



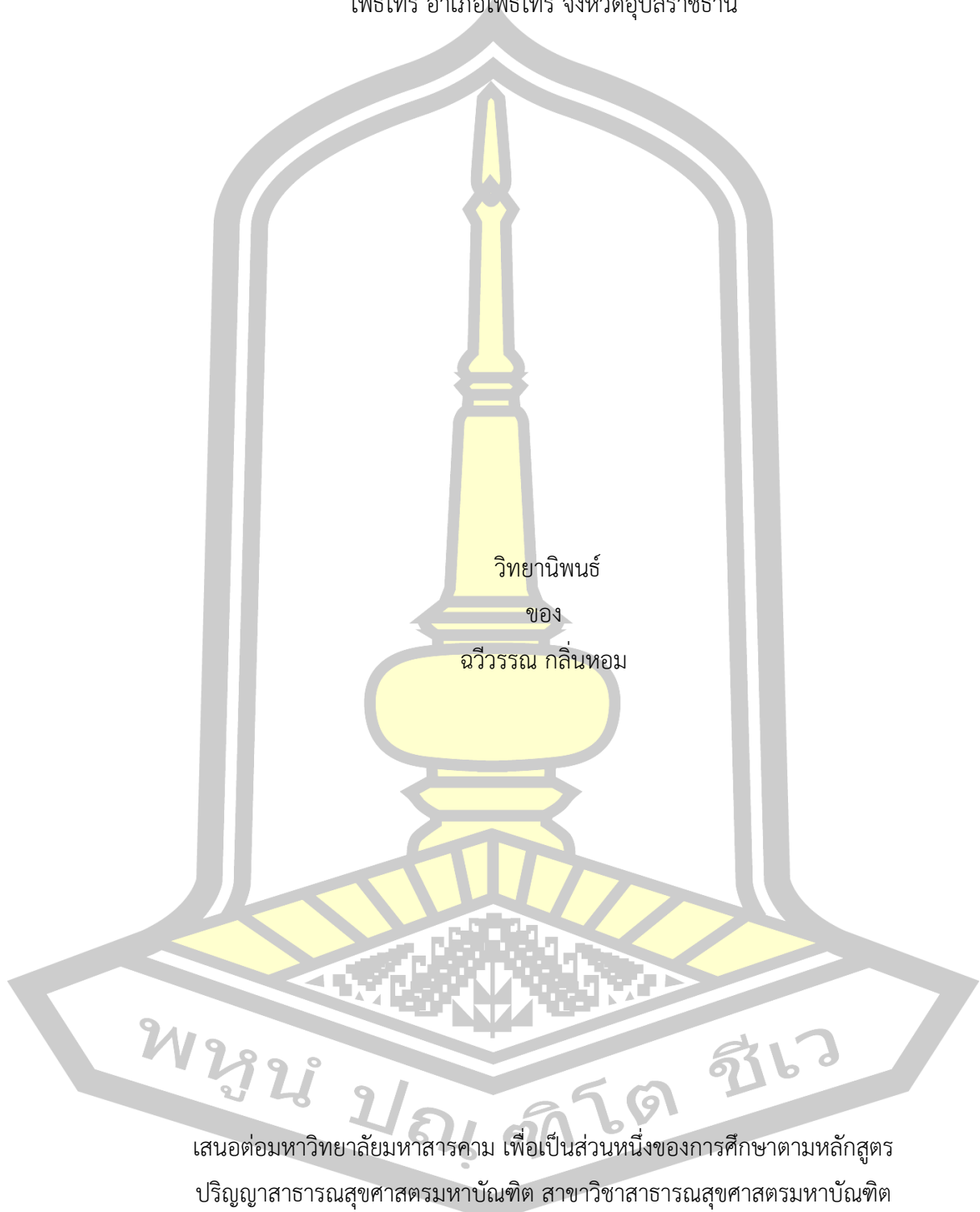
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาล
โพธิ์ไทร อำเภอกโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์
ของ
ฉวีวรรณ กลิ่นหอม

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สิงหาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาล
โพธิ์ไทร อำเภอกโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี



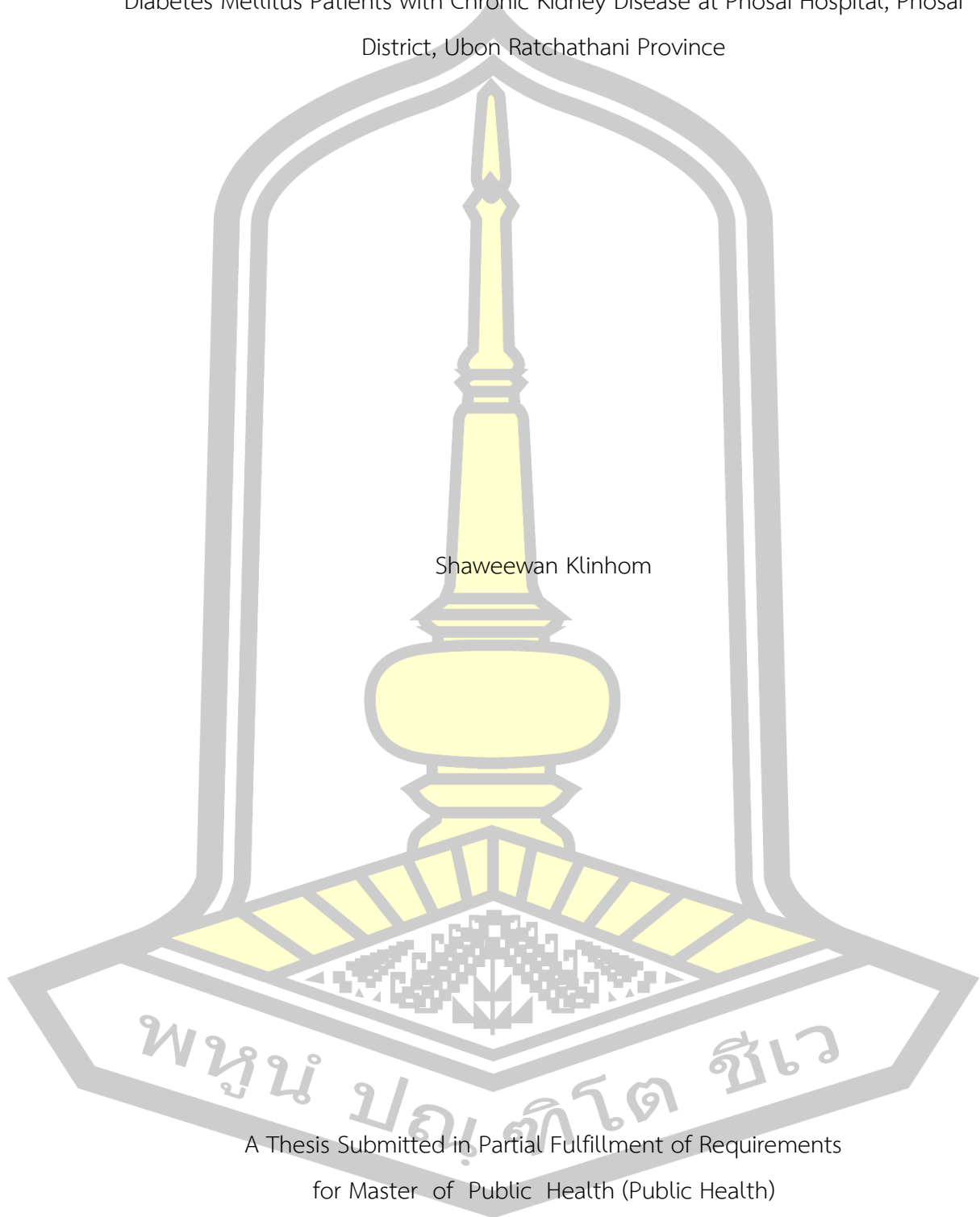
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สิงหาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Development of Medicine Therapy for Health Promotion Model for Type-2
Diabetes Mellitus Patients with Chronic Kidney Disease at Phosai Hospital, Phosai
District, Ubon Ratchathani Province

