. (1988) เป็นแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

4. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยามีหลายวิธี จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีวิธีใดที่ถูกต้องแม่นยำมากที่สุด แต่ละวิธีจะมีข้อดีและข้อด้อยที่แตกต่างกันไป ทีมสุขภาพสามารถเลือกวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาได้ตามความเหมาะสม ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 วิธี ดังนี้ (อรณพ หิรัญดิษฐ์, 2542)

4.1 การวัดโดยตรง

4.1.1 การสังเกตจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรงในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งค่อนข้างแม่นยำที่สุด แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำตลอดเวลา ยากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ และผู้ป่วยเองอาจสามารถซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนตามปกติ

4.1.2 เป็นการวัดผลทางห้องปฏิบัติการ ด้วยการตรวจระดับยาในเลือดหรือปัสสาวะ แต่วิธีนี้มีค่าใช้จ่ายสูง และต้องใช้วิธีที่เฉพาะของยาแต่ละชนิด ยาบางตัวไม่สามารถตรวจพบได้ใน เลือด หรือปัสสาวะ และในแต่ละบุคคลจะมีความสามารถในการดูดซึมและการเผาผลาญที่แตกต่างกัน จึงบอกได้แต่เพียงว่าใช้ยาจริง แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ารับประทานยาได้ตรงตามเวลาหรือไม่

4.2 การวัดโดยอ้อม

เป็นการวัดจากสิ่งอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรงแต่ สิ่งทีวัดนั้นมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี ดังนี้

4.2.1 การนับเม็ดยา (Pill counts) การนับเม็ดยาเหลือที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานเมื่อมาตรวจตามนัด เป็นวิธีการที่สะดวก และประหยัด แต่อาจทำได้เมื่อผู้ป่วยไม่ได้นำยามาด้วยในวันนัด และไม่สามารถตรวจสอบได้หากมีการแบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทานหรือมีการเก็บซ่อนยาไว้

4.2.2 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic devices) เพื่อบันทึกการยาที่ใช้ เช่น ขวดยาเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ Medication Events Monitoring System (MEMS) เป็น อุปกรณ์ที่มีกลไกในการบันทึกวันและเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยา โดยเชื่อมต่อกับระบบคอมพิวเตอร์ แต่มีราคาแพงอาจขาดแคลนยากหากผู้ป่วยลืมปิดฝาขวด หรือเปิดขวดยาแต่ไม่รับประทานยา

4.2.3 อัตราการมารับยา หรือมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยา เป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย แต่ยังไม่สามารถยืนยันว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะให้ความร่วมมือในการใช้ยา

4.2.4 การวัดผลการตอบสนองทางคลินิก ประเมินได้จากผลการตอบสนองทางคลินิก เช่น ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต เป็นต้น วิธีนี้ทำได้ง่ายแต่ค่าพารามิเตอร์เหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ผลที่วัดได้อาจมีผลการเปลี่ยนแปลงยาที่เปลี่ยนแปลงตามภาวะของร่างกายในขณะนั้น จึงไม่อาจสรุปผลได้ว่าเป็นผลจากความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

4.2.5 การรายงานจากผู้ป่วย (Self-report) เป็นการรายงานจากผู้ป่วยโดยใช้วิธีการ สัมภาษณ์หรือการใช้แบบสอบถาม เกี่ยวกับการรับประทานยาที่ผ่านมาของผู้ป่วย วิธีนี้สามารถวัดได้ โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ หรือผู้ดูแล ข้อจำกัด คือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความชำนาญและไม่ใช้คำถามในลักษณะจับผิด หรือเกิดเบื่อหน่าย ถ้ามีข้อคำถามมากเกินไป (Osterberg, & Blaschke, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนี้

The Morisky Medication Adherence Scale: MMAS พัฒนาโดย Morisky และคณะ ในปี ค.ศ. 1986 เป็นแบบประเมินมี 4 ข้อคำถาม และมีการพัฒนาเครื่องมือในปี ค.ศ. 2008 ให้มี 8 ข้อคำถาม (MMAS-8) ค่าความเชื่อมั่น 0.83 โดยศึกษาในผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และมีผู้นำไปใช้ อย่างแพร่หลายในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโรคเรื้อรังอื่นๆ (Morisky, Ang, Krousel, & Ward, 2008)

Medication-Taking Questionnaire (MTQ) พัฒนาโดย Fung (2009) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาโรคหัวใจ โดยประยุกต์จากแบบสอบถาม MTQ: Patterned Behavior ของ Johnson (2002) ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 ข้อคำถาม ค่าความเชื่อมั่น 0.71

Medication Adherence Report Scale (MARS) ชนิด 5 คำถาม พัฒนาโดย Horne, & Weinman (2002) ใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 5 ข้อคำถาม ค่าความเชื่อมั่น 0.71

Medication Adherence Self-Report: MASRI แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาใช้ ในผู้ป่วยโรคเอดส์ ลักษณะข้อคำถามเน้นความถี่ และเวลาในการรับประทานยา มีจำนวน 12 ข้อ

คำถาม (Walsh, Mandalia, & Gazzard, 2002) ต่อมาได้นำไปใช้ในผู้ป่วยโรค Systemic Lupus Erythematosus ค่าความเชื่อมั่น 0.70 (Koneru et al., 2007)

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการซักประวัติการใช้ยาตามใบสั่งยาของแพทย์ ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของเภสัชกรประจำคลินิกโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2560

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1. ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานหรือ Diabetes Mellitus (DM) เป็นภาวะที่เกิดจากการเผาผลาญ (Metabolism) ที่ผิดปกติทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น ความผิดปกติในการเผาผลาญเกี่ยวข้องกับทั้งการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน ซึ่งมีผลมาจากการขาดอินซูลิน และ/หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ที่เป็นฮอร์โมนที่สร้างจาก Beta-cell ในตับอ่อน และทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หากเป็นโรคเบาหวานในระยะเวลานาน จะทำให้มีผลเสียและเกิดการทำลายอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะตา ไตระบบประสาท ระบบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด (อภิชาติ วิชญาณรัตน์, 2546)

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถพบได้ตั้งแต่ระยะแรก ได้แก่

1. ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง จนเกินขีดจำกัดของไตจะรับได้กระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก ออกมาทางปัสสาวะโดยไตนี้จำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำกลางคืนหลายครั้ง
2. คอแห้ง กระหายน้ำและดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมาก จึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรงแล้วต้องชดเชยโดยการ ดื่มน้ำบ่อย ๆ
3. น้ำหนักลด (Weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้เป็นพลังงานแทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
4. หิวบ่อยและรับประทานอาหารมาก (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายแหล่งพลังงานจากเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้จึงทำให้มีภาวะขาดอาหารเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการหิวบ่อยและรับประทานอาหารมากเพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ร่างกายจึงไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

2. การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน

ทางสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (International Diabetes Federation, 2017) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998; วรรณิ นิธิยานันท์, 2560) ได้จำแนกประเภทของโรคเบาหวานตามสาเหตุการเกิดโรค แบ่งออกเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus: T1DM) หมายถึงโรคเบาหวานที่ร่างกายขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง เกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยผ่านขบวนการ cellular mediated ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อย รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก) ซึ่งในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรค หรือมีการดำเนินโรคช้าๆ จากระดับน้ำตาลที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะ ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่น ซึ่งมักจะพบการดำเนินโรคในผู้ใหญ่ ทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus: T2DM) หมายถึงโรคเบาหวานที่เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (relative insulin deficiency) ทำให้มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถทำการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน แต่ในระยะหลังของโรคอาจต้องใช้อินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ส่วนมากพบในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือไม่มีอาการ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายมักมีประวัติครอบครัวโดยเฉพะญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน โดยปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้ เช่น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ หรือหญิงที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เกิดจากการที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ จากปัจจัยจากรก หรืออื่น ๆ และตับอ่อนของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอตามความต้องการ อาจพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติหรือความทนต่อกลูโคสผิดปกติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์มาหลายครั้ง อาจเป็นเบาหวานได้ง่าย เพราะมีการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโตของทารก ฮอร์โมนเหล่านี้ ส่วนใหญ่ มีฤทธิ์ต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน มีผลทำให้เบต้าเซลล์ทำงานหนักและได้ไม่เต็มที่ มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

4. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (specific types of diabetes due to other causes) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมเช่น MODY (Maturity-Onset

Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากการไขมัน จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง

3. การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี (วรรณ นิธิยานันท์, 2560) ดังนี้

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า 126 มก./ดล.เหมาะสำหรับคนทั่วไปที่มาตรวจสุขภาพ และผู้ที่ไม่มีอาการ
3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test: OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล 200 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
4. การตรวจวัดระดับ HbA1C ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน แต่ไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเข้มงวดมากคือเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปเป้าหมายการควบคุมคือ HbA1C < 7.0% วิธีนี้นิยมใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำโดยวิธีเดิมอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งจะต้องต่างวันกัน เพื่อยืนยันและป้องกันความผิดพลาดจากการตรวจห้องปฏิบัติการ

4. กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่มีความผิดปกติของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ ในระดับที่ปกติ การเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกายหลายระบบนำมาสู่การเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างช้า ๆ โดยเริ่มจากระดับน้ำตาลที่อยู่ในระดับ Impaired fasting glucose และ impaired glucose tolerance จนเข้าสู่ระดับน้ำตาลที่เข้าได้กับการวินิจฉัยโรคเบาหวานในที่สุด (สารัช สุนทรโยธิน, 2555)

ขบวนการหลักของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่

1. ความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อน (Insulin secretory defect)
 2. ภาวะต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่ตับและกล้ามเนื้อ (Insulin resistance)
- นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังพบความผิดปกติที่ระบบอื่นๆ
3. การเพิ่มการสลายไขมันที่เนื้อเยื่อไขมัน (Acceleretion lipolysis)

4. ความผิดปกติของ Incretin hormones จากทางเดินอาหาร (Incretin deficiency resistance)
5. การเพิ่มการหลั่งกลูคากอนจากแอลฟาเซลล์ที่ต่ำอ่อน
6. การเพิ่มการดูดกลับของน้ำตาลที่ไต (Increased glucose reabsorption)
7. ภาวะต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่สมอง

5. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยตรงจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ทางไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด (เทพ หิมะทองคำ, และชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, 2548) เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดขนาดเล็ก และหลอดเลือดขนาดใหญ่ นำไปสู่พยาธิสภาพเรื้อรังและทำให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง (Glycosylate hemoglobin) ทำให้การปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อต่ำลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจนและเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงตามมา ทั้งหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macroangiopathy) และหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Microangiopathy) อาจเกิดการอุดตัน โป่งพอง หรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นใหม่ ทำให้เกิดปัญหาที่ตา (Diabetic retinopathy) ที่ไต (Nephropathy) นอกจากนี้ โรคเบาหวานทำให้มีภาวะไขมันผิดปกติ คือ มีระดับกรดไขมันอิสระ และไตรกลีเซอไรด์สูง ไขมันชนิด HDL (High Density Lipoprotein) ต่ำลง LDL (Low Density Lipoprotein) สูงขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลอาจปกติหรือสูง ระดับไขมันที่สูงขึ้นมีผลต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ทำให้เกิดปัญหาผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบ

2. ระบบประสาท ระบบประสาทส่วนปลายประกอบด้วยแอกซอน (Axon) ที่หุ้มด้วยเยื่อมัยอีลิน (Myelin sheaths) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย การนำกระแสประสาทช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีปัญหาการสูญเสีย การรับรู้ความรู้สึก ขาปลายมือ ปลายเท้า ปวดตามแขน ขา มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณขาและเท้า เจ็บปวดเหมือนเข็มแทง อาการมักจะเป็นรุนแรงเวลากลางคืน และการลงน้ำหนักของเท้าผ่านกระดูก ในขณะที่มีอาการขาทำให้เกิดแผลขอบแข็งที่ตรงฝ่าเท้าได้ บางรายมีอาการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีปัญหาอาหารไม่ย่อย ท้องผูก หรือถ่ายอุจจาระบ่อย ระบบประสาทที่กระเพาะปัสสาวะเสื่อมทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติได้

3. ภาวะแทรกซ้อนทางตา การเสื่อมของจอตาจากโรคเบาหวาน (Diabetic retinopathy) เป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดได้ สาเหตุของความผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ ที่จอตา เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนนอกจากการเสื่อมของจอตาแล้ว ผู้ป่วย

ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มักจะมีการเปลี่ยนแปลงของสายตาเกิดขึ้น คือ มองไกลๆ จะเห็นไม่ชัด ความผิดปกตินี้เกิดขึ้น เนื่องจากความเข้มข้นของกลูโคสภายในเลนส์ตาสูงขึ้น กลูโคสนี้จะถูกเปลี่ยนไปเป็นซอร์บิทอล ซึ่งจะสะสมอยู่ในเลนส์ตาและเกิด Osmolar gradient เลนส์ จะคุดน้ำไว้ จึงบวมและเกิดความผิดปกติแบบคนสายตาสั้นดังกล่าว

4. ภาวะแทรกซ้อนทางไตและระบบทางเดินปัสสาวะ จากการเปลี่ยนแปลงของ หลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรองไต (Glomeruli) เกิดปัญหาที่เรียกว่า Diabetic nephropathy มีโปรตีนขนาดเล็กรั่วออกมาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และขนาดใหญ่ขึ้น (Macroalbuminuria) อัตราการกรองลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการบวมมีของเสียดัง โปรตีนในเลือดต่ำจนในที่สุดเกิดภาวะไตวาย ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานจะพบว่าหลอดเลือดแดงที่ไตแข็ง (Arteriosclerosis) ทั้ง Afferent และ Efferent glomerular arteries ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตวายในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาล ในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง การรับประทานยาที่มีโปรตีนสูง ปัจจัยทางพันธุกรรม เชื้อชาติ ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เสี่ยงต่อไตวายมากกว่าโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

5. ระบบเลือด ในภาวะที่การควบคุมโรคเบาหวานไม่ดีมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีการสะสมของสารคีโตนในเลือด จะมีความผิดปกติของระบบเลือดได้หลายอย่าง พบว่าเม็ดเลือดแดง จะมีอายุสั้นลง เกล็ดเลือดจะยึดเกาะและรวมตัวกันได้ง่าย ความผิดปกติของเกล็ดเลือดนี้ อาจมี บทบาททำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดที่มีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้เม็ดเลือดขาว ชนิด Polymorphonuclear ยังทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี การฆ่าแบคทีเรียก็เสื่อมลงด้วย ลิมโฟไซต์ ซึ่งมีบทบาทในการทำลายสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในกระแสเลือดและที่เกี่ยวข้องกับเซลล์ที่เสื่อม หน้าที่ เช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติ เกิดการติดเชื้อต่าง ๆ เช่น Staphylococcus, Streptococcus, วัณโรคปอด, เชื้อรา ได้ง่าย

6. แผลที่เท้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมี ภาวะปลายประสาทอักเสบ (เท้าชา เกิดแผลง่าย) ภาวะขาดเลือดเนื่องจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และ ตีบ (เท้าเป็นแผลหายยาก หรือเป็นเนื้อตายเน่า) ร่วมกับภาวะติดเชื้อง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ดังกล่าวข้างต้น บางครั้งแผลอาจลุกลามรุนแรง หรือเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) จำเป็นต้องตัด นิ้วเท้าหรือตัดเท้า เกิดภาวะพิการได้ ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เพราะจะเสริมให้เกิด ภาวะขาดเลือดเลี้ยงเท้าได้มากขึ้นและควรดูแลเท้าอย่าให้เกิดแผล

6. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน

นอกจากปัญหาภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วในผู้ป่วยเบาหวานยังมีปัญหาของ ภาวะแทรกซ้อน เฉียบพลันที่เป็นอันตราย และทำให้เสียชีวิตได้ คือ การหมดสติจากสาเหตุที่จำแนก ออกเป็น 2 กลุ่ม ใหญ่ๆ ได้แก่ (นุชรี อามสุวรรณ, และนิตยา พันธุ์เวทย์, 2554)

1. หมดสติจากสาเหตุอื่น ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เช่น ได้รับสารพิษหรืออุบัติเหตุกระทบกระเทือนทางสมอง เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป

2. หมดสติจากโรคเบาหวานเอง ซึ่งสาเหตุนี้แบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ

2.1 ภาวะเบาหวานฉุกฉินจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยจะเริ่มต้นด้วยอาการ มีนึรชะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น เหงื่อออก เป็นความรู้สึกเดียวกับเวลาหิว ใน รัยษณนี้ถ้าผู้ป่วย รัยประทานน้ำตาลจะสามารถฟื้นจากภาวะนี้ได้ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรรัยประทานอาหารให้ตรง เวลา และปริมาณคงที่ เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหมดสติได้

2.2 ภาวะเบาหวานฉุกฉินจากระดับน้ำตาลสูง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากหรือมีความผิดปกติของระบบเผาผลาญพลังงานของร่างกาย ทำให้มีภาวะกรดคั่งในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วย หมดสติ อาการที่บ่งชี้ว่าอาจเกิดสาเหตุเหล่านี้คือ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ซึมลง หรืออาการหอบ หายใจลึก ในกรณีภาวะกรดคั่งในร่างกายมากขึ้น

7. การรัยรักษาโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการรัยรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ

1. เพื่อช่วยในการรัยรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. เพื่อป้องกันและรัยรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน
3. เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ทั้ง Microvascular และ Macrovascular
4. เพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นใกล้เคียงกับคนปกติ
5. เพื่อช่วยให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตเป็นปกติ

ในการรัยรักษาโรคเบาหวานให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ใกล้เคียงกับปกติที่สุด หลีกเลียงและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นตัวส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเร็ว ขึ้น เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับไขมันในเลือด การรัยยาในกลุ่ม ACEI และ ยาต้านเกร็ดเลือดเกาะตัว Aspirin เป็นต้น

ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้เหมือนคนปกติอยู่ตลอดเวลา นั้นทำได้ยาก และทำไม่ได้ในผู้ป่วยทุกราย หรือไม่จำเป็นในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น การรัยรักษาโรคเบาหวานควรจะตั้งเป้าหมายในการรัยรักษาผู้ป่วยในแต่ละรายและให้การศึกษเพื่อ ให้ผู้ป่วยทราบเป้าหมายในการควบคุมเพื่อจะได้ บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว (อภิชาติ วิชญาณรัตน์, 2546)

8. ยารักษาโรคเบาหวาน

ยารักษาโรคเบาหวาน เป็นยาที่ใช้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ตามวิธีการบริหารยา ดังนี้

1. ยารักษาโรคเบาหวานชนิดฉับ ยารักษาโรคเบาหวานชนิดฉับที่มีใช้กันอยู่ คือ อินซูลิน โดยที่อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่หลังจากเบตาเซลล์ของตับอ่อนจากการกระตุ้นโดยกลูโคส กรดอะมิโน กรดไขมัน Gastric hormones โดยมีหน้าที่ในการเปลี่ยนแปลงคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และ โปรตีน แบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (รุจิรา วงศ์พรเพ็ญภาพ, 2558)

1.1 อินซูลินที่ออกฤทธิ์เร็ว (Rapid-acting insulin) ได้แก่

Lispro เป็นอินซูลินที่สามารถออกฤทธิ์ได้เร็ว คือ 15-30 นาที มีฤทธิ์สูงสุดที่ เวลา 30-90 นาที และระยะเวลาในการออกฤทธิ์นาน 30-90 นาที ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่สร้างในร่างกาย

Aspart เป็นอินซูลินที่สามารถดูดซึมได้เร็ว และมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น จึงสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1.2 อินซูลินที่ออกฤทธิ์สั้น (Short-acting insulin) ได้แก่

Regular insulin (RI) เป็นอินซูลินที่มีระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ 30-60 นาที มีฤทธิ์สูงสุดที่เวลา 2-4 ชั่วโมง และระยะเวลาในการออกฤทธิ์นาน 4-6 ชั่วโมง

1.3 อินซูลินที่ออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate-acting insulin) ได้แก่

Protamine stabilized insulin (NPH) และ Lente เป็นอินซูลินที่มีระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ 2 ชั่วโมง มีฤทธิ์สูงสุดที่เวลา 4-10 ชั่วโมง และระยะเวลาในการออกฤทธิ์นาน 10-16 ชั่วโมง

1.4 อินซูลินที่ออกฤทธิ์นาน (Long-acting insulin) ได้แก่

Glargine, Mixtard 30 เป็นอินซูลินที่มีระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ 5-6 ชั่วโมง มีฤทธิ์สูงสุดที่เวลา 24 ชั่วโมง และระยะเวลาในการออกฤทธิ์นาน 24 ชั่วโมง

การปรับขนาดยาอินซูลิน ผู้ป่วยที่ฉับอินซูลินควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ได้ข้อมูลในการปรับขนาดยา

ขนาดยารักษาโรคเบาหวานชนิดฉับ ตามที่แสดงในตาราง ดังนี้

(รุจิรา วงศ์พรเพ็ญภาพ, 2558)

ตาราง 1 แสดงการจำแนกยารักษาโรคเบาหวานชนิดฉับ

รูปแบบอินซูลิน	ชื่อการค้า	อาการข้างเคียง
Rapid acting		
Lispro	Humalog	
Aspart	Novorapid	
Short acting		
Regular insulin (RI)	Humalin R, Actrapid	- ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ - เกิดไตแข็งบริเวณที่ฉีดยา
Intermediate acting		
NPH (isophane)	Humalin N,	
Lente (insulin zinc suspension)	Insulatard Monotard	
Long acting		
Glargine	Lantus	

