

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ประเภทที่ 2 โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

Health Belief Model and Medication Adherence of Type 2 Diabetes

Patients at Samchuk Hospital, Suphanburi Province

(Received: October 11, 2024; Revised: December 5, 2024; Accepted: December 9, 2024)

อนันต์ พิริยะพานิชย์ (Anun Piriyanich)* กรแก้ว จันทภาษา (Kornkaew Chanthapasa)^{1**}

บทคัดย่อ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง 223 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเฉลี่ย 2.89 คะแนน (SD 0.25) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองเฉลี่ย 2.89 คะแนน (SD 0.27) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาเฉลี่ย 2.73 คะแนน (SD 0.29) ร้อยละ 88.79 ของกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการใช้ยา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การพัฒนาการบริการเภสัชกรรมเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อไป

ABSTRACT

Health belief model is an important factor affecting medication adherence, which is the heart of diabetes treatment. This study aimed to study health belief model and medication adherence in patients with type 2 diabetes. This is a cross-sectional study. Data were collected by using a questionnaire in 223 samples. and analyzed data by descriptive statistics and multiple linear regression analysis. The results showed that the top 3 health belief model were self-efficacy perception, 2.89 points (SD 0.25), cues to action, 2.89 points (SD 0.27), and perceived benefits of medication, 2.73 points (SD 0.29). 88.79% of the sample adhered to their medication. The health belief model in terms of perceived self-efficacy was significantly related to medication adherence ($p < 0.05$). The development of pharmaceutical care to increase medication adherence use should promote patients' self-efficacy awareness.

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2

Keywords: Medication adherence, Health belief model, Type 2 diabetes patients

¹Corresponding author: korch@kku.ac.th

*นักศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Student, Master of Pharmacy, Program in Pharmacy Management, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

**รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Associate Professor, Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางกระบวนการเมตาบอลิซึม เนื่องจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรืออาจเกิดจากทั้งสองอย่างร่วมกัน [1] โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญพบว่ประชากรทั่วโลกช่วงอายุ 20-79 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 537 ล้านราย และประมาณการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านราย และจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านรายในปี พ.ศ. 2588 [2] สำหรับประเทศไทยพบว่ในปี พ.ศ. 2564 อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี มีผู้ป่วยเบาหวาน 3.2 ล้านรายที่อยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุข และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานมากถึง 16,388 ราย โดยคิดเป็นอัตราการตาย 21.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในด้านสาธารณสุขสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี [3]

โรคเบาหวานมีเป้าหมายในการรักษาคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใกล้เคียงกับระดับปกติ โดยมักเริ่มจากการให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต โดยการควบคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย แพทย์จะเริ่มให้ผู้ป่วยใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งหากผู้ป่วยเบาหวานไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานที่จอตาและที่ไต ซึ่งนอกจากจะนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะทั้งสองแล้ว ยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิตอีกด้วย [1] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับของ HbA1c จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยต้องทานต่อวัน [4-6] และยังพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน [7-8]

โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการในปี พ.ศ. 2562 - 2564 จำนวน 2,881 3,288 และ 2,952 รายตามลำดับ โดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 26.87, 28.41 และ 34.32 ตามลำดับ ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c < 7%) และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 จากการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) $\geq 7\%$ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 44.2 ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา [8-9] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยา อันจะทำให้เกิดความเข้าใจแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาไปสู่ผลลัพธ์การรักษาทางคลินิกที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 กับความร่วมมือในการใช้ยา