Shaweewan Klinhom



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

August 2021

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวฉวีวรรณ กลิ่นหอม
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(อ. ดร. นิสากร วิบูลชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. นิรุวรรณ เทิร์นโบล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	ฉวีวรรณ กลิ่นหอม		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. นิรุวรรณ เทิรินทร์โบล์ อาจารย์ ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
	บัณฑิต		
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2564

บทคัดย่อ

การพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการใช้จ่ายที่ถูกต้องเหมาะสมและแก้ไขปัญหาด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ร่วมวิจัยคือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จำนวน 99 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 114 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ มีคุณภาพด้านความเที่ยงตรง (Validity) เท่ากับ 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดย Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดเท่ากับ 0.873 0.877 และ 0.965 ตามลำดับ ด้านข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสังเกตและข้อเสนอแนะ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาด้วยหลักการจำแนกเพื่อจัดระบบข้อมูลเพื่อตอบคำถาม และหาสาเหตุในความสัมพันธ์และกระบวนการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.60) อายุเฉลี่ย 71.78 ปี (S.D.=9.86) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 58.58) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,500 บาท (ร้อยละ 66.67) (ค่าเฉลี่ย=1765.15, S.D.=2015.05) อาศัยอยู่กับครอบครัวโดยมีลูกเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 52.53) การพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยและ อสม. ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อมและการใช้จ่ายที่ถูกต้อง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการใช้ยาและแก้ไขปัญหาด้านการใช้จ่ายให้ถูกต้องเหมาะสม จำนวน

ปัญหาการใช้ยาลดลงจาก 88 ปัญหาหรือเฉลี่ย 0.89 ปัญหาต่อราย เหลือ 16 ปัญหา หรือเฉลี่ย 0.16 ปัญหาต่อราย ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้ในระดับมากเพิ่มขึ้นร้อยละ 31.31 และ 39.39 ตามลำดับ และคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลผู้ป่วยในระดับมากเพิ่มขึ้นร้อยละ 43.43 และ 60.61 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$)

โดยสรุปรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ คือ PCHK model ประกอบด้วย 1. ผู้มีส่วนร่วม (Participants) 2. การให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาโดยเภสัชกร (Counseling) 3. การเยี่ยมบ้าน (Home visit) 4. การให้ความรู้ (Knowledge) ทำให้การใช้ยาถูกต้องเหมาะสมและลดปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, ภาวะไตเสื่อม, การใช้ยา



TITLE	The Development of Medicine Therapy for Health Promotion Model for Type-2 Diabetes Mellitus Patients with Chronic Kidney Disease at Phosai Hospital, Phosai District, Ubon Ratchathani Province		
AUTHOR	Shaweewan Klinhom		
ADVISORS	Associate Professor Niruwan Turnbull , Ph.D. Surasak Thiabrithi , Dr.P.H.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2021

ABSTRACT

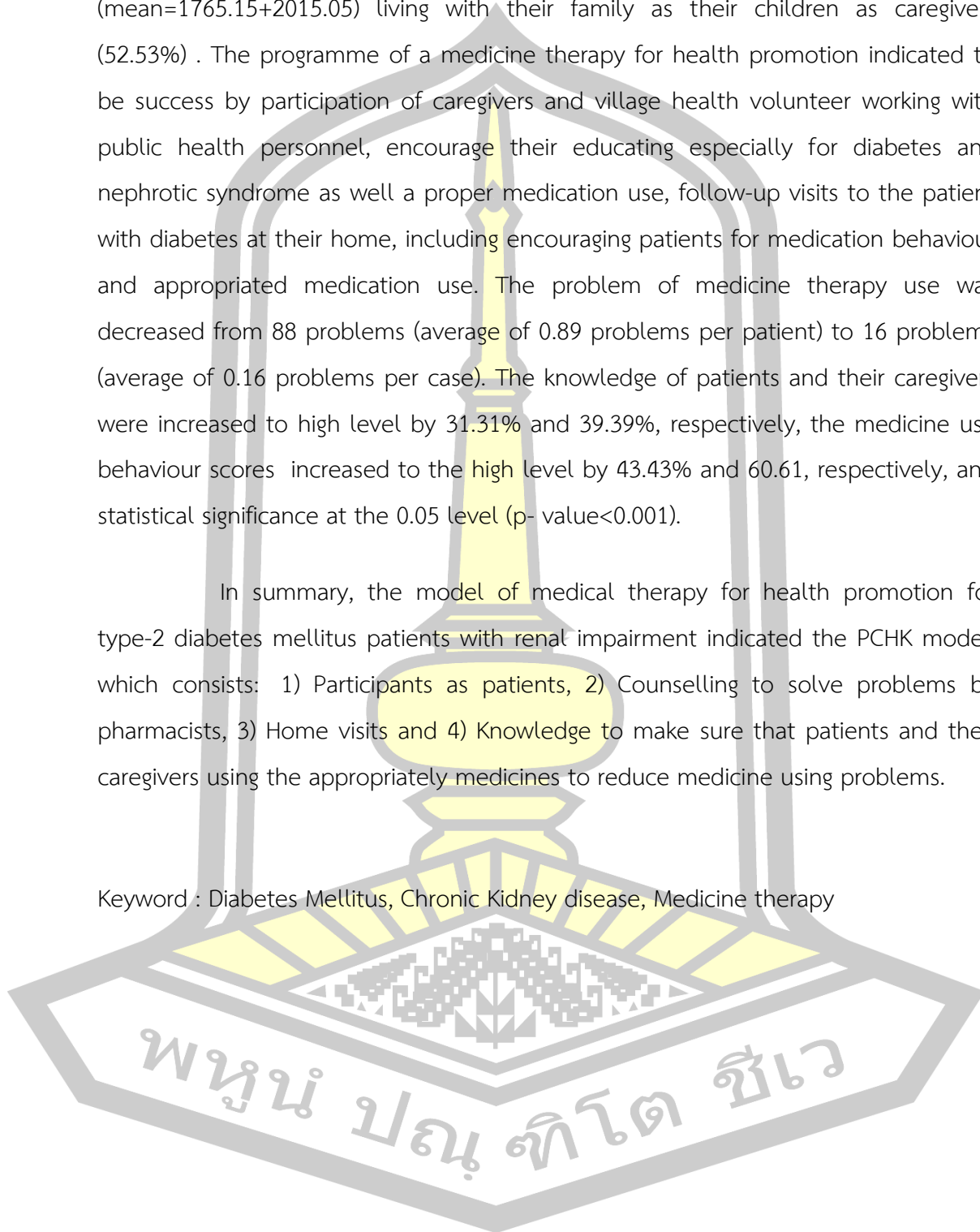
This action research aims to develop a model of medicine therapy for health promotion for diabetic patients with chronic kidney disease by employing the participant including: 1) caregivers, 2) village health volunteers and 3) public health personnel. The subjects were created an appropriated medicine therapy to solve the problems of medicine use of diabetic patients. The study included 99 patients who were attended diabetes clinic service at Phosai hospital and 114 of the stakeholders who involved in caring patients. The quantitative data were collected using questionnaires through quality checks from experts with validity 0.67-1.00. The reliability level with Cronbach's alpha coefficient of the three questionnaires was 0.873, 0.877 and 0.965, respectively. The qualitative data was collected from observations and suggestions from the participants. The quantitative data analysis used descriptive statistics and the qualitative data using content analysis for classification principles to organize information systems to answer questions to find out the cause in the relationship and process of changing.

The results found that the majority of diabetic patients with renal impairment were female (55.60%), average age 71.78±9.86 years, agricultural

occupation (58.58%), average monthly income less than 1500 baht (66.67%) (mean=1765.15+2015.05) living with their family as their children as caregivers (52.53%) . The programme of a medicine therapy for health promotion indicated to be success by participation of caregivers and village health volunteer working with public health personnel, encourage their educating especially for diabetes and nephrotic syndrome as well a proper medication use, follow-up visits to the patient with diabetes at their home, including encouraging patients for medication behaviour and appropriated medication use. The problem of medicine therapy use was decreased from 88 problems (average of 0.89 problems per patient) to 16 problems (average of 0.16 problems per case). The knowledge of patients and their caregivers were increased to high level by 31.31% and 39.39%, respectively, the medicine use behaviour scores increased to the high level by 43.43% and 60.61, respectively, and statistical significance at the 0.05 level (p- value<0.001).