ที่มา: รุจิรา วงศ์พรเพ็ญภาพ, 2558

ข้อบ่งชี้

1. สามารถใช้ได้ในทุกกรณีที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ข้อบ่งชี้จำเพาะ ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคตับอ่อน, Ketoacidosis, Hyperosmolar nonketotic coma, ภาวะตั้งครรภ์, ภาวะแพ้ยามีด, ภาวะเครียด, ภาวะติดเชือรุนแรง, การบาดเจ็บ, ได้รับการผ่าตัด, ตับและไตวาย, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง และกรณีไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือการกินยาเม็ดลดระดับน้ำตาล

ผลข้างเคียง

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Lipodystrophy) เป็นอาการที่ร่างกายขาดไขมันในบางส่วน หรือทุกส่วนของร่างกาย
3. ภาวะแพ้ยามีด เช่น การเกิดผื่นคัน

4. ในระยะแรก ๆ ที่ฉีดยาผู้ป่วยอาจมีอาการบวม เนื่องจากมีการเก็บกักโซเดียมเพิ่มขึ้น อาจมีอาการตามัวมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของกลูโคสใน Aqueous humor ภายในตา และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

การเก็บรักษา (ชัวยรรณิ เกาสายพันธ์, 2553)

อินซูลินที่ยังไม่ได้เปิดใช้ หากเก็บที่อุณหภูมิ 2 – 8 องศาเซลเซียส เก็บได้นานเท่ากับวันหมดอายุยาที่ติดไว้ที่ฉลากยา แต่สามารถเก็บไว้ในอุณหภูมิห้อง (ประมาณ 25 องศาเซลเซียส) ได้นานประมาณ 30 วัน อินซูลินที่เก็บในอุณหภูมิสูง เช่น กลางแดดจัด หรือที่อุณหภูมิต่ำมาก ๆ เช่น ในช่องแช่แข็งของตู้เย็น ไม่ควรใช้เป็นอย่างยิ่งเนื่องจากยาเสื่อมคุณภาพ และไม่แนะนำเก็บที่ฝาตู้เย็น

เนื่องจากอาจทำให้อุณหภูมิไม่ค่อยคงที่ จากการปิดและเปิดตู้เย็น - อินซูลินที่เปิดใช้แล้ว และเก็บอยู่ในปากกาฉีดอินซูลิน สามารถเก็บที่อุณหภูมิห้อง(25 องศาเซลเซียส) ได้นานประมาณ 30 วัน - อินซูลินแบบขวดที่เปิดใช้แล้วและเก็บในตู้เย็น (2-8 องศาเซลเซียส) จะเก็บได้นานประมาณ 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่เปิดขวด ถ้าเก็บที่อุณหภูมิห้อง (25 องศาเซลเซียส) ได้นานประมาณ 30 วัน

2. ยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ดรับประทาน ใช้ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ตามกลไกการออกฤทธิ์ คือ (อภิชาติ วิชญามรัตน์, 2546)

2.1 ยาที่กระตุ้นให้ตับอ่อนสร้างและหลั่งอินซูลิน (Insulin secretagogue)

2.1.1 ยาจะกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน (Sulfonylurea) โดยผ่านทาง Sulfonylurea receptor ซึ่งเป็น ATP-dependent K⁺ channel ที่ plasma membrane ของ Beta cell ทำให้ Cytosolic calcium เพิ่มขึ้นทำให้มีการหลั่งอินซูลิน ยาช่วยลด Hepatic glucose output และ เพิ่ม Insulin sensitivity ได้แก่ Chlorpropamide, Glibenclamide, Glipizide, Glicazide, Gliquidone, Glimepiride และ Glicazide SR

2.1.2 ยากลุ่มใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มซัลฟา (Rapid acting non-sulfonylurea insulin secretagogue) ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ Sulfonylurea แต่ที่ตำแหน่ง Receptor ต่างกันมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับ Sulfonylurea แต่ออกฤทธิ์เร็วกว่าเนื่องจากมี Half life สั้นเพียง 1 ชั่วโมง ทำให้มีอุบัติการณ์ของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ น้อยกว่า ต้องรับประทานก่อนอาหารแต่ละมื้อประมาณ 15 นาที ควรเลือกใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาซัลฟา หรือผู้ที่ทานอาหารไม่ค่อยเป็นเวลาหรือในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้มาก ได้แก่ Repaglinide (Novonorm) และ Nateglinide (Starlix)

2.2 ยาที่ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น (Insulin sensitizer)

2.2.1 ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้าง กลูโคสจากตับเป็นหลัก (Metformin) ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อดีขึ้น บางส่วนทำให้น้ำตาล เข้าเซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ เบื่ออาหาร ลื่นไม่รับรส คลื่นไส้ ท้องเสีย ไม่สบายท้อง แต่อาการ

จะดีขึ้นได้เองเมื่อใช้ยาติดต่อกันไปสักระยะ ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ Lactic acidosis ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่มี Renal insufficiency (ค่า Creatinine > 1.5 มก./ดล.) หรือในผู้ป่วยที่มีโรคที่เสี่ยง ต่อการเกิด Lactic acidosis เช่น โรคตับ โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น สำหรับข้อดีของ Metformin คือ ไม่ทำให้เกิด Hypoglycemia และน้ำหนักตัวจะไม่เพิ่มขึ้นหรืออาจลดลงในบางราย

2.2.2 ยาที่ออกฤทธิ์โดยทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อ (Thiazolidinedione) เป็นผลทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่ตับเพิ่มขึ้น และยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับด้วยยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Rosiglitazone และ Pioglitazone ยากลุ่มนี้เป็นยาใหม่สามารถใช้เป็นยา เดี่ยวในการรักษา (Monotherapy) หรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นหรืออินซูลิน ผลเสียของยา ได้แก่ ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 5 กิโลกรัม เนื่องจากการคั่งของน้ำ พบว่าระดับ Hemoglobin ลดลง และถึงแม้ยังไม่มีการเกิดพิษต่อตับที่รุนแรง ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยากลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจเอนไซม์ตับก่อนการใช้ยา และภายหลังได้รับยาเป็นระยะและถ้าระดับเอนไซม์ตับมีค่าสูงขึ้นกว่าค่าปกติเกิน 2 เท่าควรหยุดยา

2.3 ยาที่ยับยั้งการดูดซึมอาหารคาร์โบไฮเดรตในลำไส้ ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Alpha- glucosidase ที่ผนังลำไส้ทำให้การดูดซึมกลูโคสลดลงและช้า เป็นผลทำให้ลดระดับน้ำตาล หลังอาหาร (Postprandial glucose) เป็นส่วนใหญ่ ยาในกลุ่มนี้ถูกดูดซึมเข้าร่างกายน้อยมากทำให้ไม่มี Systemic side effects ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ท้องอืด แน่นท้อง ผายลมบ่อย ถ่ายเหลว ปวดท้อง โดยเฉพาะถ้าได้รับยา ในขนาดสูง การเริ่มยาในขนาดต่ำ ๆ และค่อยๆ ปรับเพิ่มขึ้นจะช่วยลดการเกิดผลข้างเคียงดังกล่าว ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Acarbose และ Voglibose

ขนาดยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ตรับประทาน ตามที่แสดงในตาราง ดังนี้ (รุจิรา วงศ์พรเพ็ญภาพ, 2558)

ตาราง 2 แสดงการจำแนกยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ตรับประทาน

ชนิด	ชื่อสามัญ	กลไกการออกฤทธิ์	วิธีการให้	ข้อเสีย
			ขนาดยา มก./วัน (จำนวนครั้งต่อวัน)	
I. Insulin secretagogue				
1. Sulfonylurea				

ตาราง 2 (ต่อ)

ชนิด	ชื่อสามัญ	กลไกการออกฤทธิ์	วิธีการให้	ข้อเสีย
			ขนาดยา มก./วัน (จำนวนครั้งต่อวัน)	
Short acting	Glipizide	- กระตุ้น beta cell	2.5-20 มก.ต่อวัน	- ระดับน้ำตาลใน เลือดต่ำ - น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
	Gliclazide	ของตับอ่อนให้หลัง	(1-2 ครั้ง/วัน)	
	Gliquidone	insulin โดยปิด KATP	40-320 มก.ต่อวัน	
	Glimepiride	channel	(1-2 ครั้ง/วัน) 15-120 มก.ต่อวัน (1-2 ครั้ง/วัน) 1-8 มก.ต่อวัน (1-2 ครั้ง/วัน)	
Long acting	Glibenclamide			
I. Insulin secretagogue				
2. Non-sulfonylurea	Repaglinide	- กระตุ้น beta cell ของตับอ่อนให้หลัง	2.5-20 มก.ต่อวัน (1-2 ครั้ง/วัน)	- ระดับน้ำตาลใน เลือดต่ำ
II. Insulin sensitizer		insulin โดยปิด KATP channel	ก่อนอาหาร 30 นาที 1.5-12 มก.ต่อวัน (3 ครั้ง/วัน)	- น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
1. Biguanide	Metformin	- ลดการสร้างกลูโคส จากตับ	ก่อนอาหาร 15 นาที 500-3000 มก.ต่อวัน (1-3 ครั้ง/วัน)หลัง อาหาร	- ผลข้างเคียงระบบ ทางเดินอาหาร (คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย)
2. Thiazolidinedione	Rosiglitazone	- เพิ่มการใช้กลูโคสของ กล้ามเนื้อ และลดการ สร้างกลูโคสจากตับ	4-8 มก.ต่อวัน (1-2 ครั้ง/วัน)	- ต้องติดตามการทำงาน ของตับ
	Pioglitazone		15-45 มก.ต่อวัน (1 ครั้ง/วัน) ก่อนหรือหลังอาหาร	- น้ำหนักเพิ่ม - บวม
III. Glucosidase inhibitor	Acarbose	- ยับยั้งการดูดซึม คาร์โบไฮเดรตจาก ทางเดินอาหาร	150-300 มก.ต่อวัน (3 ครั้ง/วัน)	- ผลข้างเคียงระบบ ทางเดินอาหาร
	Voglibose		0.6-0.9 มก.ต่อวัน (3 ครั้ง/วัน) พร้อมอาหาร	

ที่มา: รุจิรา วงศ์พรเพ็ญภาพ, 2558

การปฏิบัติตัวเมื่อรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด

1. รับประทานอาหารเช้าให้สม่ำเสมอ และตรงต่อเวลา
2. รับประทานยาตามมือที่แพทย์สั่ง
3. หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา
4. ควรทราบผลข้างเคียงของยา โดยสอบถามจาก แพทย์หรือศึกษาจากคู่มือในการใช้ยา

เมื่อสงสัยว่าจะเกิดอาการแพ้ยาควรปรึกษาแพทย์

5. ควรแจ้งแพทย์ว่ามีประวัติแพ้ยาอะไรบ้าง
6. ควรทราบวิธีแก้ไขเมื่อมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ
7. ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเวลาเจ็บป่วย
8. หากการควบคุมน้ำตาลยังไม่ดี ควรจะเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้าน

วิธีป้องกันมิให้ล้มรับประทานยา

1. รับประทานยาเวลาเดียวกันทุกวัน
2. รับประทานยาเวลาเดียวกับยาอื่น ๆ ที่ใช้อยู่หรือ สัมพันธ์กับกิจกรรมอื่น เช่น

หลังแปรงฟัน

3. เก็บยาไว้ในที่มองเห็นและหยิบง่าย ไม่ต้องแช่เย็น
4. ให้ความสนใจมือที่มักลืมเสมอ
5. แบ่งขนาดยาเป็นม็่อๆ ต่อวัน

การเก็บรักษา ยา (รัชนี แผ่นมณี, 2554)

1. เก็บในบริเวณแสงแดดส่องไม่ถึง ห่างจากความร้อน ความชื้น คือไม่ควรเก็บในห้องน้ำ

ห้องครัว ในตู้เย็น

2. ควรเก็บในที่ที่อากาศเย็น อุณหภูมิไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส
3. แยกยาใช้ภายนอก และยากินออกจากกัน
4. ปิดฝาให้สนิทเมื่อไม่ได้ใช้ยา และเก็บในที่พ้นมือเด็ก
5. ตรวจสอบยาที่เก็บไว้เป็นระยะเพื่อป้องกันยาหมดอายุและยาเสื่อม
6. ควรจัดเก็บยาพร้อมฉลากยา ไม่ควรเก็บยาต่างชนิดกันในบรรจุภัณฑ์เดียวกัน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยอย่างกว้างขวางทั้งในเรื่องของพฤติกรรม การลดปัจจัยเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Champion, & Skinner, 2008) ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ซึ่งเป็นพื้นฐานในการคิดตัดสินใจของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีดังนี้

1. ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

1.1 เพศ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและบทบาทของบุคคลในสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (Becker, 1974) จากการศึกษาของภวัศกร ชัยมัน (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า เพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Kirkman et al. (2015) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยความร่วมมือการใช้ยาเบาหวาน กรณีศึกษา ฐานข้อมูลการเบิกคินค่ายาขนาดใหญ่ พบว่า เพศชายมีความร่วมมือการใช้ยามากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

1.2 อายุ จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของวรนน คล้ายหงษ์, นาริรัตน์ จิตรมนตรี, และวิราพรธรณ วิโรจน์รัตน์ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2017) ศึกษาเกี่ยวกับ การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยยาหลายขนานในประเทศที่พัฒนาแล้วในเอเชีย พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่มีความแตกต่างจากการศึกษาของ เคริกแมน (Kirkman et al., 2015) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยความร่วมมือการใช้ยาเบาหวาน กรณีศึกษา ฐานข้อมูลการเบิกคินค่ายาขนาดใหญ่ พบว่า อายุมากมีความร่วมมือการใช้ยามากกว่าอายุน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของฮอร์วาท (Horvat et al., 2018) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ในสถานบริการปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเซอร์เซโกวีนา การดูแลโรคเบาหวานเบื้องต้น พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.3 อาชีพ จากการศึกษาของธนภุต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ (2558) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง/ขับรถโดยสาร/ขับรถแท็กซี่มีความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.035$) และจากการศึกษา (Adisa et al., 2017) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ปฏิบัติตัวต่อยาลดน้ำตาลในช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยจึงเรียกหาตะวันตกเฉียงใต้ พบว่า ผู้ป่วยที่ว่างงานมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำที่สุด สาเหตุที่ทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกันเป็นเพราะแต่ละการศึกษาได้แบ่งกลุ่มของอาชีพไว้แตกต่างกัน

1.4 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ในภาวะสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีระดับการศึกษาในระดับสูง จะมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน (ศศิธร รุ่งสว่าง, 2558 อ้างถึงใน Orem, Osorio, Brooks, & Dick, 1985) จากการศึกษาของ Kirkman et al. (2015) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยความร่วมมือการใช้ยาเบาหวาน กรณีศึกษาฐานข้อมูลการเบิกคืนค่ายาขนาดใหญ่ พบว่า ระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่มีผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากรัตนชัยรัตน์ โคตร (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบชั้นประถมศึกษา มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.03$)

1.5 รายได้ จากการศึกษาของ Kirkman et al. (2015) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยความร่วมมือการใช้ยาเบาหวาน กรณีศึกษา ฐานข้อมูลการเบิกคืนค่ายาขนาดใหญ่ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือการใช้ยาเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า สถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ($r = 0.20, p < 0.05$) แต่มีผลการศึกษาดังกล่าวต่างจากรัตนชัยรัตน์ โคตร และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Adisa et al. (2017) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ของความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการดูแลผู้ป่วยนอกในเขตตะวันตก

เฉียงใต้ของประเทศไนจีเรีย พบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ของความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1.6 สิทธิการรักษา จากการศึกษาของณธร ชัยญาคุณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิ้มพิทักษ์พงศ์, นภวรรณ เจียรพิรพงษ์, และปิยะเมธ ดิลกธรสกุล (2555) กล่าวว่า สิทธิการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินใด ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความใส่ใจในยาที่มีอยู่และปริมาณยาที่ผู้ป่วยครอบครองอยู่การเปลี่ยนแปลงจากระบบสำรองจ่าย เป็นระบบเบิกจ่ายตรงในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีส่วนในการเพิ่มปัญหาการครอบครองยา เกินจำเป็นเนื่องจากผู้ป่วยในสิทธิ์ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเคยนำยามาให้นับปริมาณ ก็ไม่นำยาให้นับปริมาณ และจากการศึกษาของ Adisa et al. (2017) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ของความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการดูแลผู้ป่วยนอกในเขตตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศไนจีเรีย พบว่า สิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ของความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1.7 การมีโรคที่เป็นร่วม จากการศึกษาของธนกฤต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ (2558) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นร่วมด้วย ($p\text{-value} = 0.003$) มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kirkman et al. (2015) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยความร่วมมือการใช้ยาเบาหวาน กรณีศึกษา ฐานข้อมูลการเบิกคินค่ายาขนาดใหญ่ พบว่า โรคเรื้อรังที่เป็นร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือการใช้ยาเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2017) ศึกษาเกี่ยวกับ การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยยาหลายขนานในประเทศที่พัฒนาแล้วในเอเชีย พบว่า จำนวนโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

1.8 ของโรคเบาหวาน จากการศึกษาของ Gu et al. (2017) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในผู้ป่วยคนจีนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กล่าวคือ การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมากทำให้เกิดความร่วมมือใช้ยาดำ แตกต่างจากการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

1.9 ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (Hemoglobin A1C: HbA1C) จากการศึกษาของลี (Lee et al., 2017) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยยาหลายขนานในประเทศที่พัฒนาแล้วในเอเชีย พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (HbA1C) มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ กิรติ กิจธีระวุฒิมงษ์ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ (2560) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าร้อยละ 7 – 8 ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

1.10 ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้ยา ปัจจัยในเรื่องอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ ครอบครัว สังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender (1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลี (Lee et al., 2017) ศึกษาเกี่ยวกับ การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา รับประทานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยยาหลายขนานในประเทศที่พัฒนาแล้วในเอเชีย พบว่า การดูแลตัวเอง มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าการได้รับการดูแลจากครอบครัว หรือผู้ช่วยดูแลถึง 2.13 เท่า ดังนั้น ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้ยามีแนวโน้มของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

1.11 ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน จากการศึกษาของ อารมณ อร่ามเมือง (2551) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลการสนับสนุนและให้ความรู้กับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวีคร ชัยมัน (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอ คูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า คะแนนความรู้ที่ได้ที่น้อยกว่าระดับปานกลาง ทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

1.12 ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของสุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ (2560) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าภาวะซึมเศร้าทำนายความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 0.91$, $p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งต่างจากการศึกษาของธนภฤต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ (2558) พบว่า ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะซึมเศร้า ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.13 จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน จากการศึกษาของ ภาวีคร ชัยมัน (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า จำนวนเม็ดยาเบาหวานที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เม็ดทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลง มากกว่าการได้รับจำนวนเม็ดยาเบาหวานที่น้อยกว่า 3 เม็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า จำนวนเม็ดยาทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

1.14 ผลข้างเคียงของยา จากการศึกษาของเยาวภา ศรีวิชัย (2544) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า อาการข้างเคียงของยามีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษามาก และจากการศึกษาของชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผลข้างเคียงของยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p = -0.155, p\text{-value} < 0.05$)

1.15 วิธีการรักษาโรคเบาหวาน จากการศึกษาของ จากการศึกษาของภวัศร ชัยมัน (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอ คูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า วิธีการรักษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Horvat et al. (2018) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานบริการปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเฮอริเซโกวีนา การดูแลโรคเบาหวานเบื้องต้น พบว่า การรักษาด้วยยาชนิดรับประทานมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือ

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยร่วม ที่ส่งผลต่อหรือมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา การมีโรคที่เป็นร่วม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (Hemoglobin A1C: HbA1C) ผู้ที่ดูแลเรื่องการไข้ยา ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ผลข้างเคียงของยา และวิธีการรักษาโรคเบาหวาน

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา (Individual beliefs)

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งแต่ละคนจะมีความเชื่อไม่เหมือนกัน ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือการรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การกลับเป็นซ้ำ หรือเกิด

ภาวะแทรกซ้อน บุคคลก็จะพยายามหาวิธีในการป้องกันโรค โดยผู้ป่วยจะเห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ตามแผนการรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การกลับเป็นซ้ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังจากการศึกษาของศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา (Perceived severity) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อร่างกาย เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามและ อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักต่อภาวะสุขภาพและมีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงในสิ่งนั้น จากการศึกษาของภวัศร ชัยมัน (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา (Perceived benefits) เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภัยคุกคามของโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้น ๆ โดยมีการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรม แล้วเลือกปฏิบัติสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ผู้ป่วยจะรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยาว่าสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรคที่จะมีผลให้เกิดความพิการ เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของอิสริภรณ์ สุรศรีสกุล, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับภวัศร ชัยมัน (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน

อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2.4 การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา (Perceived barriers) เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิต เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม จากการศึกษาของภวัศร ชัยมัน (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Rosenstock et al., 1988) จากการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของวรนน คล้ายหงษ์ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน

จากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)