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662055 ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของงานวิจัย และให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการตอบแบบสอบถามในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรีและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 จำนวน 2,952 คน (ข้อมูล ณ ปี 2564) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มอย่างเป็นระบบจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 3) ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน 4) มีผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และ 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถฟัง พูดและอ่านภาษาไทยได้เป็นอย่างดีเข้าใจ เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาด้วยตนเอง 2) ข้อมูลไม่สมบูรณ์จากการเก็บข้อมูลมากกว่าร้อยละ 20 และ 3) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือน้ำตาลในเลือดสูงที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนในประชากรกลุ่มเดียว [10] จำนวนประชากรที่ศึกษาอ้างอิงจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสามชุก ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2,952 ราย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $\alpha = 0.05$ กำหนดค่าความแม่นยำ $\pm 5\%$ ความซุกของความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 83.3 [5] ดังนั้น $p = 0.833$ คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อยที่สุด 214 ราย ซึ่งในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 223 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale in Thais; MAST) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ [11] ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบวัดดังกล่าวจากผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้รับอนุญาตให้ใช้แบบวัดดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดจากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และนำมาประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน [1, 8-9] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่อ้วน
2. การมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
3. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
4. การที่ไม่ออกกำลังกายจะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน

5. การรับประทานอาหารที่มีรสหวานมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ คือ
 1. โรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต แผลติดเชื้ที่เท้า
 2. หากท่านลืมหันยาเบาหวานบ่อยครั้ง หรือไม่ทานยาเบาหวานเป็นเวลานานอาจทำให้ท่านมีโอกาเกิดโรคหัวใจได้
 3. หากท่านลืมหันยาเบาหวานบ่อยครั้ง หรือไม่ทานยาเบาหวานเป็นเวลานานอาจทำให้ท่านมีโอกาสาบอดได้
 4. หากท่านลืมหันยาเบาหวานบ่อยครั้ง หรือไม่ทานยาเบาหวานเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้
 5. หากท่านลืมหันยาเบาหวานบ่อยครั้ง หรือไม่ทานยาเบาหวานเป็นเวลานาน อาจเกิดอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบได้
 6. การมีแผลเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจก่อให้เกิดการสูญเสียอวัยวะได้
 7. หากท่านลืมหันยาเบาหวานบ่อยครั้ง หรือไม่ทานยาเบาหวานเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการชาที่เท้าและมักเกิดแผลโดยไม่รู้สึกตัว
 8. หากท่านทานยาเบาหวานมากเกินไป อาจทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ จนทำให้ช็อกและหมดสติได้ในมิติที่ 1 และ 2 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ
3. สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือ
 1. บุคคลในครอบครัวดูแลและให้กำลังใจ เมื่อรู้ว่ท่านเป็นโรคเบาหวาน
 2. ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการใช้ยาเบาหวานจาก แพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 3. ท่านเชื่อว่าแพทย์และพยาบาลจะยอมรับในตัวท่านเมื่อท่านรับประทานยา/ฉีดยาอย่างสม่ำเสมอ
 4. ท่านได้รับการเตือนจากบุคคลในครอบครัวเพื่อให้ท่านมาพบแพทย์และรับยาเบาหวานตามวันนัด
4. การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ
 1. การกินยาเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ท่านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้
 2. การกินยาเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้สามารถชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังได้
 3. การกินยาเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้สามารถชะลอการเกิดโรคหัวใจได้
 4. การกินยาเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ลดภาระการดูแลของครอบครัวในระยะยาว
 5. การกินยาเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ทำให้ไม่ต้องมาพบแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน
- 5.การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ
 1. ในกรณีที่ต้องฉีดยาอินซูลินนั้นทำให้ท่านเกิดความกลัว ตลอดเวลา
 2. การที่ต้องมีการดูแลตนเองทุกเวลาทำให้ท่านเบื่อหน่ายตนเองเป็นบางครั้ง
 3. การที่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลสุขภาพของตนเองทำให้ท่านต้องใช้เงินจำนวนมาก

4. การเดินทางที่ไม่สะดวกทำให้ท่านไม่ยากไปรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
5. ท่านไม่มีเวลาที่จะไปรับบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือ
 1. ท่านสามารถรับประทานยา/ฉีดยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอได้ทุกวัน
 2. การกินยา/ฉีดยาทุกวัน ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน
 3. ท่านไปรับยาเบาหวานตามแพทย์นัดทุกครั้ง
 4. ท่านตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของยาหลังจากการได้รับยาจากโรงพยาบาลทุกครั้ง