In summary, the model of medical therapy for health promotion for type-2 diabetes mellitus patients with renal impairment indicated the PCHK model, which consists: 1) Participants as patients, 2) Counselling to solve problems by pharmacists, 3) Home visits and 4) Knowledge to make sure that patients and their caregivers using the appropriately medicines to reduce medicine using problems.

Keyword : Diabetes Mellitus, Chronic Kidney disease, Medicine therapy



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ ดร.นิสากร วิบูลชัย ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้ให้คำแนะนำควบคุมตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ พร้อมให้กำลังใจและเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พงศกร จาบทระโทก นายแพทย์ชำนาญการ นางธัญชนก นครไพโร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนางสาวกมลวรรณ สาระ เกสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาล ตระการพืชผล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และวิชาการ ตลอดจนประสบการณ์ต่าง ๆ ให้แก่ผู้วิจัย รวมทั้งเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ รุ่นที่ 17 ทุกท่านที่คอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลนาตาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาให้เข้าไปทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้บริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการทำกิจกรรมในการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดาและทุกคนในครอบครัวที่ให้กำลังใจและช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ตลอดการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ช่วยเหลือที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ที่มีส่วนทำให้การศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี

ฉวีวรรณ กลิ่นหอม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	8
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	8
2.2 โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy).....	17
2.3 ปัญหาด้านการใช้ยา (Drugs related problems, DRPs).....	20
2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	22
2.5 การทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review).....	27
2.6 สุนทรียปริศนีย์ (Appreciative Inquiry).....	29
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรม (KAP).....	33
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35

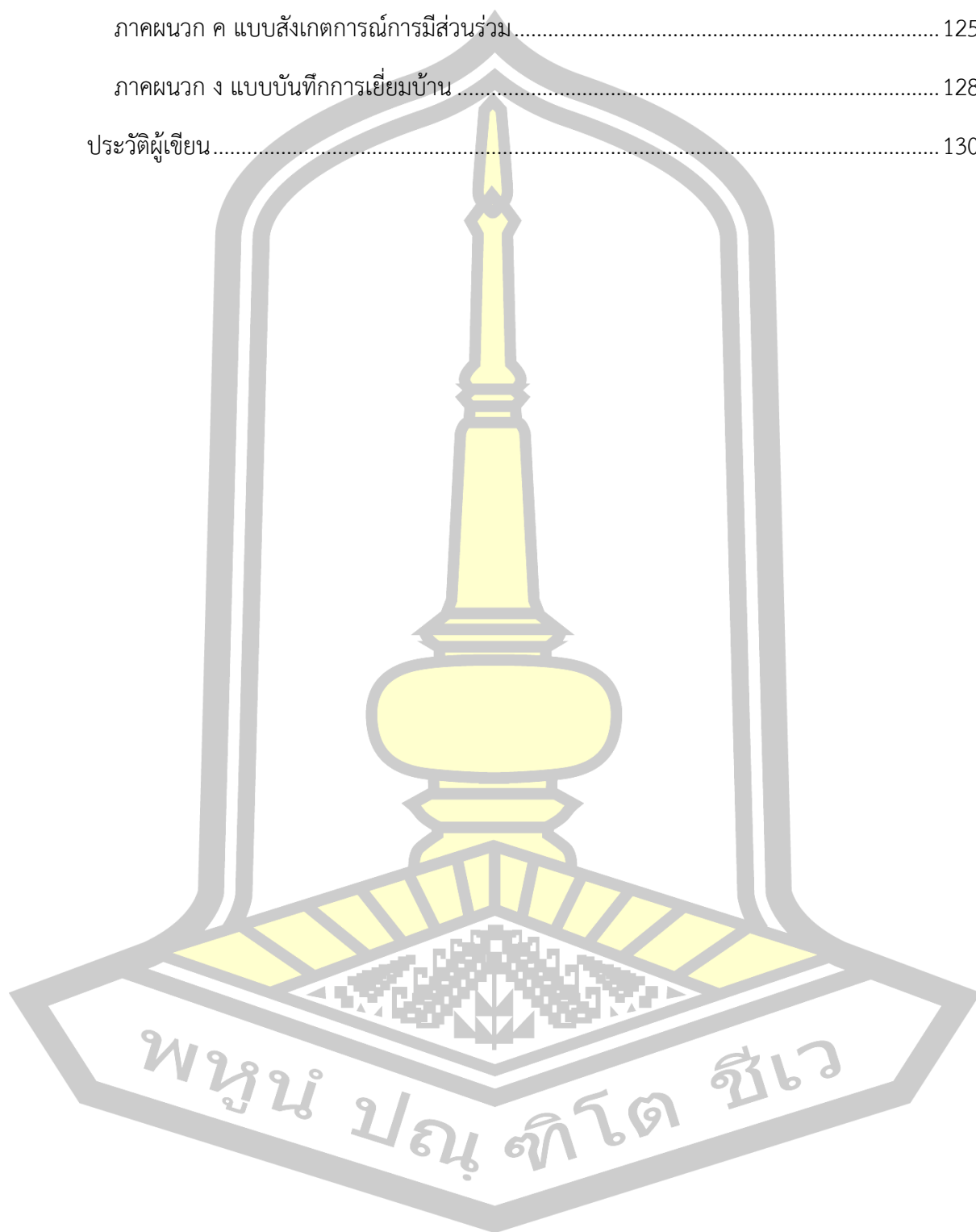
2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	44
3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	44
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	53
3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....	54
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	58
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	58
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	60
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
4.4 กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม.....	75
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	94
5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	95
5.2 สรุปผลการวิจัย.....	95
5.3 อภิปรายผล.....	102
5.4 ข้อเสนอแนะ.....	105
บรรณานุกรม.....	107
ภาคผนวก.....	112
ภาคผนวก ก ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	113

ภาคผนวก ข แผนปฏิบัติการจัดกิจกรรมและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน..... 123