การสนับสนุนทางสังคม การที่บุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นเตือน หรือปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เช่น การได้รับการแนะนำจากบุคคลอื่น ซึ่งอาจเป็นผู้ใกล้ชิด หรือบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Rosenstock et al., 1988) จากการศึกษาของซซุภาภรณ์ กมขุนทด (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับภวัศกร ชัยมัน (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่าระดับปานกลาง ทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณัน คล้ายหงษ์ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gu et al. (2017) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในผู้ป่วยคนจีนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (ศศิธร รุ่งสว่าง, 2558) ถูกพัฒนาครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ.1951 จากแนวคิดของ Kert Lewin ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะเข้าไปใกล้ในสิ่งที่ตนคิดว่าเป็นผลดีต่อตนเองและหนีห่างจากสิ่งที่ตนคิดว่าจะส่งผลเสียต่อตนเอง จากแนวคิดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและนำมาใช้ครั้งแรกโดย Rosenstock และคณะ ในปี ค.ศ.1974 มีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ประกอบด้วยตัวแปร ต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยที่เอื้ออำนวย หรือชักนำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค และ Becker (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเพิ่มเติมจากที่ Rosenstock ศึกษาไว้ โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล ต่อมาในปี ค.ศ. 1977 Strecher และ Rosenstock ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ โดยมุ่งเน้นความเชื่อ และเจตคติของบุคคล มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ ปัจจัยร่วม (Modifying factors) การรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of action) ต่อมาในปี 1988 Rosenstock, Strecher และ Becker ได้ร่วมกันทบทวน แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพใหม่โดยมีการเพิ่มตัวแปร Self-efficacy (Bandura, 1977) ใน Health Belief Model ด้วย เพื่อช่วยอธิบายความสามารถของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008)

1. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลที่ช่วยส่งผลทางอ้อมให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (Demographic variables) เช่น อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา เป็นต้น

1.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychological variables) เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพในสังคม เพื่อนฝูง เป็นต้น

1.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural variables) ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ผลข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา (Individual beliefs) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรง ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในสภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละคน ซึ่งแต่ละคนจะมีความเชื่อไม่เหมือนกัน ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือการรักษาสุขภาพ

ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะพยายามหาวิธีในการป้องกันโรค

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity) เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดผลกระทบทางสังคม

2.3 การรับรู้ภาวะถูกคุกคาม (Perceived threat) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงผลกระทบที่จะเกิดกับตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใดเมื่อได้รับรู้โอกาสเสี่ยง และรับรู้ความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived benefits) เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภัยคุกคามของโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค โดยการมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่ โดยเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรม แล้วเลือกปฏิบัติสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

2.5 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ (Perceived barriers) เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ บุคคลในทางลบ อาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งสามารถใช้นำมาใช้ในการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

2.6 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการหรือกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งสามารถส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่อไปนี้ คือ

2.6.1 การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishments) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเนื่องจากบุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง ทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

2.6.2 การเรียนรู้จากประสบการณ์ (vicarious experience) เป็นการที่บุคคลได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น ทั้งด้านที่ล้มเหลวหรือประสบความสำเร็จ ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

2.6.3 การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม นิยมในการนำมาใช้ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งมีประสิทธิภาพน้อยกว่าการลงมือ

กระทำด้วยตนเอง และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น แต่ก็ยังสามารถเป็นส่วนส่งเสริมที่มีประโยชน์และมียังมีอิทธิพลต่อความคาดหวังผลหรือแรงจูงใจ

2.6.4 สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states)

ภาวะด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากเกิดความวิตกกังวลอาจส่งผลกระทบต่อบุคคล ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ ถ้าบุคคลสามารถกำจัดความวิตกกังวล เหล่านั้นได้ ก็จะทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

3. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นสิ่งชักนำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรม สิ่ง ชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ เช่น โปสเตอร์ คำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม (ศศิธร รุ่งสว่าง, 2558)

Kahn (1979) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมไปถึงการแสดงความรู้สึกในทางที่ดีต่อกัน การให้ความเชื่อมั่นว่าบุคคลนั้นสามารถประพฤติตนได้ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ โดยการสนับสนุนทางสังคมที่ให้นั้นต้องเป็นสิ่งที่ผู้รับต้องการ จึงจะเกิดผลลัพธ์ในทางด้านบวก

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลซึ่งได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย หรือการยกย่อง ทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ระหว่างบุคคล มีความรัก ความห่วงใยและไวใจซึ่งกันและกัน โดยมีการช่วยเหลือในด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ สิ่งของและด้านความรู้ความเข้าใจ

2. แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม (ศศิธร รุ่งสว่าง, 2558)

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการหรือเกิดขึ้นตามธรรมชาติได้แก่ คู่สมรส ครอบครัว กลุ่มเพื่อน โดยเฉพาะครอบครัวจะเป็นแหล่งการสนับสนุนที่สำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์

อย่างเป็นทางการหรือกลุ่มที่มีลักษณะการช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ

3. รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม (ศศิธร รุ่งสว่าง, 2558)

การสนับสนุนทางสังคมสามารถกระทำในรูปแบบของพฤติกรรมได้ 4 ด้าน คือ

3.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการที่บุคคลได้รับการให้ความเชื่อถือ การได้รับการยกย่อง การได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลที่ใกล้ชิด

3.2 การสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคคลเพื่อให้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองและนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินตนเอง

3.3 การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลข่าวสารแก่บุคคล

3.4 การให้การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือความจำเป็นในด้านต่าง ๆ โดยตรง เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีผู้ศึกษาไว้พอสมควร ผู้วิจัย นำมาเสนอเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. งานวิจัยในประเทศไทย

ภวัศร ชัยมัน (2552) เป็นการวิจัยแบบ Case-control study ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย ซึ่งมีความมุ่งหมายศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย กลุ่มศึกษา คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 127 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 127 คน จากการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 254 คน เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์ ผลการวิจัยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าเพศชาย จำนวนชนิดยาเบาหวานที่เพิ่มขึ้นเป็น 2 ชนิดทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลง มากกว่าการได้รับยาเบาหวานจำนวน 1 ชนิด จำนวนเม็ดยาเบาหวานที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เม็ดทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลง มากกว่าการได้รับจำนวนเม็ดยาเบาหวานที่น้อยกว่า 3 เม็ด คะแนนความรู้ที่ได้ที่น้อยกว่าระดับปานกลาง ทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลง คะแนน

ความรู้ที่น้อยกว่าระดับปานกลางทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลง คะแนนการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่าระดับปานกลาง ทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลงอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) เป็นการวิจัยแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational study) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนาย ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านรักษาโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนสังคมกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลวังน้ำเขียว จำนวน 158 ราย และในเขตสุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลวังน้ำเขียว จำนวน 46 คน จากการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 204 คน เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression) โดยเทคนิค Backward regression ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร คือผลข้างเคียงของยา จำนวนเม็ดยาทั้งหมด ความรู้ด้านการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน และการสนับสนุนสังคม อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สิริมาส วงศ์ใหญ่, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพรรณวดี พุฒินะ (2557) เป็นการวิจัยแบบการวิเคราะห์อำนาจเชิงทำนาย ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย (ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม) ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านยา ปัจจัยด้านผู้ให้การดูแลรักษา และปัจจัยด้านสถานบริการกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 225 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะทางโรคเบาหวาน และคลินิกโรคเบาหวานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือแบบสอบถาม ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลตัวแปรที่ต้องทดสอบสมมติฐานมีการแจกแจงไม่ปกติ ผลการวิเคราะห์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการความสะดวกในการรับบริการมี

ความสัมพันธ์ทางบวกการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.144$, $p\text{-value} < 0.05$; $r = 0.189$, $p\text{-value} < 0.01$ และ $r = 0.144$, $p\text{-value} < 0.05$ ตามลำดับ) ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่/พยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านยา ปัจจัยด้านผู้ให้การดูแลรักษา ปัจจัยด้านสถานบริการ (ได้แก่ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการรอรับบริการ และความถี่ของการนัดตรวจรักษา) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ศศิธร รุ่งสว่าง (2558) เป็นการวิจัยแบบเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 150 คน ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ ใช้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือแบบสอบถาม ผลการวิเคราะห์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.273$, 0.258 , 0.344 , 0.530 และ 0.597 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ธนกฤต มงคลชัยภักดี และคณะ (2558) เป็นการวิจัยศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาความชุกของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวาน 168 รายของคลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพฯ เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบประเมินการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว 2) แบบประเมินความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 4) แบบบันทึกการยาที่ผู้ป่วยได้รับโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติ Pearson's

correlation สถิติ Independent t-test สถิติ One-way ANOVA และสถิติถดถอยพหุคูณโดยวิธี stepwise ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วยหลายโรค มีอาชีพรับจ้าง/ขับรถโดยสาร/ขับรถแท็กซี่ จะมีความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

วรนน คัลัยหงษ์ และคณะ (2559) เป็นการวิจัยแบบหาอำนาจการทำนาย (Predictive design) ได้ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาอำนาจการทำนายของอายุระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 92 ราย เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิเคราะห์พบว่า การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 48.70 (Adjusted R2 = 0.487, $p\text{-value} < 0.001$) ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดเรียงตามลำดับ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = 0.519$, $p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.290$, $p\text{-value} < 0.001$) และอายุ ($\beta = 0.236$, $p\text{-value} < 0.01$)

สุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ (2560) เป็นการวิจัยแบบการวิเคราะห์อำนาจเชิงทำนาย ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อเพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า สถานภาพทางการเงินทัศนคติต่อการใช้อินซูลิน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ในการร่วมทำนายความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 120 ราย ที่มาตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการรักษาโดยใช้อินซูลิน แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการวิเคราะห์พบว่า ภาวะซึมเศร้า สถานภาพทางการเงิน

ทัศนคติต่อการใช้อินซูลิน และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้อินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 19.5 (Nagelkerke R2 = .195) โดยภาวะซึมเศร้าและทัศนคติต่อการใช้อินซูลินสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.91, p-value < 0.05 และ OR = 0.94, p-value < 0.05 ตามลำดับ)

2. งานวิจัยต่างประเทศ

Kirkman et al. (2015) ได้ศึกษาปัจจัยความร่วมมือการใช้อินซูลิน ทัศนศึกษาฐานข้อมูลการเบิกค่านายหน้าขนาดใหญ่ ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านการใช้อินซูลินด้านใบสั่งยา ที่มีความสัมพันธ์ความร่วมมือการใช้อินซูลิน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินแบบไม่พึ่งอินซูลิน ตั้งแต่ครั้งปี 2010 ที่รักษาต่อเนื่องตามใบสั่งยาจนถึงปี 2011 เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านการใช้อินซูลิน ด้านใบสั่งยา ที่มีความสัมพันธ์ความร่วมมือการใช้อินซูลิน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

Lee et al. (2017) ได้ศึกษาการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา รับประทานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยยาหลายขนานในประเทศที่พัฒนาแล้วในเอเชีย ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อประเมินความร่วมมือการใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 35 ถึง 84 ปี จำนวน 382 ราย เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเชิงคุณภาพ ด้วยสถิติ Chi-Square หรือ Fisher's exact test ตัวแปรเชิงปริมาณด้วยสถิติ Mann-Whitney U tests หรือ independent t-test วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุ (OR 0.97; 95% CI 0.95- 0.99) กลุ่มชาติพันธุ์จีน (OR 2.80; 95% CI 1.53 - 5.15) และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (HbA1c level) (OR 1.27; 95% CI 1.06 - 1.51) มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

Adisa et al. (2017) ได้ศึกษาทัศนคติการสนับสนุนทางสังคมความร่วมมือในการใช้อินซูลิน และผลลัพธ์ของความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการดูแลผู้ป่วยนอกในเขตตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศไนจีเรีย ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อประเมินแหล่งที่มาและประเภทของการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้อินซูลิน และผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีการเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการจ่ายยา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 250 รายและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ

แบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเชิงคุณภาพ ด้วยสถิติ Chi-Square หรือ Fisher's exact test ตัวแปร เชิงปริมาณด้วยสถิติ Independent t-test ผลการวิเคราะห์พบว่า การซื้อยา สติการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ของความดันโลหิตสูงและผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

Gu et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในผู้ป่วยคนจีนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในปักกิ่ง ประเทศจีน จำนวน 331 ราย ใช้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการวิเคราะห์ พบว่า อัตราส่วนการชำระเงินคืน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

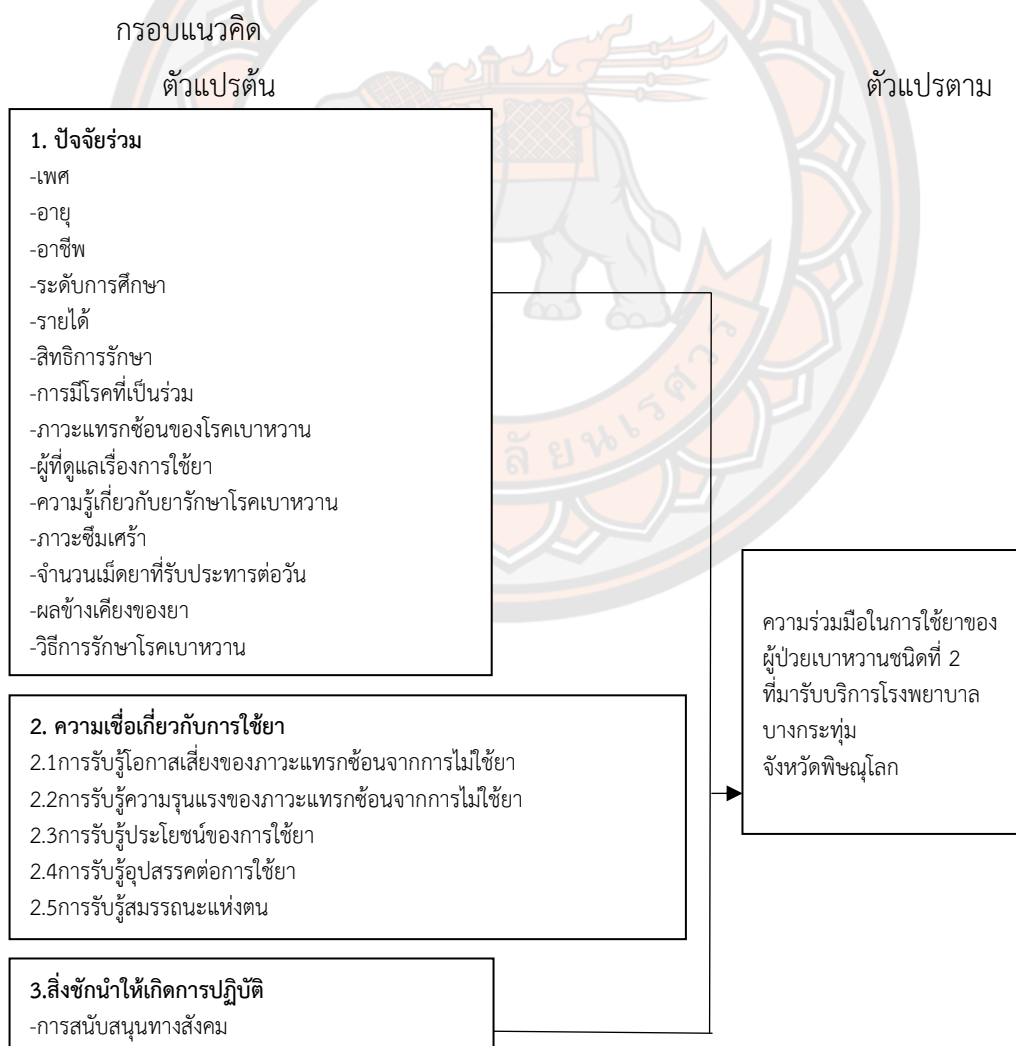
Horvat et al. (2018) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานบริการปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงและเฮอริเซโกวีนา การดูแลโรคเบาหวานเบื้องต้น ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อประเมินความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการรักษาระดับปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงและเฮอริเซโกวีนา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานบริการปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงและเฮอริเซโกวีนา การดูแลโรคเบาหวานเบื้องต้น จำนวน 323 ราย เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ และใช้สถิติ Chi-Square และสถิติ Mann-Whitney test และสถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multivariable logistic regression) ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุ การร่วมจ่าย การรักษาด้วยยาชนิดรับประทานมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สติการรักษามีโรคที่เป็นร่วม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ผลข้างเคียงของยา และวิธีการรักษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติ พฤติกรรม

สุขภาพของบุคคล โดยปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) สำหรับ ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) ซึ่งจากการทบทวนวรรณพบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา อย่างไรก็ตามการมีระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) ที่ควบคุมได้ มีผลมาจากความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้วยรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงเหตุและผลจึงไม่นำตัวแปรฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) เข้ามาเป็นปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้

ดังนั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตัวแปรจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) มาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม (Case-control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 623 ราย (กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบางกระทุ่ม เมื่อปีงบประมาณ 2560) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 กลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 360 ราย

1.2 กลุ่มควบคุม (Control) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 263 ราย

ซึ่งการจำแนกกลุ่มที่ร่วมมือในการใช้ยาและกลุ่มไม่ร่วมมือในการใช้ยา มีการประเมินโดยเภสัชกรประจำคลินิกโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2560 มีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย จากรายงานสรุปผลการซักประวัติและติดตามให้การปรึกษาผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบางกระทุ่ม เมื่อปีงบประมาณ 2560 มีการประเมินโดยเภสัชกรประจำคลินิกโรคเบาหวาน มีดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่บริหารยาไม่ถูกต้องทั้งยาเม็ดและยาฉีด
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับผลข้างเคียง หรือมีปัญหาจากการใช้ยา
3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการบริหารยาผิด

การค้นหาผู้ป่วย

1. จากการซักประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวานซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยซักประวัติมาก่อน โดยเภสัชกรสอบถามผู้ป่วยที่มาตามวันนัดที่คลินิกเบาหวาน และบันทึกวันที่พบเภสัชกรในแบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อบันทึกข้อมูลในการติดตามให้คำปรึกษา หากบริหารยาถูกต้องจะซักประวัติ คนละ 1 ครั้ง/ปี

2. จากการซักประวัติของพยาบาลคลินิกเบาหวาน พบปัญหาและส่งรับคำปรึกษา

3. พบปัญหาการบริหารยาที่ห้องจ่ายยา

เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยที่ร่วมมือและไม่ร่วมมือในการใช้ยา

1. ผู้ป่วยที่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่บริหารยาถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินการใช้ยาของ รพ.บางกระพุ่ม โดยเทียบตามใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

1.1 ยาเม็ด ไม่เคยเพิ่มและหรือลดจำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่ง

1.2 ยาเม็ด ไม่เคยเพิ่มและหรือลดจำนวนม็อยาที่แพทย์สั่ง

1.3 ยาเม็ดและหรือยาฉีดยา ไม่เคยหยุดใช้ยาที่แพทย์สั่ง

1.4 ยาฉีดยา ดึง Syringe เพื่อดูจำนวน ยูนิต/ขีด ถูกต้องตามใบสั่งยาของแพทย์

ดังนั้น ผู้ป่วยที่ใช้ทั้งยาเม็ดและยาฉีดยา ถ้าปฏิบัติครบทุกข้อ แสดงว่าผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยใช้ยาเม็ดอย่างเดียว ถ้าปฏิบัติข้อ 1-3 ครบทุกข้อ แสดงว่าผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยใช้ยาฉีดยาอย่างเดียว ถ้าปฏิบัติข้อ 3-4 แสดงว่าผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยา

2. ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่บริหารยาผิดตามเกณฑ์การประเมินการใช้ยาของ รพ.บางกระพุ่ม โดยเทียบตามใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

2.1 ยาเม็ด เคยเพิ่มและหรือลดจำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่ง

2.2 ยาเม็ด เคยเพิ่มและหรือลดจำนวนม็อยาที่แพทย์สั่ง

2.3 ยาเม็ดและหรือยาฉีดยา หยุดใช้ยาก่อนที่แพทย์สั่ง

2.4 ยาเม็ดและหรือยาฉีดยา ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว

2.5 ยาเม็ดและหรือยาฉีดยา ใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง

2.6 การลืมใช้ยาเม็ดและหรือยาฉีดยา มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์

2.7 ยาฉีดยา ดึง Syringe เพื่อดูจำนวน ยูนิต/ขีด ไม่ตรงตามใบสั่งยาของแพทย์

ดังนั้น ผู้ป่วยที่ใช้ทั้งยาเม็ดและยาฉีดยา ถ้าปฏิบัติข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา สำหรับผู้ป่วยใช้ยาเม็ดอย่างเดียว ถ้าปฏิบัติข้อ 1-5 ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา สำหรับผู้ป่วยใช้ยาฉีดยาอย่างเดียว ถ้าปฏิบัติข้อ 3-6 ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ผลการดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ 2560 จากการซักประวัติผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า

1. ผู้ป่วยที่ร่วมมือในการใช้ยา

ผู้ป่วยที่ร่วมมือในการใช้ยา ไม่ต้องติดตาม จำนวน 360 ราย

2. ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ติดตามให้คำปรึกษารายใหม่ จำนวน 270 ราย

ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ติดตามให้คำปรึกษาต่อจากปีงบประมาณ 2559 จำนวน 114 ราย

สรุปผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ติดตามให้คำปรึกษาในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 384 ราย และมีผู้ป่วยกลับมาร่วมมือในการใช้ยาติดต่อกัน 3 ครั้ง จำนวน 121 ราย

ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ติดตามให้คำปรึกษา จำนวน 263 ราย

2. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โดยจำแนกเป็นกลุ่มศึกษา(Case) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย และกลุ่มควบคุม (Control) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยรายเก่าที่มีประวัติการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก อย่างน้อย 3 เดือน

3. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อสารความหมายเข้าใจตรงกันได้

4. มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยตั้งครรภ์
2. ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาด้วยตนเอง
3. ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยมีข้อมูลสูญหายมากกว่าร้อยละ 20
4. มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือภาวะช็อกจากน้ำตาลในเลือดสูง ในระหว่างเก็บข้อมูล

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตร case-control study โดย แอปพลิเคชัน n4Studies (Ngamjarus et al., 2014 ; Bernard, 2000 และ Fleiss et al., 2003) ดังนี้

สูตร

$$n_{\text{case}} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q} \left(1 + \frac{1}{r}\right)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(\text{exposure}|\text{case}), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(\text{exposure}|\text{control}), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 q_2^r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{\text{control}}}{n_{\text{case}}}$$

$$p_1 = \frac{p_2 \text{OR}}{1 + p_2 (\text{OR} - 1)}$$

เมื่อ

r = อัตราส่วนระหว่างกลุ่มควบคุม (control) กับกลุ่มศึกษา (case)

p_1 = สัดส่วนกลุ่มศึกษา (case) เมื่อสัมผัสปัจจัย $q_1 = (1 - p_1)$

p_2 = สัดส่วนกลุ่มควบคุม (control) เมื่อสัมผัสปัจจัย $q_2 = (1 - p_2)$

กำหนดให้

$$p_1 = P(\text{exposure}|\text{case}) = 90/127 = 0.71 \text{ (จากการวิจัยของภวัชร ชัยมัน (2552)}$$

$$p_2 = P(\text{exposure}|\text{control}) = 106/127 = 0.83 \text{ (จากการวิจัยของ ภวัชร ชัยมัน, 2552)}$$

$$\text{Ratio (controls/case)} = 1, \alpha = 0.05, Z(0.975) = 1.959964$$

$$\text{Beta} = 0.20, Z(0.80) = 0.8416212$$

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้กลุ่มศึกษา จำนวน 192 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 192 ราย

จากนั้นมีการปรับค่า (correction factor) ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Ngamjarus et al., 2014 ; Bernard, 2000 และ Fleiss et al., 2003) โดยใช้สูตร

$$n_{\text{case}} = \frac{n_{\text{case}}}{4} \left(1 + \sqrt{1 + \frac{2(r+1)}{n_{\text{case}} r |p_2 - p_1|}} \right)^2$$

ดังนั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มศึกษา (case) จำนวน 209 ราย และกลุ่มควบคุม (control) จำนวน 209 ราย

การสุ่มตัวอย่าง

โดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. เตรียมทะเบียนรายชื่อประชากร คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ตามข้อมูลจากรายงานสรุปผลการซักประวัติและติดตามให้การรักษาผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคฯ โรงพยาบาลบางกระพุ่ม เมื่อปีงบประมาณ 2560 มีการประเมินโดยเภสัชกรประจำคลินิกโรคเบาหวาน ซึ่งแยกเป็นกลุ่มศึกษา (case) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 360 ราย และกลุ่มควบคุม (control) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 263 ราย
2. ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มจากหมายเลขผู้ป่วยนอก (Hospital number: HN) โดยแยกสุ่มกลุ่มศึกษา (case) และกลุ่มควบคุม (control)
3. นำกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มมาพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก จนครบกลุ่มละ 209 ราย หากได้ตัวอย่างไม่ครบผู้วิจัยจะพิจารณาการสุ่มตัวอย่างทดแทนจนได้ตัวอย่างไม่ต่ำกว่ากลุ่มละ 209 ราย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่

1. ปัจจัยร่วม ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา การมีโรคที่เป็นร่วม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้ที่ดูแลเรื่องการไข้ยา ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ผลข้างเคียงของยา และวิธีการรักษาโรคเบาหวาน
 2. ความเชื่อเกี่ยวกับการไข้ยา ประกอบด้วย
 - 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ไข้ยา
 - 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ไข้ยา
 - 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการไข้ยา
 - 2.4 การรับรู้อุปสรรคต่อการไข้ยา
 - 2.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
 3. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม
 - ตัวแปรตาม ได้แก่ ความร่วมมือในการไข้ยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีการที่ได้มาของข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อความให้เลือกตอบ ใช้คำถามปลายปิด และเติมคำที่ตรงกับข้อมูลของท่าน ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา การมีโรคที่เป็นร่วม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้ยา จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ผลข้างเคียงของยา และวิธีการรักษาโรคเบาหวาน จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การใช้ยาควบคุมโรคเบาหวาน ผลข้างเคียงของยา และการเก็บรักษา ยา เป็นคำถามให้เลือกตอบ ใช้คำถามปลายปิดและเลือกคำตอบที่ถูกต้อง จำนวน 16 ข้อ มีพิสัยเท่ากับ 0-16 คะแนน เป็นคำถามเชิงบวก คือ ข้อ 1-2, 4-6, 11-13 และข้อ 15 มีข้อความเชิงลบ คือ ข้อ 3, 7-10, 14 และข้อ 16

		ข้อความที่เป็นบวก (Positive Statement)	ข้อความที่เป็นลบ (Negative Statement)
ใช่	มีค่าคะแนน	1	0
ไม่ใช่	มีค่าคะแนน	0	1
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน	0	0

สำหรับเกณฑ์การตัดสินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการรักษาโรคเบาหวานและด้านการใช้ยาควบคุมโรคเบาหวานได้แบ่งคะแนนเพื่อวัดความรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคะแนนตามกฎของ Bloom (1978) ดังนี้

เกณฑ์ระดับ	คะแนนที่ได้	การแปลความหมาย
น้อยกว่าร้อยละ 60	0 – 9 คะแนน	ความรู้ระดับต่ำ
ร้อยละ 60-79	10 – 12 คะแนน	ความรู้ระดับปานกลาง
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	13 – 16 คะแนน	ความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือโดยประยุกต์จากเครื่องมือของสุภาพร แนวบุตร (Naewbood, 2005); ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554); พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ (2560) ตามแนวคิดของ Rosenstock et al. (1988) ให้

เลือกตอบ ใช้คำถามปลายปิดและคำตอบโดยเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวนทั้งหมด 38 ข้อ มีพิสัยเท่ากับ 38 – 190 คะแนน ประกอบด้วย

1. ข้อคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกคือ ข้อ 1-4 และข้อ 6 มีข้อคำถามเชิงลบ คือ ข้อ 5

2. ข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกคือ ข้อ 1-8

3. ข้อคำถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกคือ ข้อ 1-7

4. ข้อคำถามการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ คือ ข้อ 1-10

5. ข้อคำถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกคือ ข้อ 1-7

สำหรับข้อคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา และการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา เป็นการวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีมาตรา 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อคำถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีมาตรา 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจ ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ และไม่มั่นใจมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความที่เป็นบวก (Positive Statement)	ข้อความที่เป็นลบ (Negative Statement)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน 5	1
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน 4	2
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน 3	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน 2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน 1	5

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความที่เป็นบวก (Positive Statement)	ข้อความที่เป็นลบ (Negative Statement)
มั่นใจมากที่สุด	มีค่าคะแนน 5	1
มั่นใจ	มีค่าคะแนน 4	2
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน 3	3
ไม่มั่นใจ	มีค่าคะแนน 2	4

ไม่มั่นใจมากที่สุด มีค่าคะแนน 1 5

การแปลผลคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาจัดระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ (Best, 1977) โดยหาช่วงคะแนน ดังนี้

$$\text{สูตร ช่วงคะแนนเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5-1}{3} = 1.33$$

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาพิจารณา โดยยึดตามเกณฑ์ ช่วงคะแนนเฉลี่ย ได้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ	มีช่วงคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	1.00 - 2.33
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	2.34 - 3.66
ระดับสูง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	3.67 - 5.00

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือโดยประยุกต์จากเครื่องมือของสุภาพร แนวบุต (Naewbood, 2005) และ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ตามแนวคิดของ (House, 1981) ให้เลือกตอบ ใช้คำถามปลายปิดและคำตอบโดยเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยถามแหล่งของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่ง ประกอบด้วย คนในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีข้อความแหล่งละ 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ มีพิสัยเท่ากับ 66-330 คะแนน ข้อคำถามเป็นการวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีมาตรา 5 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด ได้รับการสนับสนุนมาก ได้รับการสนับสนุนปานกลาง ได้รับการสนับสนุนน้อย และได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด	มีค่าคะแนน	5
ได้รับการสนับสนุนมาก	มีค่าคะแนน	4
ได้รับการสนับสนุนปานกลาง	มีค่าคะแนน	3
ได้รับการสนับสนุนน้อย	มีค่าคะแนน	2
ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด	มีค่าคะแนน	1

การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคม โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาจัดระดับโดยใช้เกณฑ์ของ (Best, 1977) โดยหาช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตร ช่วงคะแนนเฉลี่ย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5-1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

ดังนั้นผู้วิจัย จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาพิจารณา โดยยึดตามเกณฑ์ ช่วงคะแนนเฉลี่ย ได้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ	มีช่วงคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	1.00 - 2.33
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	2.34 - 3.66
ระดับสูง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	3.67 - 5.00

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการคัดกรองภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือ ซึ่งปรับจากเครื่องมือของ (วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล, และพนม เกตุมาน, 2540 อ้างอิงใน โมเรศ ศรีบ้านไผ่, 2554) เป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยให้คะแนนตามความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นแบบให้คะแนนตนเอง มีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 4 ข้อ คือ ข้อ 4, 8, 12 และข้อ 16 มีข้อความเชิงลบ 16 ข้อ คือ ข้อ 1-3, 5-7, 9-11, 13-15 และข้อ 17-20 โดยเป็นฉบับที่ทำการแปลเป็นภาษาไทย และทำการทดสอบหาความเที่ยงโดยวัด Cronbach's Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 (วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล, และพนม เกตุมาน, 2540) มีพิสัยเท่ากับ 0-60 คะแนน ข้อคำถามเป็นการวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีมาตรา 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย นาน ๆ ครั้ง บ่อย ๆ และตลอดเวลา

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความที่เป็นบวก (Positive Statement)	ข้อความที่เป็นลบ (Negative Statement)
ไม่เลย (ไม่ถึง 1 วัน)	มีค่าคะแนน 3	0
นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	มีค่าคะแนน 2	1
บ่อยๆ (3-4 วัน)	มีค่าคะแนน 1	2
ตลอดเวลา (5-7 วัน)	มีค่าคะแนน 0	3

ดังนั้นผู้วิจัย จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยนำค่าคะแนนมาพิจารณา โดยยึดตามเกณฑ์ของ วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล, และพนม เกตุมาน (2540) ได้ 2 ระดับ ดังนี้

ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง	1-15 คะแนน
มีภาวะซึมเศร้า	มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง	16-60 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ตรงตามโครงสร้าง ครอบคลุมวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมทางภาษา รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลความหมายของคะแนน และนำแบบสอบถามคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้เกณฑ์ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อสอบข้อนั้นไว้ใช้ได้ แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงหรือตัดทิ้ง (อารยา องค์กรเยี่ยม, และพงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล, 2561) จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามในการศึกษานี้ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น(Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุง และตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดสอบ (Try Out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ โดยนำเครื่องมือทั้งหมด 30 ชุด ที่ได้ทดลองใช้แล้วหาค่า ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Method) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ค่าแอลฟา ที่ใช้ควรมากกว่า 0.7 ถ้าน้อยกว่านั้น ควรปรับปรุงแบบสอบถาม หรืออาจตัดบางข้อทิ้ง (Alpha if Item Deleted) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

หลังจากทดลองใช้ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผลวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน	มีค่าเท่ากับ	0.785
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา	มีค่าเท่ากับ	0.751
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา	มีค่าเท่ากับ	0.793
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา	มีค่าเท่ากับ	0.736
การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา	มีค่าเท่ากับ	0.794
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	มีค่าเท่ากับ	0.907
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	มีค่าเท่ากับ	0.945

จึงถือว่าแบบสอบถามนี้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล จากตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางกระทุ่ม และหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โดยวิธีตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในผู้ป่วยที่อ่านออกเขียนได้ และใช้การสัมภาษณ์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการอ่านการเขียน โดยการจัดสถานที่สำหรับการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ที่มิดชิดและเป็นส่วนตัวไว้สำหรับกลุ่มตัวอย่าง และมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังต่อไปนี้

1. ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จากผู้ดูแลคลินิกโรคเบาหวาน โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่ร่วมมือในการใช้ยา (Case) คือ และกลุ่มที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Control) ทั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบวันนัดและสถานที่นัดหมาย ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล หากพบว่าผู้ป่วยได้รับการนัดหมายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยจะประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยในการลงเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในวันที่ผู้ป่วยนัดหมาย
2. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตการทำวิจัยและการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการตอบในแต่ละส่วนของแบบสอบถามให้เข้าใจตรงกัน และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่ วิธีการบันทึกข้อมูล วิธีการตอบแบบสอบถาม วิธีการสัมภาษณ์
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัวกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลชี้แจงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย
5. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม
6. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยแต่ละรายเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้คำแนะนำด้านการใช้ยา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้ เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยลงรหัสข้อมูลและบันทึกข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Statistics 17.0 for Windows จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สรุปผลและนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย ส่วนสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีที่เป็นข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอด้วยโดยค่าความถี่ ร้อยละ ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ หากข้อมูลมีการแจกแจงปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกตินำเสนอด้วย ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์สถิติ ดังต่อไปนี้

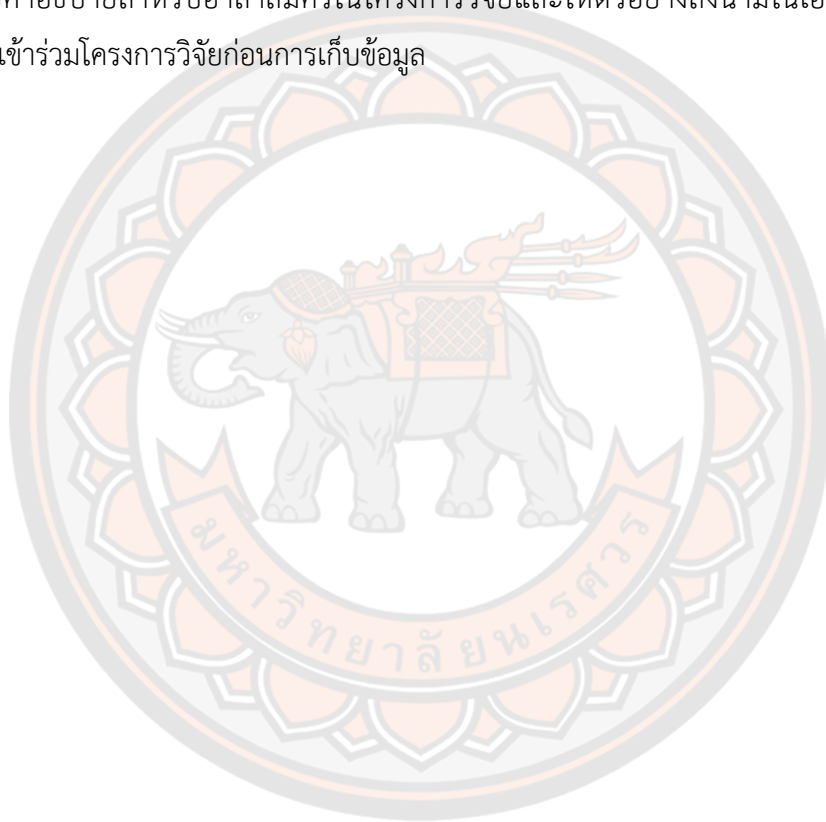
2.1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาแบบตัวแปรเดียว ใช้สถิติ Simple logistic regression นำเสนอด้วยค่า Crude odds ratio (crude OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาแบบหลายตัวแปร ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุแบบ 2 กลุ่ม (Multiple Binary logistic regression) นำเสนอด้วยค่า Adjusted odds ratio (adjusted OR) และช่วงเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบ Backward Wald Test จากตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 ในการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวเข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร

2.3 ตรวจสอบความเหมาะสมของ Model โดยวิธี Hosmer-Lemeshow Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิจัย เสนอต่อดคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับการอนุมัติ เลขที่ COA No. 619/2018, IRB No.679/61 ภายหลังจากได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตอบแบบสอบถาม ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น จะเปิดเผยข้อมูลทางวิชาการในภาพรวม โดยผู้วิจัยชี้แจงตามเอกสารคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัยและให้ตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม (Case-control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โดยจำแนกเป็นกลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย และกลุ่มควบคุม (Control) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยร่วม
2. ผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา
 - 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา
 - 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา
 - 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา
 - 2.4 การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา
 - 2.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ
4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก: การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียวด้วย Simple Binary logistic regression และแบบพหุด้วย Multiple Binary logistic regression

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยร่วม

จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โดยจำแนกเป็นกลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย และกลุ่มควบคุม (Control) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีปัจจัยด้านลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน ดังนี้ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.6 และ 64.6 ตามลำดับ) และ

มีเพศชาย (ร้อยละ 25.4 และ 35.4 ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 38.8 และ 35.9 ตามลำดับ) รองลงมาคืออายุต่ำกว่า 59 ปี (ร้อยละ 36.4 และ 30.6 ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 27.8 และ 28.2 ตามลำดับ) รองลงมาในกลุ่มศึกษามีอาชีพลูกจ้าง (ร้อยละ 22.0) แต่ในกลุ่มควบคุมมีอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน (ร้อยละ 21.5) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 83.7 และ 72.2 ตามลำดับ) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 11.5 และ 19.1 ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,001 – 4,000 บาท (ร้อยละ 36.8 และ 36.4 ตามลำดับ) รองลงมาคือต่ำกว่า 2,000 บาท (ร้อยละ 33.0 และ 32.5 ตามลำดับ) และกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นผู้สูงอายุ/เด็ก/คนพิการ (ร้อยละ 54.1 และ 62.2 ตามลำดับ) รองลงมาคือประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) (ร้อยละ 32.1 และ 29.7 ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 91.4 และ 88.0 ตามลำดับ) ซึ่งมีโรคประจำตัวร่วมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.2 และ 46.4 ตามลำดับ) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 41.1 และ 37.8 ตามลำดับ) และไม่มีโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 8.6 และ 12.0 ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 90.9 และ 87.1 ตามลำดับ) และเคยเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในเนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 9.1 และ 12.9 ตามลำดับ) ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ 41.7 และ 30.6 ตามลำดับ) รองลงมาในกลุ่มศึกษาคือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ร้อยละ 33.3) แต่กลุ่มควบคุมคือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, โรคหัวใจและหลอดเลือด ตีบตัน, โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวาย (ร้อยละ 13.9) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) \geq 7% หมายถึง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (ร้อยละ 53.1 และ 72.2 ตามลำดับ) และมีระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) $<$ 7% หมายถึง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ร้อยละ 46.9 และ 27.8 ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการดูแลด้วยตนเองในการดูแลเรื่องการใช้จ่าย (ร้อยละ 83.7 และ 74.6 ตามลำดับ) และมีสามี/ภรรยา, ลูก/หลาน,ญาติดูแลในเรื่องการใช้จ่าย (ร้อยละ 16.3 และ 25.4 ตามลำดับ) ระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.4) รองลงมาคืออยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 28.7) แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 45.9) รองลงมาคืออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.5) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซีมเศร้า (ร้อยละ 94.7 และ 82.8 ตามลำดับ) และมีภาวะซีมเศร้า (ร้อยละ 5.3 และ 17.2 ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการใช้ยาต่อวันโดยการรับประทานยา (รวมยาทุกชนิด) จำนวน 6 - 11 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 58.4 และ 62.7 ตามลำดับ)

รองลงมาคือการรับประทานยา (รวมยาทุกชนิด) จำนวน ต่ำกว่า 6 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 36.4 และ 21.1 ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ฉีดยาอินซูลิน (ร้อยละ 83.30 และ 72.70 ตามลำดับ) และฉีดยาอินซูลิน (ร้อยละ 16.8 และ 27.3 ตามลำดับ) ซึ่งส่วนใหญ่ฉีดยาอินซูลิน 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 68.6 และ 71.9 ตามลำดับ) และฉีดยาอินซูลิน 1 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 31.4 และ 28.1 ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 95.7 และ ร้อยละ 95.7 ตามลำดับ) และมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 4.3 และ 4.3 ตามลำดับ) ซึ่งอาการข้างเคียงของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือน้ำตาลในเลือดต่ำ (ร้อยละ 41.7 และ 64.3 ตามลำดับ) รองลงมาในกลุ่มศึกษาคือปวดหัว (ร้อยละ 25.0) แต่กลุ่มควบคุมคือน้ำหนักตัวเพิ่ม (ร้อยละ 21.4) กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีการรับประทานยา (ร้อยละ 81.8 และ 74.2 ตามลำดับ) รองลงมาคือรับประทานยาและฉีดยา (ร้อยละ 15.3 และ 24.9 ตามลำดับ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยรวม

ปัจจัยรวม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)	
	รวมมือในการใช้ยา (n=209)	ไม่รวมมือในการใช้ยา (n=209)
เพศ		
ชาย	53 (25.4)	74 (35.4)
หญิง	156 (74.6)	135 (64.6)
อายุ		
ต่ำกว่า 60 ปี	76 (36.4)	64 (30.6)
60 – 69 ปี	81 (38.8)	75 (35.9)
70 - 79 ปี	36 (17.2)	47 (22.5)
80 ปี ขึ้นไป	16 (7.7)	23 (11.0)
$\bar{x} \pm SD$	63.22±10.72	65.35±10.98
Median (IQR)	65.0 (56.0, 69.5)	65.0 (57.0, 73.0)