ในมิติที่ 3, 4, 5 และ 6 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ

แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยทางเภสัชศาสตร์ อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมตรงตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา และนำแบบสอบถามไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป สามารถนำไปใช้ได้และทำการปรับปรุงข้อคำถาม หรือตัดข้อคำถามนั้นทิ้งหากได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 [12] จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา > 0.7 โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสามชุก จำนวน 30 ราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ถูกนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยอีก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาดังนี้ แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย 0.90, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน 0.73, การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน 0.74, สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ 0.73, การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา 0.74, การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา 0.71, และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกเบาหวานในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ใช้การสุ่มเลือกตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยการเลือกตัวอย่างผู้ป่วยทุกคนที่ 10 ที่เข้ารับการรักษาจากแพทย์ที่ห้องตรวจโรคเบาหวานทุกวันพุธและวันพฤหัสบดีในช่วงเวลา 7.30-9.30 น. โดยผู้ป่วยลำดับแรกที่เลือกมาอย่างสุ่ม คือลำดับที่ 5 หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำโครงการวิจัย และแนะนำตนเองว่าเป็นนักศึกษาจากคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยจะไม่สวมเสื้อกาวน์ขณะทำการเก็บข้อมูล เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกลำบากใจและเป็นกังวลว่าการปฏิเสธการตอบแบบสอบถามอาจจะส่งผลต่อการรับบริการในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยจะขอให้ผู้ป่วยลงนามในแบบคำยินยอม หากผู้ป่วยไม่ยินดี ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่สละเวลา หลังจากกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์และรับใบนัดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องสายตาในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้ตอบ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถามนั้น เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Version 28 ใช้สถิติพรรณนาในการสรุปข้อมูล โดยตัวแปรกลุ่มวิเคราะห์เป็นจำนวนและร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่องวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากับตัวแปรที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวนโรคร่วมอื่น ๆ จำนวนเม็ดยาที่ทานต่อวัน ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากับตัวแปรที่เป็นข้อมูลกลุ่มโดยแบ่งแต่ละตัวแปรออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา การรับรู้ต่อระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ต่อการควบคุมระดับน้ำตาล โดยใช้สถิติ Independent t-test และวิเคราะห์ตัวแปรพหุแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากับตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง และตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรกลุ่มโดยแบ่งแต่ละตัวแปรออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Multiple linear regression

ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติอนุมานกำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบสถิติที่ 0.05

การวิเคราะห์ความร่วมมือในการใช้ยา [11]

จากแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale in Thais; MAST) มีข้อความจำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกจำนวน 6 ตัวเลือก คะแนนอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน ในข้อ 1-6 ผู้ที่ตอบว่า มากกว่า 15 ครั้ง/เดือน, 10-15 ครั้ง/เดือน, 6-9 ครั้ง/เดือน, 3-5 ครั้ง/เดือน, 1-2 ครั้ง/เดือน และไม่เคเลย ส่วนในข้อ 7-8 ผู้ที่ตอบว่า บ่อยมาก, บ่อย, มีบ้าง, น้อย, น้อยมาก และไม่เคเลย จะได้คะแนน 0, 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ มีพิสัยเท่ากับ 0-40 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้คะแนน ≥ 34 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้มีความร่วมมือในการใช้ยา
2. ผู้ป่วยที่ได้คะแนน < 34 คะแนน เป็นผู้ที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา

การวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย 6 ด้าน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1. หากเป็นข้อความเชิงบวก (Positive statement) เมื่อเลือกตอบเห็นด้วยหรือใช่, ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วยหรือไม่ใช่ จะได้ค่าคะแนน 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ
2. หากเป็นข้อความเชิงลบ (Negative statement) เมื่อเลือกตอบเห็นด้วยหรือใช่, ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วยหรือไม่ใช่ จะได้ค่าคะแนน 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับ

จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคิดหาค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน โดยกำหนดให้แต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 3 คะแนน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.54 อายุเฉลี่ย 62.22 ปี (SD = 9.66) ร้อยละ 67.26 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.48 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.22 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 83.41 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.05 ปี (SD = 6.13) รับประทานยาต่อวันเฉลี่ย 8.26 เม็ด (SD = 4.66) ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย 7.62% (SD = 1.93) โดยร้อยละ 59.19 อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C $\geq$ 7) ผู้ป่วยร้อยละ 59.19 คิดว่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนอยู่ในระดับดี และร้อยละ 61.88 คิดว่าตนเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 223)

ลักษณะของตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	88	39.46
	หญิง	135	60.54
อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย (SD)	62.22	9.66
	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	32	86
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน (ปี)	ค่าเฉลี่ย (SD)	9.05	6.13
	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	0.5	30
ยาที่รับประทานต่อวัน (เม็ด)	ค่าเฉลี่ย (SD)	8.26	4.66
	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	1	32
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)	ค่าเฉลี่ย (SD)	7.62	1.93
	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	3.00	17.40
ระดับการศึกษาสูงสุด	ไม่ได้เรียน	14	6.28
	ประถมศึกษา	150	67.26
	มัธยมศึกษา	33	14.80
	ปริญญาตรี	22	9.87
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.35
	อื่น ๆ เช่น ปวส.	1	0.45
สถานภาพสมรส	โสด	32	14.35
	สมรส	175	78.48
	หม้าย/หย่าร้าง	16	7.17
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	59	26.46
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	5.38
	รับจ้างทั่วไป	67	30.04
	เกษตรกร/ประมง	77	34.53
	อื่น ๆ เช่น ค้าขาย	8	3.59
รายได้ต่อเดือน (บาท)	น้อยกว่า 5,000	112	50.22
	5,001-10,000	77	34.53
	10,001-15,000	22	9.87
	15,001-20,000	1	0.45
	มากกว่า 20,000	11	4.93
สิทธิการรักษา	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	186	83.41
	ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	11.66
	ประกันสังคม	7	3.14
	ชำระเงินเอง	4	1.79

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 223) (ต่อ)

ลักษณะของตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ควบคุมได้ (HbA1C <7)	91	40.81
	ควบคุมไม่ได้ (HbA1C ≥7)	132	59.19
การรับรู้ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง	ดี	132	59.19
	ไม่ดี	65	29.15
	ไม่แน่ใจ	26	11.66
การรับรู้ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง	ควบคุมได้	138	61.88
	ควบคุมไม่ได้	53	23.77
	ไม่แน่ใจ	32	14.35

ความร่วมมือในการใช้ยา

ในด้านความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อประเมินด้วย MAST มีคะแนนเฉลี่ย 37.64 (SD= 4.01) โดยมีคะแนน ≥ 34 คะแนนขึ้นไป (มีความร่วมมือในการใช้ยา) ร้อยละ 88.79 จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 66.37 ของผู้ป่วยไม่เคยลืมกินยาเลย ร้อยละ 70.40 ไม่เคยกินยาไม่ตรงเวลา และร้อยละ 78.03 ไม่เคยกินยาไม่ครบทุกมื้อ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) ด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง และด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.89 คะแนน (SD = 0.27 และ 0.25) 2) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาเฉลี่ย 2.73 คะแนน (SD = 0.29) 3) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.65 คะแนน (SD = 0.37 และ 0.30) ขณะที่ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.06 คะแนน (SD = 0.65) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n = 223)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวนข้อ คำถาม	คะแนนเต็ม	ค่าต่ำสุด- ค่าเฉลี่ย สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	SD
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน	5	3.00	1.40-3.00	2.65	0.37
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	8	3.00	1.00-3.00	2.65	0.30
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	5	3.00	1.80-3.00	2.73	0.29
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา	5	3.00	1.00-3.00	2.06	0.65
ด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง	4	3.00	1.25-3.00	2.89	0.27
ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	4	3.00	1.50-3.00	2.89	0.25

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

เมื่อนำคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความเห็นต่อระดับน้ำตาลในเลือด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 ขณะที่ปัจจัยส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำจะมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่สูงขึ้นทุกร้อยละ 1 จะมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาลดลง 0.38 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีจะมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองไม่ดีและไม่ทราบระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีจะมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองไม่ดีและไม่ทราบระดับน้ำตาลในเลือด 2.16 คะแนน