ภาคผนวก ค แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วม..... 125

ภาคผนวก ง แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน..... 128

ประวัติผู้เขียน..... 130

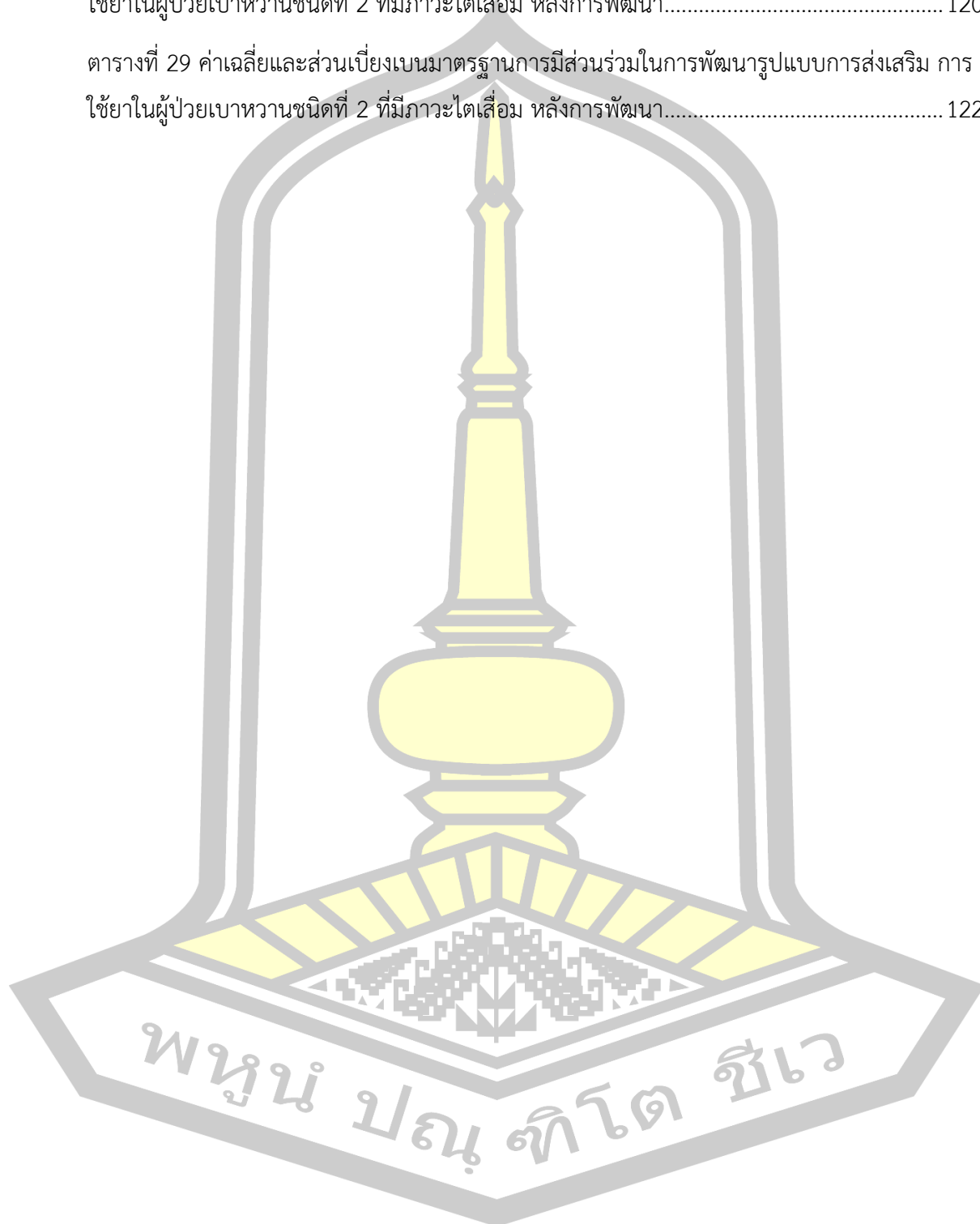


สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ HbA1C เพื่อการวินิจฉัย	12
ตารางที่ 2 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ของอัตราการกรองของไต	19
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	64
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	66
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม	68
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา	70
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และระดับคะแนนการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา	71
ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการพัฒนา	71
ตารางที่ 9 แผนงาน (Action Plan).....	77
ตารางที่ 10 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามแผนงาน	79
ตารางที่ 11 แสดงสิ่งที่สะท้อนผลจากการดำเนินกิจกรรม.....	82
ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา.....	86
ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา.....	87
ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา.....	87

ตารางที่ 15 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา.....	88
ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา.....	88
ตารางที่ 17 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา	89
ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา	89
ตารางที่ 19 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา.....	90
ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา.....	90
ตารางที่ 21 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา.....	91
ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	91
ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	92
ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง จำแนกเป็นรายข้อ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=99).....	114
ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วย จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง จำแนกรายข้อ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=99).....	115
ตารางที่ 26 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายข้อ.....	117
ตารางที่ 27 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายข้อ	119

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการ ใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการพัฒนา.....	120
ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม การ ใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการพัฒนา.....	122



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	43
รูปภาพที่ 2 Framework Diagram ของรูปแบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับ บริการในคลินิกเบาหวาน	73
รูปภาพที่ 3 PCHK model รูปแบบการส่งเสริมการเข้ายาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในคลินิกเบาหวาน.....	85



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวน 425 ล้านคนทั่วโลก อายุระหว่าง 20-79 ปี และคาดว่าภายในปี ค.ศ. 2045 จะเพิ่มเป็น 629 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2017) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวานถึงร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2557 โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2552 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (วิชัย เอกพลากร, 2557) มีผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 23.7 ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาต่อเนื่อง การรักษามีจุดประสงค์และเป้าหมายชัดเจน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การบรรลุผลลัพธ์ดังกล่าว ต้องการทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันให้การดูแลรักษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา สร้างทักษะการกิน การอยู่ที่ถูกต้อง โน้มน้าวสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง กิจกรรมเหล่านี้นอกจากได้ประโยชน์ในการรักษาแล้ว ยังเกิดประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน และส่งเสริมสุขภาพด้วย ภาวะไตเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานสังเกตได้จากอาการต่าง ๆ ได้แก่ การตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ ความดันโลหิตสูง ข้อมเท้าบวม ขาบวม มีระดับครีเอตินินในเลือดสูง อ่อนเพลีย และมีภาวะโลหิตจาง (National Kidney Foundation, 2015)

ข้อมูลจากการรายงานผลการลงทะเบียนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report) ในปี 2559-2562 จากหน่วยไตเทียมในประเทศ พบว่า สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตจากสถานพยาบาลที่ให้ บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 44.0 อันดับสองรองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.9 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 20.0 - 40.0 มีโอกาสเกิดภาวะโรคไตเรื้อรัง (Diabetic Kidney Disease, DKD) และมักมีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) และ

เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ในที่สุด เมื่อความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น โรคไตจากเบาหวานจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ (สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ และคณะ, 2558) โรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 เป็นภาวะที่มีการทำลายของไตและมีอัตราการกรองของไต ลดลงปานกลาง กลุ่มนี้ถ้าดูแลตนเองไม่ดี ภายใน 4-7 ปี จะเข้าสู่ระยะ 4 และ 5 และเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตที่ค่าใช้จ่ายสูงเฉลี่ย 20,000-30,000 บาทต่อคนต่อเดือน หรือ เฉลี่ย 240,000 บาทต่อคนต่อปีในประเทศไทย (ธิดารัตน์ อภิญา และคณะ, 2559)

นอกจากนั้นข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี รายงานตามตัวชี้วัดระดับกระทรวงของงาน NCD Clinic ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังรายใหม่ ปี 2560 ร้อยละ 28.79 ปี 2561 ร้อยละ 25.63 และปี 2562 ร้อยละ 23.53 ข้อมูลของโรงพยาบาลโพธิ์ไทร รายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังรายใหม่ ปี 2560 - 2562 คิดเป็นร้อยละ 28.12 27.56 และ 14.36 ตามลำดับ ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการซึ่งบันทึกในโปรแกรมระบบการให้บริการผู้ป่วย (Hospital Information System) ของโรงพยาบาลโพธิ์ไทร ปี 2562 มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะที่ 3 จำนวน 196 คน โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 63 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 18 คน และผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 133 คน สำหรับข้อมูล รายงานการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-4 พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ ค่าอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR) < 4 ml/min/1.73 m²/yr ภาพรวมจังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูลปี 2560 ร้อยละ 60.53 ปี 2561 ร้อยละ 60.60 และปี 2562 ร้อยละ 56.71 ส่วนข้อมูลโรงพยาบาลโพธิ์ไทร ปี 2560 - 2562 คิดเป็นร้อยละ 54.84 61.32 และ 63.14 ตามลำดับ ในปี 2562 ข้อมูลรายงานตามตัวชี้วัดของ NCD Clinic plus ข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย ภาพรวมจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 41.11 ข้อมูลโรงพยาบาลโพธิ์ไทร ร้อยละ 33.27 (โรงพยาบาลโพธิ์ไทร, 2562)

ผลกระทบของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อย่างมีประสิทธิภาพอาจจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจากการรักษา ซึ่งจะเป็นผลเสียแก่คนไข้ได้ ดังนั้นเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตก็อาจจะขึ้นกับอายุ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ตลอดจนโรคประจำตัวของผู้ป่วย โดยทั่วไปจะแนะนำให้ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) น้อยกว่า 7% นอกจากนี้การควบคุมความดันโลหิตก็จะมีส่วนอย่างมากในการป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยทั่วไปมักจะแนะนำให้ความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 130 มม.ปรอท และความดันโลหิตตัวล่างไม่เกิน 80 มม.ปรอท ในกรณีของผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะการทำงานของไตเสื่อม พบว่าการควบคุมระดับความ

ดันโลหิตอย่างเข้มงวดจะมีประโยชน์ มากกว่าการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวด นอกจากนี้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีไขว้ขาวรั่วออกมาในปีสภาวะ การใช้ยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม ACEI (angiotensin-converting enzyme inhibitors) หรือ ARB (angiotensin receptor blockers) จะสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ ซึ่งการใช้ยาเหล่านี้ก็ควรต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ (วรรณินิธิยานันท์ และคณะ, 2560)

ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญ และมีความจำเป็นมากในการลดความรุนแรง ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนบางชนิดไม่ให้เกิดขึ้นได้ จากการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 250 คน ที่รับบริการที่คลินิกเบาหวาน เดือนสิงหาคม 2562 พบว่ามีผู้ป่วยปรับลดยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่งจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2 ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและหยุดยาเอง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ผู้ป่วยกินยาไม่ครบทุกตัว จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 ผู้ป่วยกินยาเดิมต่อไปโดยไม่ได้รับขนาดยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ จากบุคลากรสาธารณสุขได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและคอยช่วยเหลือเพื่อให้มีการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ดังนั้นจำเป็นต้องดำเนินการในหลายด้านตามปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลัก ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน การจัดการด้านยา อาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอพือไทร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนที่จะดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบกระบวนการดำเนินงานร่วมกันโดยสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ทำการตรวจรักษาและสั่งยา ปรับยาตามสภาวะอาการของผู้ป่วย เภสัชกรให้คำแนะนำด้านการใช้ยา และค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม พยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่อาจจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา รวมถึงปัญหาการขาดนัดของผู้ป่วย และนักโภชนาการเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเข้าสู่ระยะที่ 3 จะได้รับคำแนะนำแบบรายบุคคลจากพยาบาลวิชาชีพในคลินิกชะลอไตเสื่อม ซึ่งในรูปแบบกระบวนการดำเนินงานนี้ ยังขาดการติดตามและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และขาดการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวที่มีส่วนในการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพและสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย

เบาหวานเพื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม และมีแนวโน้มที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในด้านของการใช้ยาของผู้ป่วยเภสัชกรให้คำแนะนำและทบทวนความเข้าใจการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง แต่ยังไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านและค้นหาปัญหาการมียาเหลือที่บ้าน การใช้ยาอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล และการปรับยาเองของผู้ป่วย จากผลการศึกษาด้านการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ของ สุรพร ศุภโรจนอุดม (2560) เพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหาการใช้ยา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยามากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้ โดยการใช้วงรอบ P-A-O-R ซึ่งเป็นกระบวนการดำเนินงานที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยขั้นตอนแรกคือ การวางแผน (Planning) ออกแบบกิจกรรมที่จะให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการหาแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน จากนั้นดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดขึ้น ซึ่งเป็นขั้นตอนปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนต่อไปคือ การสังเกต (Observation) และติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางที่ได้วางไว้ รวมถึงการสังเกตและบันทึกติดตามการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน และขั้นตอนสุดท้ายของวงรอบคือ การสะท้อนผล (Reflection) เป็นการถอดบทเรียนและสะท้อนข้อมูลที่ได้รับจากการดำเนินงานและการสังเกตการมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ได้ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงเริ่มวางแผนใหม่ในวงรอบต่อไป จากบริบทและสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะปัญหาคล้ายเคียงกับผลการศึกษาของ สุรพร ศุภโรจนอุดม (2560) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นผลมาจากมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน อันเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภค และส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพันธุกรรม การแก้ไขปัญหาด้วยการใช้ความร่วมมือในการดูแลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรวมทั้งตัวผู้ป่วยเบาหวานเองอาจจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ดีขึ้นมากกว่าเดิม ผู้วิจัยเองเป็นหนึ่งในทีมผู้ให้บริการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม จึงเห็นว่าควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยและคุณภาพการให้บริการที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมมีการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงจะจูงกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะที่ 3 โดยใช้การพัฒนารูปแบบและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและกระบวนการวิจัยแบบ Action Research ดำเนินการตามขั้นตอน Planning Action Observation และ Reflection (PAOR) ตามทฤษฎีของ Kemmis, S & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) ทั้งในด้านการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไต การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมถึงการค้นหาปัญหาด้านการใช้ยา เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและชะลอภาวะไตเสื่อมไม่ให้รุนแรงมากขึ้นได้ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นทีมสหวิชาชีพ

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาดังนี้

1.4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.4.1.1 ประชากร

- 1) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในครอบครัว
- 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลโพธิ์ไทร
- 4) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน เภสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกชะลอไตเสื่อมและนักโภชนาการ

1.4.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

- 1) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ที่อยู่ในเขตเทศบาลโพธิ์ไทร ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) จำนวน 15 คน
- 2) กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ระยะ 3 ในข้อ 1) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) จำนวน 15 คน
- 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลโพธิ์ไทร จำนวน 10 คน
- 4) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ เภสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกชะลอไตเสื่อม และนักโภชนาการ

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการศึกษา พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีระยะเวลาในการทำการศึกษาดังนี้ ตั้งแต่ เดือนมกราคม - กันยายน พ.ศ. 2563

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 มี eGFR 30-59 mL/min/1.73m²

ปัญหาด้านการใช้ยา (Drugs related problems) หมายถึง ปัญหาเกี่ยวกับยา 8 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (untreated indications) 2) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection) 3) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (subtherapeutic dosage) 4) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (failure to receive medication) 5) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (overdosage) 6) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions) 7) ผู้ป่วยเกิดอันตรรกิริยาระหว่างยา (drug interactions) และ 8) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (medication use without indication)

การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง การกำกับดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง การจัดอาหารที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่าง ๆ

ภาวะไตเสื่อม หมายถึง การที่ไตมีความเสียหายมานานกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของไต

การพัฒนารูปแบบ หมายถึง กระบวนการสร้างหรือพัฒนาแนวทาง แบบจำลอง ตลอดจนการทดสอบรูปแบบที่ดีในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพดีขึ้น

การส่งเสริมการใช้ยา หมายถึง กิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดความตระหนักรู้ต่อการใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา และเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วย

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ในโรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 2.2 โรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy)
- 2.3 ปัญหาด้านการใช้ยา (Drugs related problems, DRPs)
- 2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.5 การทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review)
- 2.6 สุนทรียปริศนีย์ (Appreciative Inquiry)
- 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP)
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรค

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM)
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2DM)
3. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM)
4. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (specific types of diabetes due to other causes)

การระบุชนิดของโรคเบาหวาน อาศัยลักษณะทางคลินิกเป็นหลัก หากไม่สามารถระบุได้ชัดเจนในระยะแรก ให้วินิจฉัยตามความโน้มเอียงที่จะเป็นมากที่สุด (provisional diagnosis) และระบุชนิดของโรคเบาหวาน ตามข้อมูลที่มีเพิ่มเติมภายหลัง ในกรณีที่จำเป็นและ/หรือสามารถทำได้ อาจยืนยันชนิดของโรคเบาหวานด้วยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ, 2560)

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM) เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยผ่านขบวนการ cellular-mediated ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อย รูปร่างไม่อ้วน มี

อาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก) ซึ่งในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรด จากสารคีโตน (Ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรค หรือมีการดำเนินโรคช้า ๆ จากระดับน้ำตาล ที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะ Ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่น ซึ่งมักจะพบการดำเนินโรค ในกรณีหลังนี้ในผู้ใหญ่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนคือ พบระดับ ซี-เปปไทด์ (C-peptide) ในเลือดต่ำหรือวัดไม่ได้เลย และ/หรือ ตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อส่วนของเซลล์ไอส์เล็ต ได้แก่ islet cell autoantibody, antibody ต่อ อินซูลิน, GAD65, tyrosine phosphatases IA-2 and IA-2 β , และ ZnT8 (zinc transporter 8) เบาหวานชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับ HLA DQA DQB ซึ่งการตรวจพบ autoantibody ต่าง ๆ ในญาติพี่น้องของผู้ป่วย แต่ยังไม่เกิดภาวะเบาหวาน สามารถพยากรณ์การเกิดโรคในบุคคลนั้น ๆ ว่ามีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ได้ (ถ้ามี autoantibody ตั้งแต่สองตัวขึ้นไป จะมีโอกาสการเกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ 70 ในเวลา 10 ปี และร้อยละ 84 ในเวลา 15 ปี ทำให้การเฝ้าระวังการเกิดโรคสามารถทำได้ดียิ่งขึ้น (American Diabetes Association, 2017) ในบางกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อาจจะพบร่วมกับโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติชนิดอื่น ๆ เช่น Hashimoto's thyroiditis, Graves' disease, pernicious anemia, autoimmune hepatitis, vitiligo หรือ celiac disease สำหรับ idiopathic type 1 diabetes คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือน autoimmune type 1 diabetes แต่ไม่พบภาวะภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติดังกล่าวข้างต้น พบได้ในกลุ่มประชากรในทวีปเอเชีย และ แอฟริกา นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่ต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลินตลอดไปได้ ในกลุ่มนี้จะไม่มีความสัมพันธ์กับ HLA ชนิดต่าง ๆ แต่จะมีประวัติครอบครัวที่ชัดเจน