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยร่วม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)	
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)
อาชีพ		
ว่างงาน	58 (27.8)	59 (28.2)
ลูกจ้าง	46 (22.0)	38 (18.2)
เกษตรกร/ประมง	44 (21.1)	43 (20.6)
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	40 (19.1)	45 (21.5)
นักธุรกิจ/ค้าขาย	18 (8.6)	17 (8.1)
รับราชการ	1 (0.5)	4 (1.9)
อื่น ๆ (อสม.)	2 (1.0)	3 (1.4)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10 (4.8)	18 (8.6)
ประถมศึกษา	175 (83.7)	151 (72.2)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	24 (11.5)	40 (19.1)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 2,000	69 (33.0)	68 (32.5)
2,001 – 4,000	77 (36.8)	76 (36.4)
4,001 – 6,000	45 (21.5)	52 (24.9)
6,001 ขึ้นไป	18 (8.6)	13 (6.2)
$\bar{x} \pm SD$	3,646.41±3,184.91	3,524.40±2,564.46
Median (IQR)	3,500.0 (1,500.0, 4,500.0)	3,500.0 (1,550.0, 4,500.0)
สิทธิการรักษา		
ผู้สูงอายุ/เด็ก/คนพิการ	113 (54.1)	130 (62.2)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	67 (32.1)	62 (29.7)
เบิกได้	14 (6.7)	10 (4.8)

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยร่วม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)	
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)
อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)	9 (4.3)	4 (1.9)
ประกันสังคม	3 (1.4)	1 (0.5)
ชำระเงินเอง	1 (0.5)	0
ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	1 (0.5)	0
อื่น ๆ (ผู้มีรายได้น้อยในเขต)	1 (0.5)	2 (1.0)
โรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน		
ไม่มี	18 (8.6)	25 (12.0)
มี	191 (91.4)	184 (88.0)
ประวัติการมีโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	181 (46.2)	179 (46.4)
ไขมันในเลือดสูง	161 (41.1)	146 (37.8)
โรคหัวใจ	15 (3.8)	13 (3.4)
โรคไต	29 (7.4)	35 (9.1)
โรคเกาต์	2 (0.5)	7 (1.8)
โรคซีมีเคร้า	3 (0.8)	4 (1.0)
อื่นๆ (โรคไทรอยด์, หอบหืด, มะเร็งเต้านม)	1 (0.3)	2 (0.5)
ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา การเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน เนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน		
ไม่เคย	190 (90.9)	182 (87.1)
เคย	19 (9.1)	27 (12.9)
ประวัติการเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	10 (41.7)	11 (30.6)
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	8 (33.3)	5 (13.9)
โรคหัวใจและหลอดเลือด ตีบตัน	1 (4.2)	5 (13.9)
โรคความดันโลหิตสูง	3 (12.5)	5 (13.9)
โรคไตวาย	2 (8.3)	5 (13.9)
จอตาสีอม ตาพร่ามัว	0 (0.0)	2 (5.6)
เส้นประสาทอักเสบ	0 (0.0)	1 (2.8)

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยร่วม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)	
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)
ประวัติการเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (ต่อ)		
แผลเน่า แผลเรื้อรัง	0 (0.0)	1 (2.8)
การถูกตัดอวัยวะ	0 (0.0)	1 (2.8)
ระดับ ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา		
ควบคุมได้ดี (HbA1C < 7%)	98 (46.9)	58 (27.8)
ควบคุมได้ไม่ดี (HbA1C ≥ 7%)	111 (53.1)	151 (72.2)
$\bar{x} \pm SD$	7.21±1.50	7.88±1.58
Median (IQR)	7.0 (6.3, 7.9)	7.8 (6.8, 8.7)
ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้ยาของท่านเป็นส่วนใหญ่		
ดูแลตนเอง	175 (83.7)	156 (74.6)
สามี/ภรรยา, ลูก/หลาน,ญาติ	34 (16.3)	53 (25.4)
ระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน		
ต่ำ (0 – 9 คะแนน)	60 (28.7)	96 (45.9)
ปานกลาง (10 – 12 คะแนน)	99 (47.4)	91 (43.5)
สูง (13 – 16 คะแนน)	50 (23.9)	22 (10.5)
$\bar{x} \pm SD$	10.67±2.27	9.72±2.61
Median (IQR)	11.0 (9.0, 12.0)	10.0 (8.0, 12.0)
ภาวะซีมีเศร้า		
ไม่มีภาวะซีมีเศร้า		
(1–15 คะแนน)	198 (94.7)	173 (82.8)
มีภาวะซีมีเศร้า		
(16 – 60 คะแนน)	11 (5.3)	36 (17.2)
$\bar{x} \pm SD$	6.92±4.37	9.51±6.02
Median (IQR)	6.0 (4.0, 8.50)	8.0 (5.0, 13.0)

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยร่วม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)	
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)
ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา การใช้ยาต่อวัน		
การรับประทานยา		
(รวมยาทุกชนิด) (เม็ด/วัน)		
ต่ำกว่า 5 เม็ด/วัน	76 (36.4)	44 (21.1)
6 – 11 เม็ด/วัน	122 (58.4)	131 (62.7)
12 – 17 เม็ด/วัน	11 (5.3)	28 (13.4)
18 เม็ดต่อวันขึ้นไป	0 (0.00)	6 (2.9)
$\bar{x} \pm SD$	6.71±2.69	8.53±3.52
Median (IQR)	7.0 (5.0, 8.0)	8.0 (6.0, 10.0)
ฉีดยาอินซูลิน (ครั้ง/วัน)		
ไม่ฉีดยาอินซูลิน		
	174 (83.3)	152 (72.7)
ฉีดยาอินซูลิน		
1 ครั้ง/วัน	11 (31.4)	16 (28.1)
2 ครั้ง/วัน	24 (68.6)	41 (71.9)
ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา การเคยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน		
ไม่มีอาการข้างเคียง		
	200 (95.7)	200 (95.7)
มีอาการข้างเคียง		
	9 (4.3)	9 (4.3)
ประวัติการเคยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน		
น้ำตาลในเลือดต่ำ	5 (41.7)	9 (64.3)
น้ำหนักตัวเพิ่ม	1 (8.3)	3 (21.4)
อ่อนเพลีย	1 (8.3)	2 (14.3)
ปวดหัว	3 (25.0)	0 (0.00)
คลื่นไส้ อาเจียน	2 (16.7)	0 (0.00)

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยร่วม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)	
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)
วิธีการรักษาโรคเบาหวาน		
รับประทานยา	171 (81.8)	155 (74.2)
ฉีดยา	6 (2.9)	2 (1.0)
รับประทานยาและฉีดยา	32 (15.3)	52 (24.9)

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา

จากผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.0 และ 74.2 ตามลำดับ) รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 16.7 และ 24.9 ตามลำดับ) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.2 และ 66.0 ตามลำดับ) รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.3 และ 29.7 ตามลำดับ) ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.9 และ 76.1 ตามลำดับ) รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.2 และ 19.1 ตามลำดับ) ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.6 และ 64.1 ตามลำดับ) รองลงมาในกลุ่มศึกษา อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 14.8) แต่ในกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 23.4) และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนยาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.3 และ 76.1 ตามลำดับ) รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 3.3 และ 19.6 ตามลำดับ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัย ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)	
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	0 (0.0)	2 (1.0)
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	35 (16.7)	52 (24.9)
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	174 (83.0)	155 (74.2)
$\bar{x} \pm SD$	3.79±0.32	3.69±0.47
Median (IQR)	3.8 (3.7, 4.0)	3.8 (3.5, 4.0)
ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	1 (0.5)	9 (4.3)
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	57 (27.3)	62 (29.7)
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	151 (72.2)	138 (66.0)
$\bar{x} \pm SD$	3.81±0.38	3.77±0.65
Median (IQR)	4.0 (3.6, 4.0)	4.0 (3.5, 4.0)
ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	4 (1.9)	10 (4.8)
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	15 (7.2)	40 (19.1)
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	190 (90.9)	159 (76.1)
$\bar{x} \pm SD$	3.89±0.38	3.81±0.68
Median (IQR)	4.0 (3.9, 4.0)	4.0 (3.7, 4.0)
ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อของการใช้ยา		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	31 (14.8)	26 (12.4)
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	158 (75.6)	134 (64.1)
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	20 (9.6)	49 (23.4)
$\bar{x} \pm SD$	2.91±0.62	3.16±0.77
Median (IQR)	2.8 (2.5, 3.3)	3.0 (2.6, 3.6)

ตาราง 4 (ต่อ)

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)	
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)
ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	5 (2.4)	9 (4.3)
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	7 (3.3)	41 (19.6)
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	197 (94.3)	159 (76.1)
$\bar{x} \pm SD$	3.90 \pm 0.45	3.79 \pm 0.69
Median (IQR)	4.0 (3.9, 4.0)	4.0 (3.7, 4.0)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีระดับการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม) ส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.1 และ 53.6 ตามลำดับ) รองลงมาคือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 27.8 และ 33.0 ตามลำดับ) ระดับการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.8 และ 45.0 ตามลำดับ) รองลงมาคือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 44.5 และ 44.5 ตามลำดับ) ระดับการสนับสนุนทางสังคมของเพื่อน ส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 57.4 และ 45.9 ตามลำดับ) รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.3 และ 39.2 ตามลำดับ) ระดับการสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.8) รองลงมาคือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.3) แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.1) รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.5) ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัย
ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (การสนับสนุนทางสังคม)

การสนับสนุนทางสังคม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)	
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)
ระดับการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม)		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	15 (7.2)	28 (13.4)
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	136 (65.1)	112 (53.6)
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	58 (27.8)	69 (33.0)
$\bar{x} \pm SD$	3.02±0.63	3.16±0.82
Median (IQR)	2.8 (2.6, 3.7)	3.1 (2.6, 3.7)
ระดับการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	14 (6.7)	22 (10.5)
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	102 (48.8)	94 (45.0)
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	93 (44.5)	93 (44.5)
$\bar{x} \pm SD$	3.49±0.66	3.46±0.89
Median (IQR)	3.5 (3.1, 4.0)	3.6 (3.0, 4.0)
ระดับการสนับสนุนทางสังคมของเพื่อน		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	120 (57.4)	96 (45.9)
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	80 (38.3)	82 (39.2)
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	9 (4.3)	31 (14.8)
$\bar{x} \pm SD$	1.99±1.03	2.33±1.21
Median (IQR)	1.5 (1.0, 3.0)	2.5 (1.0, 3.0)
ระดับการสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	2 (1.0)	5 (2.4)
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	104 (49.8)	93 (44.5)
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	103 (49.3)	111 (53.1)
$\bar{x} \pm SD$	3.59±0.49	3.70±0.70
Median (IQR)	3.6 (3.2, 4.0)	3.7 (3.2, 4.2)

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน จำแนกตามรายชื่อ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษา ตอบถูก ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานมากที่สุด คือ ข้อ 2 “ผู้ป่วยเบาหวานต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง” มากที่สุด (ร้อยละ 96.7) รองลงมาคือ ข้อ 1 “การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของโรคเบาหวาน” (ร้อยละ 95.2) ส่วนกลุ่มควบคุม ตอบถูก คือ ข้อ 1 “การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของโรคเบาหวาน” มากที่สุด (ร้อยละ 88.0) รองลงมาคือ ข้อ 5 “การรับประทานยาก่อนอาหารให้ได้ผลดี ควรรับประทานยาก่อนอาหาร 15 – 30 นาที” (ร้อยละ 83.7) ดังตาราง 6

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษา ตอบผิด ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานมากที่สุด คือ ข้อ 16 “ยาฉีดอินซูลิน (เปิดใช้แล้ว/ยังไม่เปิดใช้) สามารถเก็บไว้ที่ฝาตู้เย็นได้ จะไม่ทำให้เสื่อมคุณภาพ” มากที่สุด (ร้อยละ 88.5) รองลงมาคือ ข้อ 13 “การฉีดอินซูลิน ในระยะแรกๆ อาจทำให้บวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้” (ร้อยละ 85.6) ส่วนกลุ่มควบคุม ตอบผิด คือ ข้อ 16 “ยาฉีดอินซูลิน (เปิดใช้แล้ว/ยังไม่เปิดใช้) สามารถเก็บไว้ที่ฝาตู้เย็นได้ จะไม่ทำให้เสื่อมคุณภาพ” มากที่สุด (ร้อยละ 78.0) รองลงมาคือ ข้อ 11 “การรับประทานยาก่อนอาหารให้ได้ผลดี ควรรับประทานยาก่อนอาหาร 15 – 30 นาที” (ร้อยละ 72.2) ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน จำแนกตามรายชื่อ

ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)			
	รวมมือในการ ใช้ยา (n=209)		ไม่รวมมือในการใช้ ยา (n=209)	
	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
ด้านการใช้ยาควบคุมโรคเบาหวาน				
1. การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของโรคเบาหวาน	199 (95.2)	10 (4.8)	184 (88.0)	25 (12.0)
2. ผู้ป่วยเบาหวานต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง	202 (96.7)	7 (3.3)	170 (81.3)	39 (18.7)
3. หากสงสัยว่ามีอาการแพ้ยาที่แพทย์สั่งใช้ สามารถลดปริมาณยาเอง โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์	181 (86.6)	28 (13.4)	139 (66.5)	70 (33.5)

ตาราง 6 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
4. ถ้าไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยการรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด จะต้องทำการรักษาด้วยวิธีการฉีดอินซูลิน	115 (55.0)	94 (45.0)	113 (54.1)	96 (45.9)
5. การรับประทานยาก่อนอาหารให้ได้ผลดี ควรรับประทานยาก่อนอาหาร 15 – 30 นาที	196 (93.8)	13 (6.2)	175 (83.7)	34 (16.3)
6. การรับประทานยาหลังอาหารให้ได้ผลดี ควรรับประทานยาหลังอาหารทันที	156 (74.6)	53 (25.4)	153 (73.2)	56 (26.8)
7. หากลิ้มรับประทานยาควรเพิ่มยาเป็น 2 เท่า ในมือถัดไป	187 (89.5)	22 (10.5)	149 (71.3)	60 (28.7)
8. เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดขนาดยาได้ด้วยตนเอง	192 (91.9)	17 (8.1)	156 (74.6)	53 (25.4)
9. ควรหยุดรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อใช้ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่เชื่อว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	185 (88.5)	24 (11.5)	163 (78.0)	46 (22.0)
10. ควรฉีดยาฉีดอินซูลิน เมื่อมีอาการระดับน้ำตาลในเลือดสูงเท่านั้น	113 (54.1)	96 (45.9)	89 (42.6)	120 (57.4)
ด้านผลข้างเคียงของยา				
11. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดเม็ดกลม (ยาเมทฟอร์มิน) เมื่อทานยาไปนาน ๆ จะทำให้มีอาการใจสั่น, เหงื่อออก, หิวง่าย, ตาลาย, คล้ายจะเป็นลม ได้	35 (16.7)	174 (83.3)	58 (27.8)	151 (72.2)
12. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดเม็ดกลมหรือที่เรียกว่า ยา Metformin (ยาเมทฟอร์มิน) ไม่ควรใช้ในสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ เพราะอาจทำให้ทารกตัวใหญ่ขึ้นและอ้วนขึ้นก่อนคลอด	104 (49.8)	105 (50.2)	109 (52.2)	100 (47.8)
13. การฉีดอินซูลิน ในระยะแรกๆ อาจทำให้บวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้	30 (14.4)	179 (85.6)	59 (28.2)	150 (71.8)
ด้านการเก็บรักษา				
14. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดทุกชนิด ควรเก็บในบริเวณแสงแดดส่องถึง เพราะจะช่วยให้ยามีคุณภาพมากขึ้น	182 (87.1)	27 (12.9)	158 (75.6)	51 (24.4)
15. ยาฉีดอินซูลินที่เปิดใช้แล้ว สามารถเก็บได้นานประมาณ 30 วัน	128 (61.2)	81 (38.8)	110 (52.6)	99 (47.4)
16. ยาฉีดอินซูลิน (เปิดใช้แล้ว/ยังไม่เปิดใช้) สามารถเก็บไว้ที่ฝาตู้เย็นได้ จะไม่ทำให้เสื่อมคุณภาพ	24 (11.5)	185 (88.5)	46 (22.0)	163 (78.0)

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา จำแนกตามรายชื่อ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีระดับความคิดเห็นส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 4 และ 6 และรองลงมาคือ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง คือ ข้อ 5 ดังตาราง 7

2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีระดับความคิดเห็นส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 8 ดังตาราง 7

3. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีระดับความคิดเห็นส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 7 ดังตาราง 7

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีระดับความคิดเห็นส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 3 และข้อ 5 – 10 และรองลงมาคือ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง คือ ข้อ 4 ดังตาราง 7

5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษา เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับความมั่นใจส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 7 ดังตาราง 7

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มควบคุมมีระดับความมั่นใจส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 6 และรองลงมาคือ มีระดับความมั่นใจอยู่ในระดับปานกลาง คือ ข้อ 7 ดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามความเชื่อเกี่ยวกับการ
ใช้ยา จำแนกตามรายชื่อ

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของ กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	รวมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่รวมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{X} \pm SD$	แปลผล	$\bar{X} \pm SD$	แปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา				
1. หากรับประทานยาเบาหวานที่แกะ จากซองมานานประสิทธิภาพอาจจะ ลดลง (ยาเสื่อมสภาพ) จึงอาจทำให้ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้	3.95±0.44	สูง	3.93±0.67	สูง
2. หากผู้ป่วยเบาหวานลืมรับประทานยา เป็นระยะเวลานาน หรือรับประทาน ยาอย่างไม่สม่ำเสมอ อาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต	3.89±0.45	สูง	3.80±0.70	สูง
3. ถ้าผู้ป่วยฉีดยาอินซูลินมากกว่าที่ แพทย์สั่ง มีโอกาสเกิดภาวะระดับ น้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปได้	3.73±0.57	สูง	3.79±0.79	สูง
4. การปรับขนาดยาเบาหวานเอง เช่น ลดหรือเพิ่มเอง อาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้	3.86±0.55	สูง	3.82±0.79	สูง
5. ผู้ป่วยเบาหวานที่ออกกำลังกายเป็น ประจำ ไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ลดระดับน้ำตาลในเลือด ก็สามารถลด โอกาสเสี่ยงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้	3.44±0.89	ปาน กลาง	3.01±1.12	ปาน กลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของ กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
6. การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการ ใช้ยารักษาโรคเบาหวาน สามารถลด โอกาสเสี่ยงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการใช้ยา ได้	3.86±0.55	สูง	3.81±0.83	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา				
1. หากมีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ซึมลง อาจเกิดจากการใช้ยาลดระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ต่อเนื่อง	3.74±0.58	สูง	3.82±0.71	สูง
2. การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ สม่ำเสมอ อาจทำให้เกิดภาวะเสื่อม ของจอตา และอาจรุนแรงถึงขั้นตา บอดได้	3.79±0.50	สูง	3.75±0.68	สูง
3. หากผู้ป่วยเบาหวานรับประทานยาไม่ สม่ำเสมอ ส่งผลให้โรครมีความรุนแรง ถึงอัมพาตหรือเสียชีวิตได้	3.78±0.49	สูง	3.75±0.81	สูง
4. หากผู้ป่วยเบาหวานรับประทานยาไม่ สม่ำเสมอ อาจทำให้ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และ อาจรุนแรงถึงขั้นเกิดอัมพาตจาก หลอดเลือดสมองตีบได้	3.83±0.51	สูง	3.76±0.77	สูง
5. การใช้ยาชุดร่วมกับยาเบาหวาน อาจ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ รุนแรงได้	3.92±0.46	สูง	3.82±0.80	สูง
6. การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมาก เกินไป อาจทำให้เกิดภาวะช็อก เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำของ ผู้ป่วยเบาหวาน และทำให้หมดสติได้	3.75±0.54	สูง	3.65±0.87	สูง

ตาราง 7 (ต่อ)

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของ กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
7. ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเกิดไตวายเรื้อรัง ร่วมด้วย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก	3.89±0.51	สูง	3.82±0.79	สูง
8. ภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลใน เลือดสูง เช่น ทางตา ไต ระบบ ประสาท หัวใจและหลอดเลือด ทำให้ ต้องมีผู้ดูแลและเป็นภาระของผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน	3.82±0.55	สูง	3.77±0.87	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา				
1. การใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่าง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน ระดับปกติ	3.99±0.33	สูง	3.97±0.75	สูง
2. การใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่าง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้สามารถ ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	3.93±0.39	สูง	3.88±0.73	สูง
3. การใช้ยารักษาโรคเบาหวานต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการ ดูแลสุขภาพระยะยาว	3.89±0.45	สูง	3.81±0.77	สูง
4. การใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่าง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยลด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ลดภาระ การดูแลของญาติในระยะยาว	3.90±0.45	สูง	3.78±0.78	สูง

ตาราง 7 (ต่อ)