ในส่วนกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 7.28 คะแนน รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น

	b	Std. Error	β	p-value	95%CI
อายุ (ปี)	-0.01	0.03	-0.01	0.828	-0.06/0.05
เวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน (ปี)	-0.02	0.04	-0.03	0.677	-0.10/0.06
จำนวนโรคร่วมกับเบาหวาน (โรค)	0.08	0.26	0.02	0.751	-0.43/0.60
จำนวนเม็ดยาต่อวัน (เม็ด)	0.03	0.05	0.04	0.514	-0.07/0.14
ระดับน้ำตาลสะสม (%)	-0.38	0.13	-0.18	0.004*	-0.63/-0.12
การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ (คะแนน)	1.13	0.62	0.11	0.068	-0.08/2.35
การรับรู้ความรุนแรงฯ (คะแนน)	-1.04	0.90	-0.08	0.251	-2.82/0.74
การรับรู้ประโยชน์ฯ (คะแนน)	1.60	0.94	0.12	0.090	-0.25/3.45
การรับรู้อุปสรรคฯ (คะแนน)	-0.61	0.38	-0.10	0.114	-1.36/0.15
สิ่งชักนำให้ปฏิบัติฯ (คะแนน)	0.22	0.86	0.01	0.800	-1.48/1.91
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (คะแนน)	7.28	1.01	0.45	<0.001*	5.30/9.26
เพศ (เพศหญิง)	0.40	0.47	0.05	0.391	-0.52/1.32
ระดับการศึกษา (ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป)	-0.86	0.59	-0.09	0.150	-2.03/0.31
สถานภาพสมรส (สมรส)	0.69	0.56	0.07	0.214	-0.40/1.79
อาชีพ (ประกอบอาชีพ)	-0.64	0.57	-0.07	0.263	-1.77/0.49
รายได้ต่อเดือน (มากกว่า 10,000 บาท/เดือน)	-1.36	0.71	-0.12	0.056	-2.76/0.03
สิทธิการรักษา (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า)	-1.18	0.65	-0.11	0.071	-2.46/0.10

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น (ต่อ)

	b	Std. Error	β	p-value	95%CI
การรับรู้ต่อระดับน้ำตาลในเลือด (ดี)	2.16	0.73	0.27	0.003*	0.73/3.59
การรับรู้ต่อการคุมระดับน้ำตาล (ควบคุมได้)	-1.23	0.71	-0.15	0.087	-2.63/0.18

หมายเหตุ (1) * มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p < 0.05$

(2) $R = 0.63$ R Square = 0.40 Adjusted R Square = 0.34 Std.Error of the Estimate = 3.26

(3) ตัวแปรอิสระที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวนโรคร่วมกับโรคเบาหวาน จำนวนเม็ดยาที่ทานต่อวัน ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

(4) ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรกลุ่มมีกลุ่มอ้างอิง ดังนี้ เพศ (หญิง) ระดับการศึกษาสูงสุด (ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป) สถานภาพสมรส (สมรส) อาชีพ (ประกอบอาชีพ) รายได้ต่อเดือน (มากกว่า 10,000 บาท/เดือน) สิทธิการรักษา (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า) การรับรู้ต่อระดับน้ำตาลในเลือด (ดี) การรับรู้ต่อการควบคุมระดับน้ำตาล (ควบคุมได้)

อภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาที่ประเมินโดย MAST (คะแนนเต็ม 40 คะแนน) เท่ากับ 37.64 ± 4.01 คะแนน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 198 ราย (ร้อยละ 88.79) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริณี ปัญญามานะรุ่งที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาที่ประเมินด้วย MAST เท่ากับ 37.10 ± 2.90 คะแนน และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 87.80 [13] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ บุญเสริมและคณะที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยจาก MAST เท่ากับ 34.99 ± 5.08 คะแนน และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 62.63 [14] ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของอาชีพกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพทำสวนยางพาราซึ่งมีช่วงเวลาการทำงานที่แตกต่างจากอาชีพอื่น ๆ ส่งผลต่อมื้ออาหารที่แตกต่าง ทำให้ความร่วมมือในการใช้น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ

ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าระดับน้ำตาลสะสมที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ($Beta = -0.18$, $p = 0.004$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาลสะสมที่สูงขึ้นจะมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ บุญเสริมและคณะที่พบว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดี ($HbA1C < 7\%$) จะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ดี ($HbA1C \geq 7$) 7.98 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P -value = 0.001 [14]

ในส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ($Beta = 0.45$, $p < 0.001$) โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 7.28 คะแนน สอดคล้องกับแนวคิดของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ [9,15] ที่อธิบายไว้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำให้พฤติกรรมของตนเองบรรลุเป้าหมายที่กำหนด เมื่อบุคคลมีความมั่นใจในตนเองก็จะสามารถกำหนดเป้าหมายและมีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของประเมษฐ์ พรหมพินิจและคณะที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.17$, $p<0.01$) [16] และสอดคล้องกับการศึกษาของศิณาพรรณ หอมรส ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง เป็นปัจจัยที่มีผล

ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 [6] อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งหมดเนื่องจากผู้กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้บางส่วนที่ยังไม่ถูกต้องในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรับประทานยา และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในบางประเด็นที่ยังไม่ถูกต้อง

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง พบว่าผู้ป่วยมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยร้อยละ 88.79 ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) การรับรู้ต่อระดับน้ำตาลในเลือดในระดับดี และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้นการพัฒนาการบริการเภสัชกรรมเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด รวมถึงการรับรู้ถึงระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานเป็นประเด็นหลัก ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำมาเชื่อมโยงกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ทั้งหมด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การศึกษานี้จะชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในเกณฑ์ที่สูง และมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละมิติอยู่ในเกณฑ์ดี แต่จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลสามชุกพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลายโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในการศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาเพิ่มประเด็นการศึกษาให้ครอบคลุมเพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์งบประมาณจากทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก พยาบาลประจำคลินิกเบาหวานทุกท่าน ตลอดจนผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

เอกสารอ้างอิง

1. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 30]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1OAI DiCyGsJYA1-wTAxoOu6yL_YL9c7IG/view?pli=1
2. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 18]. Available from: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition>
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Non-communicable disease information [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
4. Bunyatnopparat K, Limpawattana P. Factor associated with medication adherence in older patients with chronic diseases of Dongluang Hospital. *KKU Journal of Medicine*. 2020;5(2):40–9. Thai.
5. Mongkolchaipak T, Pichapapaiboon S, Sangviroon A. Factors affecting medication adherence of diabetic patients at Police General Hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2015;7(1):47–59. Thai.
6. Homrot S. Factors affecting medication adherence of type 2 diabetes patients in Bang Krathum Hospital, Phitsanulok Province [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. Thai.
7. Rungsawang S. Factors related to polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. Thai.
8. Wanishayakorn T. Health belief model and medication adherence [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 12]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=557
9. Petchpoom C. Health behaviors, concepts, theories, and applications. 3rd ed. Phitsanulok: Naresuan University Press; 2019. Thai.
10. Vorapongsathorn S. Determining sample sizes for health science research. Chiang Mai: Wanida Printing; 2021. Thai.
11. Suphachamroon A, Lerkiabundit S, Saengcharoen W. Validity and reliability of the medication adherence scale in Thais (MAST): testing in diabetes patients. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2018;10(2):607–19. Thai.
12. Ongiem A, Vichitvejpaisal P. Validation of the tests. *Thai Journal of Anesthesiology*. 2018;44(1):36–42. Thai.
13. Panyamanarung S. A study on medication adherence among elderly diabetic patients at the non-communicable disease clinic in Chat Trakan District, Phitsanulok Province [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2564/r2r/MA2564-002-02-0000000565-0000000507.pdf>. Thai.

14. Boonseree B, Bamrungwong C. Illness perception and medication beliefs associated with medication adherence in type 2 diabetes patients in rubber planter. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2021;4:126–44. Thai.
15. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly* [Internet]. 1988;15(2):175–83.
16. Prompinit P, Phakdeekul W, Kedthongma W. Factors affecting medication adherence among type 2 diabetic patients in Songdao Hospital, Sakon Nakhon. *Province Research and Development Health System Journal*. 2020;13(1):538–50. Thai.