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ 95.0 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (Relative Insulin Deficiency) มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายในคนเอเชีย 3 กก./ม.²) อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานทั้งสองชนิดสามารถมีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 1 และ 2 สามารถพบได้ในเด็กและผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บางรายสามารถเกิดภาวะ Diabetic Ketoacidosis ได้ทำให้การวินิจฉัยจากอาการแสดงทางคลินิกในช่วงแรกทำได้

ยาก และต้องใช้การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น การตรวจระดับ antibody หรือ C-peptide และใช้การติดตามผู้ป่วยในระยะต่อไปร่วมด้วย

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดจากการที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ จากปัจจัยจาก รก หรือ อื่น ๆ และตับอ่อนของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการได้ สามารถตรวจพบ จากการทำ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ในหญิงมีครรภ์ในไตรมาสที่ 2 หรือ 3 โดยจะตรวจที่อายุ ครรภ์ 24-28 สัปดาห์ด้วยวิธี “one-step” ซึ่งเป็นการทำการตรวจครั้งเดียวโดยใช้ 75 กรัม OGTT หรือ “two-step” ซึ่งจะทำการตรวจกรองด้วย 50 กรัม Glucose Challenge Test แล้วตรวจยืนยันด้วย 100 กรัม OGTT โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์นี้มักจะ หายไปหลังคลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่พบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 126 มก./ดล.หรือมีค่า HbA1C 6.5% ในไตรมาสที่ 1 จะจัดอยู่ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานอยู่เดิมแล้วก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ ชนิดที่ 2 หรือ อาจจะเป็นเบาหวานชนิดอื่น ๆ เช่น MODY ได้ การวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นเบาหวานชนิดใด มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ให้เหมาะสม

โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของ ต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิด เบาหวาน (สารัช สุนทรโยธิน และ ธิติ สนับบุญ, 2554)

1. โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุกรรมเดี่ยวที่ควบคุมการทำงานของเบต้าเซลล์ คือ Maturity-onset diabetes in the young (MODY) หลากหลายรูปแบบและความผิดปกติของ Mitochondrial DNA เช่น

- MODY 3 มีความผิดปกติของ Chromosome 12 ที่ HNF-1 alpha
- MODY 2 มีความผิดปกติของ Chromosome 7 ที่ glucokinase
- MODY 1 มีความผิดปกติของ Chromosome 20 ที่ HNF-4 alpha
- Transient neonatal diabetes (most commonly ZAC/HYAMI imprinting defect บน chromosome 6q24)
- Permanent neonatal diabetes (most commonly KCNJ11 gene encoding Kir 6.2 subunit ของ β -cell KATP channel) โรคนี้สามารถรักษาได้ด้วย sulfonylurea
- Neonatal diabetes มักจะเกิดขึ้นภายในอายุ 6 เดือนแรก ซึ่งจะแตกต่างจากเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งมัก จะพบในอายุมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2. โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุกรรมที่ควบคุมการทำงานของอินซูลิน เช่น Type A insulin resistance, Leprechaunism, Lipoatrophic diabetes, Rabson-Mendenhall syndrome

3. โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคที่ตับอ่อน เช่น hemochromatosis, cystic fibrosis ตับอ่อนอักเสบ ถูกตัดตับอ่อน และ fibrocalculous pancreatopathy เป็นต้น

4. โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของต่อมไร้ท่อ เช่น acromegaly, Cushing syndrome, pheochromocytoma, hyperthyroidism, glucagonoma, aldosteronoma

5. โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมีบางชนิด เช่น pentamidine, glucocorticoids, phenytoin, gamma-interferon, nicotinic acid, diazoxide, vacor

6. โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคติดเชื้อ เช่น congenital rubella, cytomegalovirus

7. โรคเบาหวานที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย เช่น anti-insulin receptor antibodies, Stiff-man syndrome

8. โรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่างๆ เช่น Down syndrome, Turner syndrome, Klinefelter syndrome, Prader-Willi syndrome, Friedrich ataxia, Huntington chorea, myotonic dystrophy, porphyria

2.1.1 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้ (วรณัฏ นิธิยานันท์ และคณะ, 2560)

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 วิธีนี้มักใช้ในงานวิจัย เนื่องจากผลการตรวจมีความไว (sensitivity) แต่ความจำเพาะ (specificity) ไม่ดีนัก อาจคลาดเคลื่อนได้

4. การตรวจวัดระดับ HbA1C ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้ นิยมใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน ดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน

ควรตรวจเลือดซ้ำโดยวิธีเดิมอีกครั้งหนึ่ง ต่างวันกันเพื่อยืนยันและป้องกันความผิดพลาดจากการตรวจห้องปฏิบัติการ รายละเอียดการแปลผลระดับ พลาสมากลูโคสและ HbA1C สรุปไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ HbA1C เพื่อการวินิจฉัย

ปกติ	ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มความเสี่ยง การเป็นโรคเบาหวาน		โรคเบาหวาน
	impaired fasting glucose (IFG)	impaired glucose tolerance (IGT)	
พลาสมากลูโคสขณะอด อาหาร (FPG)	<100 มก./ดล.	100-125 มก./ดล.	≥126 มก./ดล.
พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม 2 h-PG (OGTT)	<140 มก./ดล.		140-199 มก./ดล. ≥200 มก./ดล.
พลาสมากลูโคสที่เวลาใด ๆ ในผู้ที่มีอาการชัดเจน			≥200 มก./ดล.
ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C)	<5.7 %	5.7-6.4 %	≥6.5%

ที่มา : วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ (2560)

2.1.2 เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวาน คือ

1. รักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
3. ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง
4. ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ
5. สำหรับเด็กและวัยรุ่นให้มีการเจริญเติบโตสมวัยและเป็นปกติ

การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรกระทำตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และควรกำหนดเป้าหมายให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน การมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังความเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมและความรุนแรง รวมทั้งการเกิดผลกระทบบจากภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ทั้งนี้ควรให้การรักษابرลุเป้าหมายโดยเร็ว

1. ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเวลาไม่นาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลาคือการควบคุมเข้มงวด

มาก เป้าหมาย HbA1C <6.5% แต่ไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเข้มงวดมากคือเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปเป้าหมายการควบคุมคือ HbA1C <7.0%

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยหรือรุนแรง ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง หรือมีโรคร่วมหลายโรค เป้าหมายระดับ HbA1C ไม่ควรต่ำกว่า 7.0%

3. ผู้สูงอายุ (อายุ >65 ปี) ควรพิจารณาภาพโดยรวมของผู้ป่วย และแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มเพื่อกำหนดเป้าหมายในการรักษา คือ

3.1 ผู้ป่วยสูงอายุที่สุขภาพดีไม่มีโรคร่วม ให้ควบคุมในระดับเข้มงวดคือใช้เป้าหมาย HbA1C < 7.0%

3.2 ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ (Functionally Independent) และมีโรคร่วม (Comorbidity) อื่นๆ ที่ต้องได้รับการดูแลร่วมด้วย เป้าหมาย HbA1C 7.0-7.5%

3.3 ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลใกล้ชิดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Functionally Dependent) การบริหารยาไม่ควรยุ่งยาก เป้าหมาย HbA1C 7.0-8.0% เลือกใช้ยาที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

3.3.1 ผู้ป่วยที่สภาพร่างกายไม่แข็งแรง เปราะบาง (Frailty) มีโอกาสที่จะล้มหรือเจ็บป่วยรุนแรง ควรหลีกเลี่ยงยาที่ทำให้เกิดการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาจให้ระดับ HbA1C สูงได้ถึง 8.5%