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของ กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
5. การใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่าง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ช่วย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ทำให้ไม่ต้องมาพบแพทย์ในกรณี ฉุกเฉิน	3.94±0.49	สูง	3.78±0.82	สูง
6. การใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่าง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยให้ สภาพร่างกายเป็นปกติ จน สามารถทำงานอื่น ๆ ได้ดีขึ้น	3.87±0.52	สูง	3.79±0.85	สูง
7. ผู้ป่วยเบาหวานหากฉีดยาอินซูลิน อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยชะลอการ เกิดโรคหัวใจได้	3.73±0.60	สูง	3.63±0.87	สูง
การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา				
1. การไปตรวจตามนัด เพื่อรับยา โรคเบาหวาน ทำให้ท่านเสียเวลา หรือขาดรายได้จากการทำงาน	2.77±1.05	ปานกลาง	3.23±1.14	ปานกลาง
2. ท่านเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องใช้ ยาโรคเบาหวานทุกวัน	2.66±0.97	ปานกลาง	3.03±1.11	ปานกลาง
3. ท่านเสียค่าใช้จ่ายมากในการ เดินทางมารับยาโรคเบาหวาน	3.02±1.04	ปานกลาง	3.25±1.06	ปานกลาง
4. ท่านกลัวว่าเมื่อรับประทานยาเป็น เวลานานแล้วจะมีพิษสะสม และ ทำลายตับ ไต	3.74±0.76	สูง	3.73±0.97	สูง

ตาราง 7 (ต่อ)

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของ กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
5. จำนวนเม็ดยาหรือจำนวนยูนิตของ ยาฉีดอินซูลิน แต่ละมื้อมีจำนวน มาก ทำให้ท่านไม่ยาก รับประทานยาหรือฉีดยา	3.36±0.91	ปานกลาง	3.33±1.00	ปานกลาง
6. การรับประทานยาหรือฉีดยา โรคเบาหวาน ขัดต่อการดำเนิน ชีวิตของท่าน เช่น ต้องตื่นแต่เช้า ต้องทานอาหารเป็นเวลา	2.54±0.93	ปานกลาง	2.83±1.05	ปานกลาง
7. ภาระงานที่หนักในแต่ละวัน เป็น สาเหตุให้ท่านไม่สามารถใช้ยา โรคเบาหวานได้อย่างสม่ำเสมอ	2.45±0.88	ปานกลาง	2.78±1.08	ปานกลาง
8. ระยะทางจากบ้านท่านไกลจาก โรงพยาบาล ทำให้ท่านไม่ได้ไปรับ ยาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอ	2.56±0.92	ปานกลาง	3.00±1.12	ปานกลาง
9. ท่านและญาติไม่มีพาหนะที่ใช้ใน การเดินทางไปรับยาโรคเบาหวาน และตรวจตามนัด	2.64±0.99	ปานกลาง	2.99±1.11	ปานกลาง
10. ฉลากยาไม่ชัดเจน หรือท่านอ่าน ฉลากยาไม่ได้ ทำให้ท่านใช้ยา โรคเบาหวานไม่ถูกต้อง	3.42±0.98	ปานกลาง	3.42±1.05	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
1. ท่านใช้ยารักษาโรคเบาหวานตรง กับช่วงเวลาแพทย์สั่ง	3.97±0.48	สูง	3.95±0.72	สูง
2. ท่านใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ครบ ถูกต้องตามการรักษา	3.95±0.54	สูง	3.87±0.73	สูง

ตาราง 7 (ต่อ)

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของ กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
3. ท่านใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ตาม ขนาดที่แพทย์สั่ง	3.95±0.56	สูง	3.92±0.75	สูง
4. ท่านไม่เคยซื้อยารักษา โรคเบาหวานจากร้านขายยามา รับประทานยาเอง	3.92±0.54	สูง	3.79±0.86	สูง
5. ท่านตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของยารักษาโรคเบาหวาน ก่อนนำมาใช้ เช่น การอ่านฉลาก ยาหรือทราบชื่อ จำนวน ขนาดยา โรคเบาหวานของท่าน	3.89±0.55	สูง	3.67±0.86	สูง
6. ท่านไปรับยาตามวันที่แพทย์นัด	3.95±0.51	สูง	3.75±0.89	สูง
7. ท่านตรวจสอบอาการผิดปกติ จาก การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ได้	3.68±0.60	สูง	3.60±0.86	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว จำแนกตามรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษา เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 – 5, 7 – 17 และข้อ 21 – 22 และรองลงมาคือ มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 6 และข้อ 18 - 20 ดังตาราง 8

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 17 และข้อ 20 – 22 และรองลงมาคือ มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18 - 19 ดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์				
1. คนในครอบครัว คอยให้กำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องใช้ยารักษาโรคเบาหวานทุกวัน	3.68±0.79	สูง	3.45±0.98	ปานกลาง
2. คนในครอบครัว เตือนให้ท่านใช้ยารักษาโรคเบาหวานตามที่แพทย์สั่ง	3.64±0.80	ปานกลาง	3.49±1.02	ปานกลาง
3. คนในครอบครัว เอาใจใส่ในเรื่องการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	3.61±0.80	ปานกลาง	3.45±0.99	ปานกลาง
4. คนในครอบครัว สอบถามเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	3.61±0.79	ปานกลาง	3.49±1.01	ปานกลาง
5. คนในครอบครัว เต็มใจรับฟังความคิดเห็น รับฟังปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	3.63±0.81	ปานกลาง	3.52±1.01	ปานกลาง
6. คนในครอบครัว เข้าใจและยอมรับความรู้สึกของท่านในเรื่องการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	3.68±0.74	สูง	3.59±0.98	ปานกลาง
7. คนในครอบครัว คอยเตือนให้ท่านไปตรวจและรับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	3.62±0.77	ปานกลาง	3.57±0.99	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล				
8. คนในครอบครัว ชมว่าท่าน รับประทานยาโรคเบาหวานได้ อย่างสม่ำเสมอ	3.43±0.82	ปานกลาง	3.37±1.03	ปานกลาง
9. คนในครอบครัว สนใจซักถาม เกี่ยวกับผลการรักษาของท่าน	3.56±0.80	ปานกลาง	3.44±0.99	ปานกลาง
10. คนในครอบครัว เตือนท่านให้ดูแล ตนเองเข้มงวดขึ้น เมื่อควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้	3.56±0.80	ปานกลาง	3.48±1.01	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร				
11. คนในครอบครัว แนะนำเกี่ยวกับการ ดูแลตนเองด้านการใช้ยา เพื่อควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ	3.26±0.83	ปานกลาง	3.33±1.08	ปานกลาง
12. คนในครอบครัว ให้ข้อมูล ข่าวสาร แผ่นพับ หนังสือ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยารักษาโรคเบาหวานแก่ท่าน	3.11±0.92	ปานกลาง	3.22±1.08	ปานกลาง
13. คนในครอบครัว ให้โอกาสท่านได้ ซักถามเรื่องที่ท่านสงสัยหรือต้องการ คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยารักษา โรคเบาหวาน	3.21±0.83	ปานกลาง	3.31±1.09	ปานกลาง
14. ท่านสามารถปรึกษา คนในครอบครัว เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษา โรคเบาหวาน	3.21±0.93	ปานกลาง	3.29±1.09	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
15. คนในครอบครัว ให้คำแนะนำแก่ท่าน เกี่ยวกับการลดอาการข้างเคียงของ ยารักษาโรคเบาหวาน	3.11±0.94	ปานกลาง	3.24±1.13	ปานกลาง
16. คนในครอบครัว แนะนำรายการวิทยุ โทรทัศน์ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลรักษาโรคเบาหวานของท่าน	3.06±0.96	ปานกลาง	3.22±1.09	ปานกลาง
17. คนในครอบครัว แนะนำวิธีที่จะช่วย ให้ท่านรับประทานยาได้สม่ำเสมอ หรือไม่ลืมรับประทานยา	3.15±0.95	ปานกลาง	3.27±1.11	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ				
18. เมื่อท่านเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายใน การรักษาเกี่ยวกับการใช้ยา ท่านขอ หรือสามารถขอความช่วยเหลือจาก คนในครอบครัว ได้	4.25±0.93	สูง	4.02±1.11	สูง
19. คนในครอบครัว ช่วยพาท่านไปพบ แพทย์เพื่อตรวจรักษาตามนัด	4.25±0.93	สูง	4.02±1.11	สูง
20. คนในครอบครัว ผลัดกันมาดูแลเรื่อง การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน เมื่อ ท่านป่วย	3.85±0.87	สูง	3.66±1.11	ปานกลาง
21. คนในครอบครัว ช่วยจัดยารักษา โรคเบาหวานให้ท่านได้รับยา	3.31±0.99	ปานกลาง	3.48±1.13	ปานกลาง
22. คนในครอบครัว ช่วยจัดหาอุปกรณ์ที่ ช่วยให้ท่านไม่ลืมรับประทานยา	3.15±1.09	ปานกลาง	3.28±1.17	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมของเพื่อน จำแนกตามรายชื่อ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษา เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของการสนับสนุนทางสังคมของเพื่อน พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับต่ำ มีจำนวน 22 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 22 ดังตาราง 9

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของการสนับสนุนทางสังคมของเพื่อน พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 2, 4 – 5, 9 – 10, 16 และข้อ 18 – 22 และรองลงมาคือ มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6 – 8, 11 -15 และข้อ 17 ดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ตามการสนับสนุนทางสังคมของเพื่อน จำแนกตามรายชื่อ

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์				
1. เพื่อน คอยให้กำลังใจ เมื่อท่านรู้สึก เบื่อหน่ายที่ต้องใช้ยารักษา โรคเบาหวานทุกวัน	2.07±1.07	ต่ำ	2.42±1.27	ปานกลาง
2. เพื่อน เตือนให้ท่านใช้ยารักษา โรคเบาหวานตามที่แพทย์สั่ง	2.07±1.11	ต่ำ	2.37±1.29	ปานกลาง
3. เพื่อน เอาใจใส่ในเรื่องการใช้ยารักษา โรคเบาหวาน	2.03±1.07	ต่ำ	2.31±1.26	ต่ำ
4. เพื่อน สอบถามเกี่ยวกับการใช้ยา รักษาโรคเบาหวาน	2.04±1.07	ต่ำ	2.34±1.30	ปานกลาง
5. เพื่อน เต็มใจรับฟังความคิดเห็น รับ ฟังปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษา โรคเบาหวาน	2.05±1.07	ต่ำ	2.37±1.32	ปานกลาง

ตาราง 9 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
6. เพื่อน เข้าใจและยอมรับความรู้สึกของ ท่านในเรื่องการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	2.03±1. 09	ต่ำ	2.33±1. 19	ต่ำ
7. เพื่อน คอยเตือนให้ท่านไปตรวจและรับ ยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	2.03±1. 12	ต่ำ	2.27±1. 24	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล				
8. เพื่อน ชมว่าท่านรับประทานยา โรคเบาหวานได้อย่างสม่ำเสมอ	2.00±1. 09	ต่ำ	2.27±1. 35	ต่ำ
9. เพื่อน สนใจซักถามเกี่ยวกับผลการรักษา ของท่าน	2.00±1. 08	ต่ำ	2.39±1. 38	ปานกลาง
10. เพื่อน เตือนท่านให้ดูแลตนเองเข้มงวด ขึ้น เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้	2.02±1. 15	ต่ำ	2.42±1. 43	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร				
11. เพื่อน แนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านการใช้ยา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดอย่างสม่ำเสมอ	1.92±1. 05	ต่ำ	2.23±1. 24	ต่ำ
12. เพื่อน ให้ข้อมูล ข่าวสาร แผ่นพับ หนังสือ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา รักษาโรคเบาหวานแก่ท่าน	1.89±1. 05	ต่ำ	2.33±1. 36	ต่ำ
13. เพื่อน ให้โอกาสท่านได้ซักถามเรื่องที่ ท่านสงสัยหรือต้องการคำแนะนำ เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	1.91±1. 01	ต่ำ	2.26±1. 35	ต่ำ

ตาราง 9 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
14. ท่านสามารถปรึกษา เพื่อน เกี่ยวกับ อาการข้างเคียงของยารักษา โรคเบาหวาน	1.94±1.10	ต่ำ	2.23±1.33	ต่ำ
15. เพื่อน ให้คำแนะนำแก่ท่านเกี่ยวกับ การลดอาการข้างเคียงของยารักษา โรคเบาหวาน	1.92±1.05	ต่ำ	2.26±1.32	ต่ำ
16. เพื่อน แนะนำรายการวิทยุ โทรทัศน์ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษา โรคเบาหวานของท่าน	1.95±1.11	ต่ำ	2.34±1.41	ปานกลาง
17. เพื่อน แนะนำวิธีที่จะช่วยให้ท่าน รับประทานยาได้สม่ำเสมอ หรือไม่ ลืมรับประทานยา	1.95±1.09	ต่ำ	2.31±1.34	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุดิบของ				
18. เมื่อท่านเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายใน การรักษาเกี่ยวกับการใช้ยา ท่านขอ หรือสามารถขอความช่วยเหลือจาก เพื่อน ได้	2.00±1.12	ต่ำ	2.35±1.25	ปานกลาง
19. เพื่อน ช่วยพาท่านไปพบแพทย์เพื่อ ตรวจรักษาตามนัด	2.03±1.16	ต่ำ	2.37±1.29	ปานกลาง
20. เพื่อน ผลัดกันมาดูแลเรื่องการใช้ยา รักษาโรคเบาหวาน เมื่อท่านป่วย	1.96±1.13	ต่ำ	2.38±1.35	ปานกลาง
21. เพื่อน ช่วยจัดยารักษาโรคเบาหวาน ให้ท่านได้รับยา	1.95±1.13	ต่ำ	2.41±1.44	ปานกลาง

ตาราง 9 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	รวมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่รวมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
22. เพื่อน ช่วยจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยให้ ทำงานไม่ล้ารับประทานยา	1.96±1.16	ต่ำ	2.38±1.42	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มศึกษา เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของการสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่คืออยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 10, 16 - 18 และข้อ 21 -22 และรองลงมาคือมีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11 -15 และข้อ 17 – 20 ดังตาราง 10

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ของการสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับการสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่ คืออยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 6, 8, 16, 18 และข้อ 21 – 22 และรองลงมาคือ มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 9 - 15, 17 และข้อ 19 - 20 ดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตาม การสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามรายชื่อ

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์				
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยให้กำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องใช้ยา รักษาโรคเบาหวานทุกวัน	3.49±0.69	ปานกลาง	3.63±0.90	ปานกลาง
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เตือนให้ท่านใช้ ยารักษาโรคเบาหวานตามที่แพทย์สั่ง	3.47±0.65	ปานกลาง	3.64±0.92	ปานกลาง
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เอาใจใส่ในเรื่อง การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	3.50±0.67	ปานกลาง	3.64±0.89	ปานกลาง
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอบถาม เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	3.56±0.69	ปานกลาง	3.69±0.91	ปานกลาง
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เต็มใจรับฟัง ความคิดเห็น รับฟังปัญหาเกี่ยวกับการ ใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	3.56±0.69	ปานกลาง	3.66±0.90	ปานกลาง
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าใจและ ยอมรับความรู้สึกของท่านในเรื่องการ ใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	3.55±0.69	ปานกลาง	3.65±0.90	ปานกลาง
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยเตือนให้ ท่านไปตรวจและรับยาตามนัดอย่าง สม่ำเสมอ	3.56±0.64	ปานกลาง	3.67±0.99	สูง
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล				
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชมว่าท่านมา ตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	3.50±0.69	ปานกลาง	3.50±1.01	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สนใจซักถามเกี่ยวกับผลการรักษาของท่าน	3.55±0.66	ปานกลาง	3.67±0.94	สูง
10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เตือนท่านให้ดูแลตนเองเข้มงวดขึ้น เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	3.54±0.64	ปานกลาง	3.75±0.97	สูง
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร				
11. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการใช้ยา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ	3.74±0.60	สูง	3.79±0.97	สูง
12. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ข้อมูลข่าวสาร แผ่นพับ หนังสือ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวานแก่ท่าน	3.71±0.61	สูง	3.82±0.79	สูง
13. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้โอกาสท่านได้ซักถามเรื่องที่ท่านสงสัยหรือต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	3.76±0.59	สูง	3.84±0.76	สูง
14. ท่านสามารถปรึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคเบาหวาน	3.81±0.59	สูง	3.86±0.79	สูง
15. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้คำแนะนำแก่ท่านเกี่ยวกับการลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคเบาหวาน	3.78±0.56	สูง	3.84±0.79	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)		ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (n=209)	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
16. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนะนำรายการ วิทยุ โทรทัศน์ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลรักษาโรคเบาหวานของท่าน	3.57±0.78	ปานกลาง	3.65±0.83	ปานกลาง
17. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนะนำวิธีที่จะ ช่วยให้ท่านรับประทานยาได้สม่ำเสมอ หรือไม่ลืมรับประทานยา	3.63±0.74	ปานกลาง	3.81±0.84	สูง
การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุดิบของ				
18. เมื่อท่านเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายในการ รักษาเกี่ยวกับการใช้ยา ท่านขอหรือ สามารถขอความช่วยเหลือจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้	3.07±1.04	ปานกลาง	3.36±1.04	ปานกลาง
19. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำนวยความสะดวก แก่ท่าน เช่น ให้บริการงานตรวจ รักษาที่รวดเร็ว จัดให้มีคลินิกนอกเวลา คลินิกเคลื่อนที่ หรือตรวจรักษาที่บ้าน	3.87±0.72	สูง	3.88±0.90	สูง
20. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาเยี่ยมติดตาม การใช้ยาของท่านที่บ้าน	3.98±0.72	สูง	3.91±0.92	สูง
21. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยจัดยารักษา โรคเบาหวานให้ท่านได้รับยา	3.48±0.71	ปานกลาง	3.62±0.97	ปานกลาง
22. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยจัดหา อุปกรณ์ที่ช่วยให้ท่านไม่ลืมรับประทาน ยา	3.37±0.86	ปานกลาง	3.51±1.09	ปานกลาง

**ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับ
บริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก: การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียวด้วย Simple
Binary logistic regression และแบบพหุด้วย Multiple Binary logistic regression**

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียวด้วย Simple Binary logistic regression

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Simple Binary logistic regression พบว่า ตัวแปรอิสระ 21 ตัวแปร มี 12 ตัวแปร ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) ได้แก่ เพศ (crude OR 1.61, 95% CI 1.06-2.46) ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับปานกลาง (crude OR 0.28, 95% CI 0.15-0.50) และระดับสูง (crude OR 0.48, 95% CI 0.27-0.85) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่ำกว่า 6 เม็ดต่อวัน (crude OR 2.14, 95% CI 1.39-3.31) การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับต่ำ (crude OR 2.92, 95% CI 1.64-5.10) การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับปานกลาง (crude OR 2.89, 95% CI 1.65-5.07) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง (crude OR 5.16, 95% CI 2.66-10.03) ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้ยา (crude OR 1.75, 95% CI 1.08-2.83) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (crude OR 3.75, 95% CI 1.85-7.58) วิธีการรักษาโรคเบาหวาน (crude OR 1.83, 95% CI 1.12-2.99) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยาในระดับสูง (Crude OR 1.73, 95% CI 1.08-2.79) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาในระดับสูง (crude OR 3.15, 95% CI 1.78-5.55) และการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม) ในระดับปานกลาง (crude OR 2.27, 95% CI 1.15-4.45) ดังตาราง 11

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุด้วย Multiple Binary logistic regression

จากการวิเคราะห์วิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียวด้วย Simple Binary logistic regression พบว่า ตัวแปรอิสระ 21 ตัวแปร มี 16 ตัวแปร ที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ กำหนดโดยเกณฑ์ของ Hosmer-Lemeshow ได้แก่ เพศ ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน การรับรู้อุปสรรคต่อของการใช้ยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อายุ การศึกษาในระดับประถมศึกษา การเคยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า วิธีการรักษาโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม) ดังภาพ 2 หลังจากนั้นนำ 16 ตัวแปร เข้าสู่การวิเคราะห์ Multivariate โดยวิธี Backward Wald Test จะได้ 5 ตัวแปร ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) ได้แก่ เพศหญิง (adjusted OR 1.57, 95% CI 1.00-2.48) ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง (adjusted OR 2.95, 95% CI 1.53-5.72) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่ำกว่า 6 เม็ดต่อวัน (adjusted OR 2.29, 95% CI 1.43-3.67) การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาระดับต่ำ (adjusted OR 3.26, 95% CI 1.48-7.21) การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาระดับ

ปานกลาง (adjusted OR 2.43, 95% CI 1.32-4.47) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง (adjusted OR 3.80, 95% CI 1.88-7.67) ดังตาราง 12

จากตาราง 12 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) มี 5 ปัจจัย คือ

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าเพศชาย อยู่ 1.57 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.00 ถึง 2.48)

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับต่ำ อยู่ 2.95 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.53 ถึง 5.72)

3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับประทานยาต่ำกว่า 6 เม็ดต่อวัน มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่ารับประทานยา 6 เม็ดต่อวัน ขึ้นไป อยู่ 2.29 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.43 ถึง 3.67)

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา

4.1 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับต่ำ มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับสูง อยู่ 3.26 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.48 ถึง 7.21)

4.2 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับปานกลาง มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับสูง อยู่ 2.43 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.32 ถึง 4.47)

5. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ และปานกลาง อยู่ 3.80 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.88 ถึง 7.67)

ส่วนปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($p\text{-value} > 0.05$) มี 15 ปัจจัย คือ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน การเคยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้จ่ายภาวะซึมเศร้า ผลข้างเคียงของยา วิธีการรักษาโรคเบาหวาน ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน จากการไม่ใช้ยา ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา และระดับการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม)

ตาราง 11 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก: การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียวด้วย Simple Binary logistic regression