3.3.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดขั้นรุนแรง ควรหลีกเลี่ยงยาที่ทำให้ระดับน้ำตาลต่ำในเลือด อาจให้ระดับ HbA1C สูงได้ถึง 8.5%

4. ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี (Life Expectancy <1 ปี) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยอย่างมาก หรือเป็นโรคมะเร็ง (ระยะสุดท้าย) การรักษาโรคเบาหวาน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและไม่เกิดอาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ให้ได้รับการดูแลที่บ้านที่ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย ไม่กำหนดระดับ HbA1C ในกรณีผู้ป่วยเบาหวานเด็กและวัยรุ่นมีเป้าหมายของการรักษาให้ระดับ HbA1C <7.5%

นอกจากนี้ควรควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งเสริมการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานให้ได้ ตามเป้าหมายหรือใกล้เคียงที่สุด 1-3 ได้แก่ น้ำหนักตัวและเส้นรอบเอว ควบคุมระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ ความดันโลหิตสูง การงดสูบบุหรี่ และให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอ

2.1.3 การประเมินการเกิดภาวะหรือโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน

ควรประเมินผู้ป่วยเพื่อหาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และประเมินผู้ป่วยทุกรายว่ามีภาวะหรือโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานหรือไม่ หากยังไม่พบควรป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น ถ้าตรวจพบภาวะหรือโรคแทรกซ้อนในระยะต้น สามารถให้การรักษาเพื่อให้ดีขึ้นหรือชะลอการดำเนินของโรคได้

นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ควรจะประเมินปัจจัยเสี่ยง และตรวจหาภาวะหรือโรคแทรกซ้อนเป็นระยะดังนี้

1. ตรวจร่างกายอย่างละเอียดรวมทั้งการตรวจเท้าอย่างน้อยปีละครั้ง
2. ตรวจตาปีละ 1 ครั้ง
3. ตรวจฟันและสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง
4. ตรวจระดับไขมันในเลือดปีละ 1 ครั้ง (หากปกติ)
5. ตรวจปัสสาวะและ albuminuria (microalbuminuria) หรือ urine albumin/creatinine ratio ปีละ 1 ครั้ง
6. เลิกสูบบุหรี่ ผู้ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ไม่แนะนำให้ดื่มแอลกอฮอล์ หากจำเป็น เช่น ร่วมงานสังสรรค์ควรดื่มในปริมาณ จำกัดคือ ไม่เกิน 1 ส่วน สำหรับผู้หญิง หรือ 2 ส่วน สำหรับผู้ชาย (1 ส่วน เท่า วิสกี้ 45 มล. หรือ ไวน์ 150 มล. หรือเบียร์ชนิดอ่อน 330 มล.)
7. ประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว

2.1.4 โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน

จุดประสงค์เพื่อให้เข้าใจหลักการและวิธีการค้นหาความเสี่ยงการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังอันเนื่องมาจากเบาหวาน รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (Diabetic Ketoacidosis, DKA) ภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก (Hyperosmolar Hyperglycemic State, HHS) ให้รู้และเข้าใจสาเหตุของการเกิด วิธีการป้องกันและการแก้ไข โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่ตา ไต ระบบประสาท ปัญหาที่เท้าจากเบาหวาน ให้รู้และเข้าใจปัจจัยที่ทำให้เกิดและการป้องกัน โรคที่มักพบร่วมกับเบาหวาน เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ความเกี่ยวข้องกับเบาหวาน ให้รู้และเข้าใจวิธีป้องกันและการแก้ไข

2.1.5 การรักษาเบาหวานในผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง

เป้าหมายในการควบคุมเบาหวานในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

1. โดยทั่วไปแนะนำให้ควบคุมเบาหวานให้ระดับ HbA1C ประมาณ 7.0% เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากหลอดเลือดเล็ก รวมถึงชะลอการเพิ่มระยะโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน

2. ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ไม่ควรควบคุมเบาหวานให้ HbA1C <7.0%

3. ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคหรือคาดว่าจะมีช่วงชีวิตสั้น อาจลดเป้าหมายการควบคุมเบาหวาน ให้ HbA1C มากกว่า 7.0%

4. ในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย hemodialysis ต่อเนื่อง ควรพิจารณาเป้าหมายของ HbA1C เฉพาะราย ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด อาจต้องลดยารักษาเบาหวาน ถ้า HbA1C <7.5%

2.1.6 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง

1. เป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง ควรพิจารณาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ (Life Expectancy) หรือ อายุขัย โรคร่วมต่าง ๆ รวมถึงโรคหัวใจ และหลอดเลือด และความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยมีหลักเกณฑ์ ทั่วไปดังนี้

1.1 ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (Preprandial Capillary Plasma Glucose) ที่ระดับ 80-130 mg/dL (4.4-7.2 mmol/L) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ผู้ป่วยที่มี Albumin Excretion Rate (AER) น้อยกว่า 300 mg/day และไม่มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ใกล้ค่าต่ำของระดับที่แนะนำ ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ผู้ป่วยที่มี AER มากกว่า 300 mg/day หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรควบคุมระดับน้ำตาลให้ค่อนข้างสูงของระดับที่แนะนำ

1.2 ระดับน้ำตาลสูงสุดหลังอาหาร (Peak Postprandial Capillary Plasma Glucose) น้อยกว่า 180 mg/dL (น้อยกว่า 10.0 mmol/L)

1.3 เป้าหมายระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ประมาณร้อยละ 7.0 ในผู้ป่วยบางรายอาจพิจารณาระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวดเพื่อให้ใกล้เคียงค่าปกติ (HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 6.5) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานไม่นาน คาดว่ามีอายุขัยยืนยาว ไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวด ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายควรลดความเข้มงวดของการคุมระดับน้ำตาล (เป้าหมาย HbA1C ร้อยละ 7-8) ได้แก่ ผู้ที่เคยมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงหรือไม่มีการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ดีพอ ผู้ที่คาดว่าจะมีอายุขัยไม่นาน เป็นเบาหวานมานาน มีโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือ อาการแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดขนาดเล็กที่เป็นมากแล้ว หรือมีโรคอื่น ๆ ที่รุนแรงร่วมด้วย

2. การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

2.1 กลุ่ม Biguanides (Metformin) สามารถใช้ยา Metformin เมื่อ eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 45 mL/min/1.73m² แต่ควรทบทวนหรือระงับการใช้ยาเมื่อ eGFR อยู่ในช่วง

30-44 mL/min/1.73m² และไม่ควรใช้ยาหรือควรหยุดการใช้ยา Metformin เมื่อ eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m²

2.2 กลุ่ม Sulfonylureas สามารถใช้ได้แต่ควรเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากการกำจัดยาตกลงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 จึงควรเริ่มยาที่ขนาดต่ำ

2.2.1 Glibenclamide ไม่แนะนำให้ใช้ถ้า eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m²

2.2.2 Glipizide และ Gliclazide สามารถใช้ได้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยไม่ต้องปรับขนาดยา แต่ต้องระวังในผู้ป่วยที่ eGFR น้อยกว่า 10 mL/min/1.73m²

2.3 กลุ่ม Alpha-glucosidase Inhibitors ไม่แนะนำให้ใช้ Acarbose ถ้า eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m² และไม่แนะนำให้ใช้ Miglitol ถ้า eGFR น้อยกว่า 25 mL/min/1.73m²

2.4 กลุ่ม Meglitinides Repaglinide และ Nateglinide สามารถใช้ได้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่ eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m² ควรเริ่มยาที่ขนาดต่ำ (Repaglinide 0.5 mg/day หรือ Nateglinide 60 mg/day) และเพิ่มขนาดยาช้า ๆ ด้วยความระมัดระวัง

2.5 กลุ่ม Thiazolidinediones สามารถใช้ได้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยไม่ต้องปรับขนาดยา แต่ต้องระวังภาวะบวม และหัวใจวายจากการที่มีเกลือและน้ำคั่ง และมีรายงานความสัมพันธ์กับอัตราการกระดูกหักเพิ่มขึ้น จึงอาจต้องระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความแข็งแรงของกระดูก