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)		crude OR (95% CI)	p-value
	ร่วมมือในการใช้ ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการ ใช้ยา (n=209)		
เพศ				
ชาย	53 (25.4)	74 (35.4)	Reference	
หญิง	156 (74.6)	135 (64.6)	1.61 (1.06-2.46)	0.026**
อายุ				
ต่ำกว่า 69 ปี	157 (75.1)	139 (66.5)	1.52 (0.99-2.33)	0.053*
70 ปี ขึ้นไป	52 (24.9)	70 (33.5)	Reference	
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ (ว่างงาน, พ่อบ้าน/ แม่บ้าน)	98 (46.9)	104 (49.8)	Reference	
ประกอบอาชีพ	111 (53.1)	105 (50.2)	1.12 (0.76-1.65)	0.557
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10 (4.8)	18 (8.6)	Reference	
ประถมศึกษา	175 (83.7)	151 (72.2)	2.07 (0.93-4.60)	0.073*
มัธยมศึกษาขึ้นไป	24 (11.5)	40 (19.1)	1.08 (0.43-2.72)	0.870

หมายเหตุ: * p-value < 0.25 ** p-value ≤ 0.05

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)		crude OR (95% CI)	p-value
	ร่วมมือในการใช้ ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการ ใช้ยา (n=209)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ต่ำกว่า 2,000 บาท	69 (33.0)	68 (32.5)	0.73 (0.33-1.61)	0.440
2,001 – 4,000 บาท	77 (36.8)	76 (36.4)	0.73 (0.34-1.60)	0.433
4,001 – 6,000 บาท	45 (21.5)	52 (24.9)	0.63 (0.28-1.42)	0.260
6,001 บาท ขึ้นไป	18 (8.6)	13 (6.2)	Reference	
สิทธิการรักษา				
มีค่ารักษาพยาบาล(ประกัน สุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท, ชำระเงินเอง)	82 (39.2)	72 (34.4)	1.23 (0.83-1.83)	0.311
ไม่มีค่ารักษาพยาบาล	127 (60.8)	137 (65.6)	Reference	
ระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน				
ต่ำ	60 (28.7)	96 (45.9)	Reference	
ปานกลาง	99 (47.4)	91 (43.5)	0.28 (0.15-0.50)	<0.001**
สูง	50 (23.9)	22 (10.5)	0.48 (0.27-0.85)	0.012**
ภาวะซีมีเศร่า				
ไม่มีภาวะซีมีเศร่า	198 (94.7)	173 (82.8)	3.75 (1.85-7.58)	<0.001**
มีภาวะซีมีเศร่า	11 (5.3)	36 (17.2)	Reference	
การรับประทานยา (รวมยาทุกชนิด) (เม็ด/วัน)				
ต่ำกว่า 6 เม็ด/วัน	76 (36.4)	44 (21.1)	2.14 (1.39-3.31)	0.001**
6 เม็ดต่อวัน ขึ้นไป	133 (63.6)	165 (78.9)	Reference	

หมายเหตุ: * p-value < 0.25 ** p-value ≤ 0.05

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)		crude OR (95% CI)	p-value
	ร่วมมือในการใช้ ยา (n=209)	ไม่ร่วมมือในการ ใช้ยา (n=209)		
การมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน				
มีอาการข้างเคียง	9 (04.3)	9 (04.3)	Reference	
ไม่มีอาการข้างเคียง			1.00	
	200 (95.7)	200 (95.7)	(0.39-2.57)	1.000
วิธีการรักษาโรคเบาหวาน				
รับประทานยาหรือ ฉีดยา			1.83	
	177 (84.7)	157 (75.1)	(1.12-2.99)	0.015**
รับประทานยาและ ฉีดยา			Reference	
	32 (15.3)	52 (24.9)		
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา				
ต่ำ และปานกลาง			Reference	
	35 (16.7)	54 (25.8)		
สูง			1.73	
	174 (83.3)	155 (74.2)	(1.08-2.79)	0.024**
ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา				
ต่ำ และปานกลาง			Reference	
	58 (27.8)	71 (34.0)		
สูง			1.34	
	151 (72.2)	138 (66.0)	(0.88-2.03)	0.169*
ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา				
ต่ำ และปานกลาง			Reference	
	19 (9.1)	50 (23.9)		
สูง			3.15	
	190 (90.9)	159 (76.1)	(1.78-5.55)	<0.001**
ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา				
ต่ำ			2.92	
	31 (14.8)	26 (12.4)	(1.40-6.10)	0.004**
ปานกลาง			2.89	
	158 (75.6)	134 (64.1)	(1.64-5.10)	<0.001**
สูง			Reference	
	20 (9.6)	49 (23.4)		

หมายเหตุ: * p-value < 0.25 ** p-value ≤ 0.05

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, จำนวน (ร้อยละ)		crude OR (95% CI)	p-value
ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
ต่ำ และปานกลาง	12 (5.7)	50 (23.9)	Reference	
สูง	197 (94.3)	159 (76.1)	5.16 (2.66-10.03)	<0.001**
ระดับการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม)				
ต่ำ	15 (7.2%)	28 (13.4)	Reference	
ปานกลาง	136 (65.1)	112 (53.6)	2.27 (1.15-4.45)	0.018**
สูง	58 (27.8)	69 (33.0)	1.57 (0.77-3.22)	0.219*

หมายเหตุ: * p-value < 0.25 ** p-value ≤ 0.05

การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis)
โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปร แบบ Backward Wald Test จากตัวแปรที่มีค่า
p-value < 0.25 กำหนดโดยเกณฑ์ของ Hosmer-Lemeshow ได้แก่
เพศ (p-value = 0.026)
อายุ (p-value = 0.053)
การศึกษาในระดับประถมศึกษา (p-value = 0.073)
การเคยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (p-value = 0.213)
ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้จ่าย (p-value = 0.023)
ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับปานกลาง (p-value <0.001)
ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง (p-value = 0.012)
ภาวะซึมเศร้า (p-value <0.001)
จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน (p-value <0.001)
วิธีการรักษาโรคเบาหวาน (p-value = 0.015)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา (p-value = 0.024)
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา (p-value = 0.169)
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา (p-value <0.001)
การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับต่ำ (p-value = 0.004)
การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับปานกลาง (p-value <0.001)
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (p-value <0.001)
การสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม) ในระดับปานกลาง (p-value = 0.018)
การสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม) ในระดับปานกลาง (p-value = 0.219)

นำเข้าสู่การวิเคราะห์
แบบหลายตัวแปร
(Multivariate
analysis)

ภาพ 2 แสดงปัจจัยที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis)

ตาราง 12 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก :การวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุด้วย Multiple Binary logistic regression

ปัจจัย	crude OR (95% CI)	p-value	adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ				
ชาย	Reference		Reference	
หญิง	1.61 (1.06-2.46)	0.026*	1.57 (1.00-2.48)	0.047*
ระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน				
ต่ำ	Reference		Reference	
ปานกลาง	0.28 (0.15-0.50)	<0.001*	1.43 (0.89-2.32)	0.142
สูง	0.48 (0.27-0.85)	0.012*	2.95 (1.53-5.72)	0.001*
การรับประทานยา (รวมยาทุกชนิด) (เม็ด/วัน)				
ต่ำกว่า 6 เม็ด/วัน	2.14 (1.39-3.31)	0.001*	2.29 (1.43-3.67)	0.001*
6 เม็ดต่อวัน ขึ้นไป	Reference		Reference	
ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา				
ต่ำ	2.92 (1.40-6.10)	0.004*	3.26 (1.48-7.21)*	0.003*
ปานกลาง	2.89 (1.64-5.10)	<0.001*	2.43 (1.32-4.47)*	0.004*
สูง	Reference		Reference	
ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
ต่ำ และปานกลาง	Reference		Reference	
สูง	5.16 (2.66-10.03)	<0.001*	3.80 (1.88-7.67)	<0.001*
Hosmer-Lemeshow Test				
Chi-square = 2.44, p-value = 0.964				

หมายเหตุ: * p-value ≤ 0.05

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม (Case-control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรของการวิจัย คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 623 ราย (กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคฯ โรงพยาบาลบางกระทุ่ม เมื่อปีงบประมาณ 2560) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มศึกษา (Case) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 360 ราย และ 2) กลุ่มควบคุม (Control) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 263 ราย

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โดยจำแนกเป็นกลุ่มศึกษา(Case) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย และกลุ่มควบคุม (Control) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย โดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 2 มกราคม 2562 ถึงวันที่ 3 พฤษภาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน 3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ 5) แบบสอบถามการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 418 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามในส่วนของความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา

การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 0.785 0.751 0.793 0.736 0.794 0.907 และ 0.945 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะของข้อมูล โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผล โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุแบบ 2 กลุ่ม (Multiple Binary logistic regression)

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยร่วม พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.6 และ 64.6 ตามลำดับ) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 38.8 และ 35.9 ตามลำดับ) มีว่างงาน (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) ซึ่งมีโรคประจำตัวของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.2 และ 46.4 ตามลำดับ) ไม่เคยเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 90.9 และ 87.1 ตามลำดับ) และเคยเข้ารับ การรักษาดูแลในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน เนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 9.1 และ 12.9 ตามลำดับ) ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ 41.7 และ 30.6 ตามลำดับ) มีระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) $\geq 7\%$ หมายถึง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (ร้อยละ 53.1 และ 72.2 ตามลำดับ) มีการดูแลด้วยตนเองในผู้ดูแลเรื่องการใช้จ่าย (ร้อยละ 83.7 และ 74.6 ตามลำดับ) ระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.4) แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 45.9) และไม่มีภาวะซีมีเศร้า (ร้อยละ 94.7 และ 82.8 ตามลำดับ) มีการใช้ยาต่อวันโดยการรับประทานยา (รวมยาทุกชนิด) จำนวน 6 - 11 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 58.4 และ 62.7 ตามลำดับ) ไม่ฉีดยาอินซูลิน (ร้อยละ 83.30 และ 72.70 ตามลำดับ) และฉีดยาอินซูลิน (ร้อยละ 16.8 และ 27.3 ตามลำดับ) ซึ่งส่วนใหญ่ฉีดยาอินซูลิน 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 68.6 และ 71.9 ตามลำดับ) และฉีดยาอินซูลิน 1 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 31.4 และ 28.1 ตามลำดับ) ไม่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 95.7 และ 95.7 ตามลำดับ) และมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 4.3 และ 4.3 ตามลำดับ) ซึ่งอาการข้างเคียงของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ส่วนใหญ่คือน้ำตาล ในเลือดต่ำ (ร้อยละ 41.7 และ 64.3 ตามลำดับ) มีการรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีการรับประทานยา (ร้อยละ 81.8 และ 74.2 ตามลำดับ)

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา ดังนี้ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.0 และ 74.2 ตามลำดับ) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.2 และ 66.0 ตามลำดับ) ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.9 และ 76.1 ตามลำดับ) ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.6 และ 64.1 ตามลำดับ) และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนยาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.3 และ 76.1 ตามลำดับ)

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีระดับการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม) ส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.1 และ 53.6 ตามลำดับ) ระดับการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.8 และ 45.0 ตามลำดับ) ระดับการสนับสนุนทางสังคมของเพื่อน ส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 57.4 และ 45.9 ตามลำดับ) ระดับการสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.8) แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.1)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก : การวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุด้วย Multiple Binary logistic regression โดยวิธี Backward wald test

การวิเคราะห์ด้วย Multiple Binary logistic regression โดยวิธี Backward Wald Test พบว่า มีตัวแปรทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ มีตัวแปรเพศหญิง ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่ำกว่า 6 เม็ดต่อวัน การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับต่ำ และปานกลาง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$)

ส่วนปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($p\text{-value} > 0.05$) มี 15 ตัวแปร คือ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน การเคยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้จ่ายภาวะซึมเศร้า การมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน วิธีการรักษาโรคเบาหวาน ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา ระดับการรับรู้

ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา และระดับการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ดังต่อไปนี้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

เพศ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าเพศชาย อยู่ 1.57 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.00 ถึง 2.48) อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่ให้ความร่วมมือใช้ยามากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ครุ่นคิดเรื่องต่างๆ ต่อตนเอง มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ (2562) ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าเพศชาย ซึ่งพบว่า เพศ เป็นปัจจัยร่วมในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภวัตร ชัยมัน (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า เพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kirkman et al. (2015) ศึกษาปัจจัยความร่วมมือการใช้ยาเบาหวานกรณีศึกษา ฐานข้อมูลการเบิกคินค่ายาขนาดใหญ่ พบว่า เพศชายมีความร่วมมือการใช้ยามากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับต่ำ อยู่ 2.95 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.53 ถึง 5.72) อธิบายว่า การเพิ่มความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง (ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์, 2557) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง มีผลทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งพบว่า ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยร่วมในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) สอดคล้องกับการศึกษาของภวัตร ชัยมัน (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยา

อย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า คะแนนความรู้ที่ได้ที่น้อยกว่าระดับปานกลาง ทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรู้ด้านการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิริมาส วงศ์ใหญ่ และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($p\text{-value} > 0.05$) และการศึกษาของธนฤต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับประทานยาต่ำกว่า 6 เม็ดต่อวัน มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่ารับประทานยา 6 เม็ดต่อวัน ขึ้นไป อยู่ 2.29 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.43 ถึง 3.67) อธิบายว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานยาจำนวนมากอาจทำให้รู้สึกท้อแท้ และเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา (มุจลินท์ เรื่องไพศาล, และกรแก้ว จันทภาษา, 2563) จนกระทั่งทำให้เกิดพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา โดยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมกับโรคเบาหวาน รับประทานยาเฉลี่ย 6-11 เม็ดต่อวัน ซึ่งพบว่า จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน เป็นปัจจัยร่วมในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) สอดคล้องกับการศึกษาของภวัตร ชัยมัน (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า จำนวนเม็ดยาเบาหวานที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เม็ดทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลง มากกว่าการได้รับจำนวนเม็ดยาเบาหวานที่น้อยกว่า 3 เม็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า จำนวนเม็ดยาทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kirkman et al. (2015) ได้ศึกษาปัจจัยความร่วมมือการใช้ยาเบาหวานกรณีศึกษา ฐานข้อมูลการเบิกคินค่ายาขนาดใหญ่ พบว่า ปัจจัยด้านการใช้ยามีความสัมพันธ์ความร่วมมือการใช้ยาเบาหวาน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่สอดคล้องกับ

การศึกษาของสิริมาส วงศ์ใหญ่ และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของสมาชิกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน พบว่า จำนวนเม็ดยาโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของสมาชิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน (p -value > 0.05) และการศึกษาของธนภฤต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า จำนวนเม็ดยาหรือจำนวนครั้งที่ฉีดยาต่อวันไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับต่ำ มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับสูง อยู่ 3.26 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.48 ถึง 7.21) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับปานกลาง มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับสูง อยู่ 2.43 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.32 ถึง 4.47) อธิบายว่า เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะกระทำการนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม (Becker, 1974) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวานรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาสูงจึงเกิดพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาดังเช่นกัน ซึ่งพบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา เป็นปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่เป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของภวัตร ชัยมัน (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และการศึกษาของธนกร มินนทร์, และนิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์ (2561) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานยาเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาเบาหวานไม่สามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานยา (p -value > 0.05)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ และปานกลาง อยู่ 3.80 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.88 ถึง 7.67) อธิบายว่า เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Rosenstock et al., 1988) โดยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา ซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลในแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ทำให้ความร่วมมือใช้ยามากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของวรนนี คล้ายหงษ์ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ดังนั้น เพศหญิง ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานโรคเบาหวานในระดับสูง จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่ำกว่า 6 เม็ดต่อวัน การรับรู้อุปสรรคต่อของการใช้ยาในระดับต่ำและปานกลาง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$)

ปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา โรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน การเคยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ที่ดูแลเรื่องการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า การมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน วิธีการรักษาโรคเบาหวาน ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา และระดับการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน สามารถดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา ไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม (สุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ, 2560) แต่หากรับรู้ว่าการมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพและรับประทานยาตามแผนการรักษา จึงเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้นในการใช้ยา ทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมากถึงร้อยละ 95.7 แต่กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจะพบอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำหนักตัวเพิ่ม อ่อนเพลีย ปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นอาการไม่รุนแรง จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยาในระดับสูง จึงทำให้การรับรู้

ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยาในระดับสูง ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ถึงผลกระทบที่รุนแรงต่อตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (ศศิธร รุ่งสว่าง, 2558) สำหรับระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา และระดับการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม) ของการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือประเมินมีการวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ซึ่งใช้เครื่องมือประเมินตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มี 5 ระดับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการแยกแยะ ข้อแตกต่างในแต่ละระดับจึงเกิดความคาดเคลื่อนในการประเมินตัวแปรที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นจึงไม่พบความแตกต่างเรื่องความร่วมมือในการใช้ยาในปัจจุบันดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบปัจจัยความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การลดการรับรู้อุปสรรคต่อของการใช้ยา เช่น ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและลดการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้คำแนะนำ บริการ ในปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งมีบทบาทในการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา
2. ปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน เพิ่มการสนับสนุนในผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย และผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานยา 6 เม็ดต่อวันขึ้นไป เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานและให้สมุดบันทึกการการใช้ยาต่อวันกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้รับยาครบทุกมื้อและป้องกันการใช้ยาซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา เน้นวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้วยการเสริมสมรรถนะแห่งตน และมีบทบาทในการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา เพื่อลดอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถนำไปปรับใช้กับโรคเรื้อรังโรคอื่น ๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ ในแต่ละบุคคลเชิงลึกโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เพื่อจะส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามวิถีชีวิตของผู้ป่วย คงไว้ซึ่งความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กึ่งกาญจน์ สิทธิชันแก้ว, และรุ่งระวี นาวีเจริญ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลินร่วมกับยารับประทาน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 102-112.
- กীরติ กิจธีระวุฒิวงษ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 192-200.
- ัชชฎาภรณ์ กมขุนทด. (2554). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของสม่าเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยวรรณ เกาสายพันธ์. (2553). *รู้จัก รู้จริง “อินซูลิน”*. สืบค้น 20 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=778>
- ณธ ชัยญาคุณาพลักษ์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, นภวรรณ เจียรพิรพงษ์, และปิยะเมธ ดิลกธรสกุล. (2555). *รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย*. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยผลลัพธ์ทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เทพ ทิมะทองคำ, และชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์. (2548). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- ธนกร มีนนท์, และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 50-60.
- ธนกฤต มงคลชัยภักดิ์, สุชาติพิทย์ พิชญ์ไพบูลย์, และอลิศรา แสงวีรุณ. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 7(1), 47-59.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (medication non adherence). *ไทยเฝ้าช่วยนิพนธ์: ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์*, 7, 1-18.
- นุชรี อาบสุวรรณ, และนิตยา พันธุเวทย์. (2554). *ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2554 (ปีงบประมาณ 2555)*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์. (2557). ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง. *Veridian E-journal Science and*

Technology Silpakorn University, 1(1), 1-12.

- พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ. (2560). การพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานและพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 10(1), 90-104.*
- ภาวิคร ชัยมัน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาล, 68(1), 58-65.*
- มุกลินท์ เรื่องไพศาล, และกรแก้ว จันทภาษา. (2563). เหตุผลของความไม่ร่วมมือในการกินยาในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: กรณีศึกษาโรงพยาบาลวาริชภูมิจังหวัดสกลนคร. *วารสารเภสัชกรรมไทย, 12(2), 481-493.*
- โมเรศ ศรีบ้านไผ่. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวภา ศรีวิชัย. (2544). ปัญหาที่เกี่ยวกับยาและผลของการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลนครพิงค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตนชัย รัตนโคตร. (2555). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี แผ่นมณี. (2554). การเก็บรักษายาที่อุณหภูมิห้อง. สืบค้น 20 กรกฎาคม 2561, จาก <https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/drug-23926599>
- รุจิรา วงศ์พรเพ็ญภาพ. (2558). ประเภทยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน. สืบค้น 30 มิถุนายน 2561, จาก www.rattaphumhospital.go.th/ระบบยาคลปสอ.../document/DM%20BOOK.doc
- วรรณ คล้ายหงษ์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และวิราพรธณ วิโรจน์รัตน์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(1), 65-75.*
- วรรณ นิธิยานันท์. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย.
- วีโล คูปต์นิรัตติยกุล, และพนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ ces-d ในคนไทย. *สารศิริราช, 49, 442-449.*
- ศศิธร รุ่งสว่าง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรค

- เรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิธร อุตตะมะ. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2558-2560*. สืบค้น 18 เมษายน 2561, จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2556). *เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สารัช สุขทรโยธิน. (2555). กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2. ใน สารัช สุขทรโยธิน, และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร (บ.ก.), *Diabetes mellitus ตำราโรคเบาหวาน* (น.33-38). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. สืบค้น 16 เมษายน 2561, จาก http://www.thaincd.com/s/dl12516/document/file/download/paper-manual/รายงานประจำปี_59_สำนักโรคไม่ติดต่อ.pdf
- สิริมาศ วงศ์ใหญ่, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพรธนา วิฑูรวิณะ. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(2), 80-90.
- สุปรียญา พรหมมาลุน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และรัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(1), 61-71.
- อภิชาติ วิชญาณรัตน์. (2546). *ตำราโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรธณพ หิรัญดิษฐ์. (2542). เกสัชกรโรงพยาบาลกับการให้คำปรึกษาเรื่องยา. ใน สุวัฒน์ จุฬาวินนทล, และภริณี เหมะจุฑา (บ.ก.), *คู่มือมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล* (78-95). กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรม โรงพยาบาลประเทศไทย.
- อารมณ อารามเมือง. (2551). *ผลของการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารยา องค์กรเยี่ยม, และพงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล. (2561). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย. *วารสารวิทย์นุสาร*, 44(1), 36-42.

- อิสริกรัย สุศรีสกุล, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วารสารพยาบาล ตำรวจ, 5(1), 170-171.
- 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.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1978). Changes in evaluation methods. *Research and Development and School Change*, 67-81.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). *The health belief model: Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (Vol. 4). San Francisco: Jossey-Bass.
- Fawcett, J. (1995). Compliance: Definitions and key issues. *The Journal of clinical psychiatry*, 56(Suppl 1), 4-10.
- Fung, S. C. (2009). *Factors associated with medication adherence of patients with congestive heart failure* (Master's thesis). Rush University.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. California: John Wiley & Sons.
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Barrera, M., & Strycker, L. A. (2004). Assessment of problem-solving: A key to successful diabetes self-management. *Journal of behavioral medicine*, 27(5), 477-490.
- Gu, L., Wu, S., Zhao, S., Zhou, H., Zhang, S., Gao, M., . . . Tian, D. (2017). Association of social support and medication adherence in chinese patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1522.
- Hauber, A. B., Mohamed, A. F., Johnson, F. R., & Falvey, H. (2009). Treatment preferences and medication adherence of people with type 2 diabetes using

- oral glucose lowering agents. *Diabetic Medicine*, 26(4), 416-424.
- Ho, P. M., Rumsfeld, J. S., Masoudi, F. A., McClure, D. L., Plomondon, M. E., Steiner, J. F., & Magid, D. J. (2006). Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1836-1841.
- Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 17(1), 17-32.
- Horvat, O., Poprzen, J., Tomas, A., Kusturica, M. P., Tomic, Z., & Sabo, A. (2018). Factors associated with non-adherence among type 2 diabetic patients in primary care setting in eastern bosnia and herzegovina. *Primary Care Diabetes*, 12(2), 147-154.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- International Diabetes Federation. (2017). *Idf diabetes atlas (8th)*. Retrieved April 15, 2018, from http://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN.pdf
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of health and Social Behavior*, 27(3), 250-264.
- Johnson, M. J. (2002). The medication adherence model: A guide for assessing medication taking. *Research and Theory for Nursing Practice*, 16(3), 179-192.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. M. W. E. Riley, *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* (Vol. 1, pp.77-91). Boulder: Westview Press.
- Kirkman, M. S., Rowan-Martin, M. T., Levin, R., Fonseca, V. A., Schmittiel, 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.
- Koneru, S., Shishov, M., Ware, A., Farhey, Y., Mongey, A. B., Graham, T. B., . . . Brunner, H. I. (2007). Effectively measuring adherence to medications for systemic lupus erythematosus in a clinical setting. *Arthritis Care & Research*, 57(6), 1000-1006.
- 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.

MacLaughlin, E. J., Raehl, C. L., Treadway, A. K., Sterling, T. L., Zoller, D. P., & Bond, C. A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly. *Drugs & Aging*, 22(3), 231-255.

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.

Naewbood, S. (2005). *Factors related to medication adherence among persons with hypertension*. Bangkok: Mahidol University.

Orem, J., Osorio, I., Brooks, E., & Dick, T. (1985). Activity of respiratory neurons during nrem sleep. *Journal of Neurophysiology*, 54(5), 1144-1156.

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford: Appleton & Lange.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Singapore: Pearson.

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.

Walsh, J. C., Mandalia, S., & Gazzard, B. G. (2002). Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *Aids*, 16(2), 269-277.

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2003). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: Report of a joint who/fao expert consultation (Vol. 916). Geneva: World Health Organization.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ

รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ดร. สุพัฒนา คำสอน

อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. เกษักร สุริยะ วิริยะประสิทธิ์

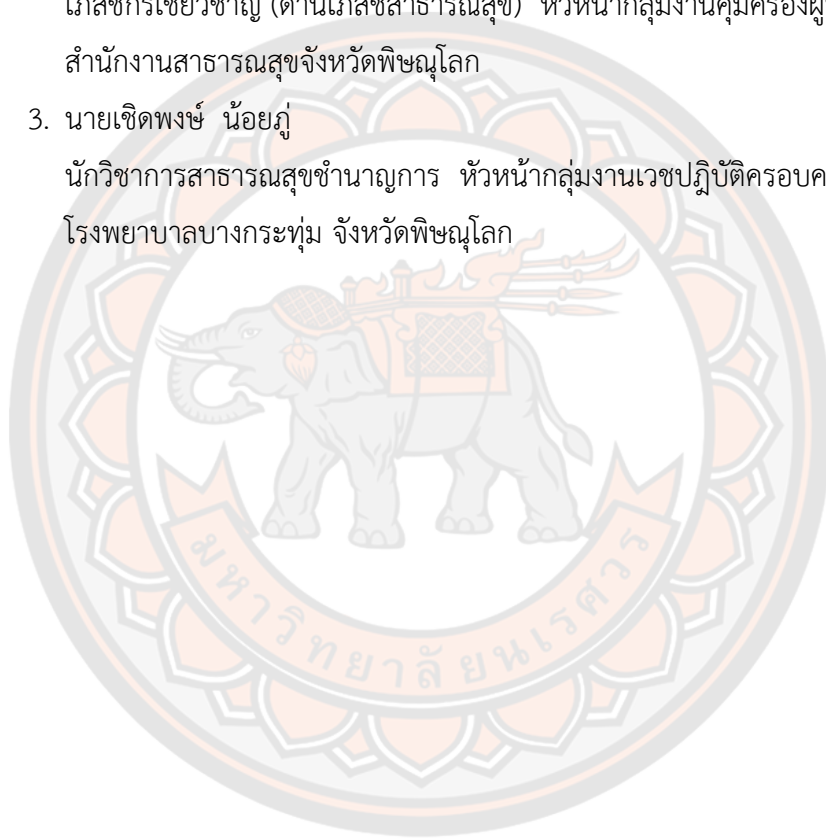
เกษักรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

3. นายเชิดพงษ์ น้อยภู

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก



ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา
2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา
3. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา
4. การรับรู้อุปสรรคต่อของการใช้ยา
5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล
3. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร
4. การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ

ในการนี้ ดิฉันใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ตอบแบบสอบถามด้วยความจริง หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทาวิจัย และขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

นางสาวศศิณาพรรณ หอมรส ผู้วิจัย

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่ม 1. Case 2. Contro NO. วัน/เดือน/ปี ที่เก็บข้อมูล //HN

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง และเติมคำที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี)
3. อาชีพ 1. ว่างงาน 2. รับราชการ
 3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ 4. แม่บ้าน/ พ่อบ้าน
 5. ลูกจ้าง 6. เกษตรกร/ประมง
 7. นักรุกกิจ/ค้าขาย 8. นักเรียน/นักศึกษา
 9. อื่นๆ ระบุ
4. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.
 5. ปวส. หรือ อนุปริญญา
 6.ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี
 8. อื่นๆ ระบุ
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประมาณ..... บาท/เดือน
6. สิทธิการรักษา
 1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) 2. ผู้สูงอายุ/เด็ก/คนพิการ
 3. ประกันสังคม 4. เบิกได้
 5. ชำระเงินเอง 6. ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน
 7. อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) 8. อื่นๆ ระบุ

7. ท่านมีโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวานหรือไม่

1. ไม่มี
2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 2.1 โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> 2.2 ไขมันในเลือดสูง |
| <input type="checkbox"/> 2.3 หัวใจ | <input type="checkbox"/> 2.4 เกาต์ |
| <input type="checkbox"/> 2.5 โรคไต | <input type="checkbox"/> 2.6 อื่นๆ ระบุ |

8. วิธีการรักษาโรคเบาหวาน

1. รับประทานยา
2. ฉีดยา
3. รับประทานยาและฉีดยา

9. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน เนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน หรือไม่

1. ไม่เคย
2. เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 2.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง | <input type="checkbox"/> 2.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ |
| <input type="checkbox"/> 2.3 โรคหัวใจและหลอดเลือดตีบตัน | <input type="checkbox"/> 2.4 โรคความดันโลหิตสูง |
| <input type="checkbox"/> 2.5 โรคไตวาย | <input type="checkbox"/> 2.6 โรคหลอดเลือดสมอง |
| <input type="checkbox"/> 2.7 จอตาเสื่อม ตาพร่ามัว | <input type="checkbox"/> 2.8 เส้นประสาทอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> 2.9 แผลเน่า แผลเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> 2.10 การถูกตัดอวัยวะ |
| <input type="checkbox"/> 2.11 อื่นๆ ระบุ | |

10. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมี ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) %
(สำหรับผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ)

11. ใครเป็นผู้ดูแลการบริหารเรื่องการใช้ยาของท่านเป็นส่วนใหญ่ (ตอบเพียงข้อเดียว)

1. คุณเอง
2. สามี/ภรรยา, ลูก/หลาน,ญาติ
3. อื่นๆ ระบุ

12. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

ท่านรับประทานยา (รวมยาทุกชนิด) จำนวน เม็ด/วัน

ท่านฉีดยาอินซูลิน จำนวน ครั้ง/วัน

13. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและหรือ ฝึดยารักษาโรคเบาหวานหรือไม่

1. ไม่มี

2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

2.1 น้ำตาลในเลือดต่ำ (อาการใจสั่น, เหงื่อออก, หิวง่าย, ตาลาย, คล้ายจะเป็นลม)

2.2 น้ำหนักตัวเพิ่ม

2.3 คลื่นไส้ อาเจียน

2.4 อ่อนเพลีย

2.5 ปวดท้อง/ท้องเสีย

2.6 ปวดหัว

2.7 อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่เป็นคำตอบที่ถูกต้อง

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
1.	ด้านการใช้ยาควบคุมโรคเบาหวาน การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของโรคเบาหวาน			
2.	ผู้ป่วยเบาหวานต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง			
3.	หากสงสัยว่ามีอาการแพ้ยาที่แพทย์สั่งใช้ สามารถลดปริมาณยาเอง โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์			
4.	如果不能ควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยการรับประทานยาเม็ด ลดระดับน้ำตาลในเลือด จะต้องทำการรักษาด้วยวิธีการฉีดอินซูลิน			

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
5.	การรับประทานยาก่อนอาหารให้ได้ผลดี ควรรับประทานยาก่อนอาหาร 15-30 นาที			
6.	การรับประทานยาหลังอาหารให้ได้ผลดี ควรรับประทานยาหลังอาหารทันที			
7.	หากลิ้มรับประทานยาควรเพิ่มยาเป็น 2 เท่า ในเมื่อลืมนำไป			
8.	เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดขนาดยาได้ด้วยตนเอง			
9.	ควรหยุดรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อใช้ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่เชื่อว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้			
10.	ควรฉีดยาฉีดอินซูลิน เมื่อมีอาการระดับน้ำตาลในเลือดสูงเท่านั้น			
11.	ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดเม็ดกลม (ยามेतฟอร์มิน) เมื่อทานยาไปนานๆ จะทำให้มีอาการใจสั่น, เหงื่อออก, หัวง่าย, ตาลาย, คล้ายจะเป็นลม ได้			
12.	ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดเม็ดกลมหรือที่เรียกว่า ยา Metformin (ยามेतฟอร์มิน) ไม่ควรใช้ในสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ เพราะอาจทำให้ทารกตัวใหญ่ขึ้นและอ้วนขึ้นก่อนคลอด			
13.	การฉีดอินซูลิน ในระยะแรกๆ อาจทำให้บวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้			
14.	การเก็บรักษา ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดทุกชนิด ควรเก็บในบริเวณแสงแดดส่องถึง เพราะจะช่วยให้ยามีคุณภาพมากขึ้น			
15.	ยาฉีดอินซูลินที่เปิดใช้แล้ว สามารถเก็บได้นานประมาณ 30 วัน			
16.	ยาฉีดอินซูลิน (เปิดใช้แล้ว/ยังไม่เปิดใช้) สามารถเก็บไว้ที่ฝาตู้เย็นได้ จะไม่ทำให้เสื่อมคุณภาพ			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบโดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	หากรับประทานยาเบาหวานที่แกะจากซองมานานประสิทธิภาพจะลดลง (ยาเสื่อมสภาพ) จึงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้					
2.	หากผู้ป่วยเบาหวานลืมรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน หรือรับประทานยาอย่างไม่สม่ำเสมอ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต					
3.	ถ้าผู้ป่วยฉีดยาอินซูลินมากกว่าที่แพทย์สั่ง มีโอกาสเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปได้					
4.	การปรับขนาดยาเบาหวานเอง เช่น ลดหรือเพิ่มเอง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้					
5.	ผู้ป่วยเบาหวานที่ออกกำลังกายเป็นประจำ <u>ไม่</u> จำเป็นต้องรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ก็สามารถลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้					
6.	การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน สามารถลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการใช้ยาได้					

2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบโดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	หากมีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ซึมลง อาจเกิดจากการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ต่อเนื่อง					
2.	การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้เกิดภาวะเสื่อมของจอตา และอาจรุนแรงถึงขั้นตาบอดได้					
3.	หากผู้ป่วยเบาหวานรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้โรคมึความรุนแรงถึงอัมพาตหรือเสียชีวิตได้					
4.	หากผู้ป่วยเบาหวานรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และอาจรุนแรงถึงขั้นเกิดอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบได้					
5.	การใช้ยาร่วมกับยาเบาหวาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรงได้					
6.	การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากเกินไป อาจทำให้เกิดภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยเบาหวาน และทำให้หมดสติได้					
7.	ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเกิดไตวายเรื้อรังร่วมด้วย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก					

2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา (ต่อ)

ข้อ	การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
8.	ภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ทางตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด ทำให้ต้องมีผู้ดูแลและเป็นภาระของผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน					

3. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบโดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	การใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ					
2.	การใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้สามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต					
3.	การใช้ยารักษาโรคเบาหวานต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพระยะยาว					

3. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา (ต่อ)

ข้อ	การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
4.	การใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ทำให้ลดภาระการดูแลของญาติใน ระยะยาว					
5.	การใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ดี ทำให้ไม่ต้องมาพบแพทย์ในกรณี ฉุกเฉิน					
6.	การใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ จะช่วยให้สภาพร่างกายเป็น ปกติ จนสามารถทำงานอื่นๆ ได้ดีขึ้น					
7.	ผู้ป่วยเบาหวานหากฉีดยาอินซูลินอย่าง สม่ำเสมอ จะช่วยชะลอการเกิดโรคหัวใจได้					

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบโดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	การไปตรวจตามนัด เพื่อรับยาโรคเบาหวาน ทำให้ท่านเสียเวลา หรือขาดรายได้จากการทำงาน					
2.	ท่านเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องใช้ยาโรคเบาหวานทุกวัน					
3.	ท่านเสียค่าใช้จ่ายมากในการเดินทางมารับยาโรคเบาหวาน					
4.	ท่านกลัวว่าเมื่อรับประทานยาเป็นเวลานานแล้ว จะมีพิษสะสม และทำลายตับ ไต					
5.	จำนวนเม็ดยาหรือจำนวนยูนิตของยาฉีดอินซูลิน แต่ละมือนี้อาจมีจำนวนมาก ทำให้ท่านไม่ยอมรับรับประทานยาหรือฉีดยา					
6.	การรับประทานยาหรือฉีดยาโรคเบาหวาน ขัดต่อการดำเนินชีวิตของท่าน เช่น ต้องตื่นแต่เช้า ต้องทานอาหารเป็นเวลา					
7.	ภาระงานที่หนักในแต่ละวัน เป็นสาเหตุให้ท่าน ไม่สามารถใช้ยาโรคเบาหวานได้อย่างสม่ำเสมอ					
8.	ระยะทางจากบ้านท่านไกลจากโรงพยาบาล ทำให้ท่านไม่ได้ไปรับยาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ข้อ	การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
9.	ท่านและญาติไม่มีพาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปรับยาโรคเบาหวาน และตรวจตามนัด					
10.	ฉลากยาไม่ชัดเจน หรือท่านอ่านฉลากยาไม่ได้ ทำให้ท่านใช้ยาโรคเบาหวานไม่ถูกต้อง					

5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านว่าจะปฏิบัติมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความมั่นใจ				
		มั่นใจ มาก ที่สุด	มั่นใจ	ไม่ แน่ใจ	ไม่ มั่นใจ	ไม่ มั่นใจ มาก ที่สุด
1.	ท่านใช้ยารักษาโรคเบาหวานตรงกับช่วงเวลาที่แพทย์สั่ง					
2.	ท่านใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ครบถูกต้องตามการรักษา					
3.	ท่านใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ตามขนาดที่แพทย์สั่ง					
4.	ท่านไม่เคยซื้อยารักษาโรคเบาหวานจากร้านขายยามารับประทานยาเอง					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ข้อ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความมั่นใจ				
		มั่นใจ มาก ที่สุด	มั่นใจ	ไม่ แน่ใจ	ไม่ มั่นใจ	ไม่ มั่นใจ มาก ที่สุด
5.	ท่านตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของยา รักษาโรคเบาหวานก่อนนำมาใช้ เช่น การอ่าน ฉลากยาหรือทราบชื่อ จำนวน ขนาด ยา โรคเบาหวานของท่าน					
6.	ท่านไปรับยาตามวันที่แพทย์นัด					
7.	ท่านตรวจสอบอาการผิดปกติ จากการใช้ยา รักษาโรคเบาหวาน ได้					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงตามสิ่งที่ท่านมีความรู้สึก
มากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ระดับ 5 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนมาก

ระดับ 3 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อย

ระดับ 1 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด

ข้อ	คำถาม	คนในครอบครัว					เพื่อน					เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1.	การสนับสนุนทางสังคมด้าน อารมณ์ คนในครอบครัว/เพื่อน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยให้ กำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ที่ต้องใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ทุกวัน															
2.	คนในครอบครัว/เพื่อน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เตือนให้ ท่านใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ตามที่แพทย์สั่ง															
3.	คนในครอบครัว/เพื่อน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เอาใจใส่ ในเรื่องการใช้ยารักษา โรคเบาหวาน															
4.	คนในครอบครัว/เพื่อน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอบถาม เกี่ยวกับการใช้ยารักษา โรคเบาหวาน															

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	คนในครอบครัว					เพื่อน					เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
15.	คนในครอบครัว/เพื่อน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ คำแนะนำแก่ท่านเกี่ยวกับการลด อาการข้างเคียงของยารักษา โรคเบาหวาน															
16.	คนในครอบครัว/เพื่อน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนะนำ รายการวิทยุ โทรทัศน์ ที่ให้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษา โรคเบาหวานของท่าน															
17.	คนในครอบครัว/เพื่อน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนะนำวิธี ที่จะช่วยให้ท่านรับประทานยาได้ สม่ำเสมอ หรือไม่ลืมรับประทาน ยา															
18.	การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุ สิ่งของ เมื่อท่านเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่าย ในการรักษาเกี่ยวกับการใช้ยา ท่านขอหรือสามารถขอความ ช่วยเหลือจาก คนในครอบครัว/ เพื่อน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้															

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง: ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อ	ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (ไม่ถึง 1 วัน)	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บ่อยๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1.	ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2.	ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3.	ฉันไม่สามารถจัดความเศร้าออกจากใจ แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4.	ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอๆกับคนอื่น				
5.	ฉันไม่มีสมาธิ				
6.	ฉันรู้สึกหดหู่				
7.	ทุกๆ สิ่งที่ฉันกระทำจะต้องฝืนใจ				
8.	ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9.	ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งลึ้มเหลว				
10.	ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11.	ฉันนอนไม่ค่อยหลับ				
12.	ฉันมีความสุข				
13.	ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14.	ฉันรู้สึกเหงา				
15.	ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16.	ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17.	ฉันร้องไห้				
18.	ฉันรู้สึกเศร้า				
19.	ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20.	ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				
รวมคะแนน = <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> No Depression					

ภาคผนวก ค เอกสารการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

COA No. 619/2018

IRB No. 679/61



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

NARESUAN UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

Study Title : Factors affecting medication adherence of type 2 diabetes patients in Bang Krathum Hospital, Phitsanulok Province

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิณพัชรพร ทอมรส

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 กันยายน 2561
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 กันยายน 2561
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 กันยายน 2561
4. AF 04-10 (อาสาสมัครทดสอบเครื่องมือ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 12 กันยายน 2561
5. AF 04-10 (กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 12 กันยายน 2561
6. AF 05-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 12 กันยายน 2561
7. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 12 กันยายน 2561
8. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 12 กันยายน 2561
9. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 กันยายน 2561
10. แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 กันยายน 2561
11. จบประมาณที่ได้รับโดยย่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 กันยายน 2561

ลงนาม

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 09 ตุลาคม 2561

Date of Approval : October 09, 2018

วันหมดอายุ : 09 ตุลาคม 2562

Approval Expire Date : October 09, 2019

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

COA No. 619/2018
IRB No. 0679/61



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8637

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

Study Title : Factors affecting medication adherence of type 2 diabetes patients in Bang Krathum Hospital, Phitsanulok Province

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิณาพรรณ หอมรส

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

เอกสารที่ได้รับการรับรอง

1. แบบรายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (AF 01-13) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 มกราคม 2562
2. ตารางสรุปการเปลี่ยนแปลง (AF 02-13) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 มกราคม 2562
3. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 04 มกราคม 2562
4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 04 มกราคม 2562
5. แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 04 มกราคม 2562

ลงนาม

(รศ.ดร.พญ.สุชาติพทย์ พงษ์เจริญ)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 23 มกราคม 2562

Date of Approval : January 23, 2019

หมายเหตุ ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)