2.6 กลุ่ม Dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors สามารถใช้ยากกลุ่มนี้ได้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่การทำงานของไตลดลงมาก โดยการปรับลดขนาดยา ได้แก่ Sitagliptin Saxagliptin และ Vildagliptin มีเพียงยา Linagliptin เท่านั้นสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องปรับลดขนาดยา ขนาดยาปกติของ Sitagliptin คือ 100 mg/day แนะนำให้ลดขนาดยาเหลือร้อยละ 50 ของขนาดยาปกติ (50 mg/day) เมื่อ eGFR อยู่ในช่วง 30-50 mL/min/1.73m² และลดขนาดยาเหลือร้อยละ 25 (25 mg/day) เมื่อ eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m² ส่วนยา Vildagliptin แนะนำให้ใช้ขนาดยา 50 mg/day เมื่อ eGFR น้อยกว่า 50 mL/min/1.73m² และ Saxagliptin ใช้ขนาดยา 2.5 mg/day เมื่อ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 mL/min/1.73m²

2.7 กลุ่มอินซูลิน (Insulins) เป็นยาที่ใช้เริ่มต้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หรืออาจใช้ในเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก (HbA1C มากกว่า 10% หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาก่อนอาหารเช้ามากกว่า 250 mg/dL หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาจากการสุ่มตรวจ (random) มากกว่า 300 mg/dL) หรือสามารถใช้อินซูลินร่วมกับยารับประทาน ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายด้วยยารับประทาน 2 ชนิด นอกจากนี้ อินซูลินเป็นยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะเมื่อการทำงานของไตลดลงอย่างมาก (eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m²) อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับลดขนาดของยาจากปริมาณเดิม

ที่ใช้เมื่อการทำงานของไตลดลง โดยคำแนะนำทั่วไป ได้แก่ ควรลดขนาดยาอินซูลินร้อยละ 25 เมื่อ GFR อยู่ในช่วง 10-50 ml/min/1.73m² และลดขนาดลงร้อยละ 50 เมื่อ GFR น้อยกว่า 10 ml/min/1.73m² รวมทั้งควรเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เป็นระยะ (สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ และคณะ, 2558)

ในการศึกษาวิจัยนี้ การทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การวินิจฉัยและการรักษา โรคเบาหวาน รวมถึงการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน จะนำไปสู่การเพิ่มพูน และเสริมสร้างองค์ความรู้ให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และนำไปสู่การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและเป้าหมายในการรักษาโรค เร็วขึ้น

2.2 โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy)

อุบัติการณ์และการดำเนินโรคของโรคไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางพันธุกรรม โรคไตจากเบาหวานระยะเริ่มแรกตรวจพบได้ โดยการตรวจอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) ระดับอัลบูมินในปัสสาวะที่ผิดปกติคือมีค่าตั้งแต่ 30 มก. ต่อวัน หรือ 30 มก.ต่อกรัมครีเอตินิน การตรวจปัสสาวะโดยใช้ dipstick จะให้ผลบวกต่อเมื่อค่าอัลบูมิน ในปัสสาวะมากกว่า 300 มก.ต่อวัน หรือ 300 มก.ต่อกรัมครีเอตินิน ดังนั้นการตรวจปัสสาวะด้วย dipstick จึงไม่ไวพอสำหรับการวินิจฉัยโรคไตจากเบาหวานระยะเริ่มแรก (วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ, 2560)

2.2.1 แนวทางการคัดกรองและการวินิจฉัยโรคไตจากเบาหวาน

การคัดกรองหาโรคไตจากเบาหวานมีแนวทางคือ คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เป็นโรคนานเกิน 5 ปี สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคควรได้รับการตรวจหาโรคไตจากเบาหวาน และหลังจากนั้นควรตรวจตามที่แพทย์แนะนำ หรือปีละ 1 ครั้ง วิธีการตรวจ Albuminuria ที่แนะนำ โดยให้เก็บปัสสาวะในเวลาเช้าตรวจหา Urinary Albumin Creatinine Ratio (Alb/Cr) ถ้า Alb/Cr = 30-299 มก./กรัม ควรตรวจซ้ำอีก 1-2 ครั้งในเวลา 3-6 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานบางรายสามารถกลับมาเป็นปกติ ควรประเมินค่าประมาณอัตราการกรองของไต (estimated GFR, eGFR) โดยคำนวณจากค่า Serum Creatinine ทุกปี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การพบ Albuminuria หรือการทำงานของไตลดลงอาจมีสาเหตุอื่น นอกเหนือจาก Diabetic Nephropathy

2.2.2 แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษาโรคไตจากเบาหวาน

1. ระยะที่ยังไม่พบ Albuminuria

1.1 ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงค่าปกติเท่าที่สามารถทำได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย พบว่าสามารถลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดโรคไต

1.2 ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดโรคไตจากเบาหวานได้

1.3 ยาลดความดันโลหิตกลุ่มที่ยับยั้งระบบเร็นนิน แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin System Inhibition) เช่น Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) หรือ Angiotensin II Receptor Blocker (ARB) สามารถป้องกันการเกิด albuminuria ได้ดีกว่ายาอื่น

2. ระยะที่ตรวจพบ albuminuria 30-299 มก./กรัมครีอะตินีน

2.1 ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงค่าปกติเท่าที่สามารถทำได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย พบว่าสามารถชะลอการเสื่อมสมรรถภาพของไต หรือลดปริมาณ albuminuria หรือกลับเป็นปกติ

2.2 ควบคุมระดับความดันโลหิตใกล้เคียงปกติ สามารถชะลอการเสื่อมสมรรถภาพของไตในผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวาน จึงแนะนำให้ลดความดันโลหิตในเป้าหมายเดียวกันกับผู้ป่วยโรคไตที่ตรวจพบ urine protein คือให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

2.3 ยาลดความดันโลหิตกลุ่มที่ยับยั้งระบบเร็นนิน แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin System Inhibition) เช่น Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) หรือ Angiotensin II Receptor Blocker (ARB) มีส่วนช่วยชะลอการเพิ่มขึ้นของปริมาณโปรตีนในปัสสาวะและการเสื่อมสมรรถภาพของไตได้ดีกว่ายาอื่น ไม่แนะนำให้ใช้ยา 2 กลุ่มนี้ร่วมกัน เนื่องจากเพิ่มโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการชะลอการเสื่อมของไต

พหุบัณฑิต ชีวะ

2.2.3 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ของอัตราการกรองของไต

ตารางที่ 2 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ของอัตราการกรองของไต

ระยะของโรคไตเรื้อรัง	อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)
ระยะที่ 1	>90
ระยะที่ 2	60-89
ระยะที่ 3a	45-59
ระยะที่ 3b	30-44
ระยะที่ 4	15-29
ระยะที่ 5	<15

ที่มา : แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560

หมายเหตุ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 6 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง (เครื่องซัคดี วารีแสงทิกซ์ และคณะ, 2560)

2.2.4 การติดตามระดับการทำงานของไต

ควรมีการติดตามระดับการทำงานของไตโดยการตรวจค่า eGFR และอัลบูมินจากตัวอย่าง ปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แต่ควรตรวจถี่ขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะมี eGFR ลดลงอย่างรวดเร็ว หรือเพื่อใช้ในการตัดสินใจหรือติดตามการรักษา โดยมีข้อแนะนำความถี่ในการตรวจซึ่งแบ่งตามระยะของโรคไตเรื้อรัง ดังนี้ (สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ และคณะ, 2558)

1. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 12 เดือน หรือทุก 6 เดือน ถ้าตรวจพบ Albumin-to-Creatinine Ratio (ACR) มากกว่า 300 mg/g หรือ Protein-to-Creatinine Ratio (PCR) มากกว่า 500 mg/g

2. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a ควรติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน หรือ

2.1 ทุก 4 เดือน ถ้าตรวจ ACR มากกว่า 300 mg/g หรือ PCR มากกว่า 500 mg/g

2.2 ทุก 12 เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่ และตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ

3. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ควรติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน หรือทุก 4 เดือน
ถ้าตรวจพบ ACR มากกว่า 30 mg/g หรือ PCR มากกว่า 150 mg/g

4. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 4 เดือน หรือทุก 3 เดือน
ถ้าตรวจพบ ACR มากกว่า 300 mg/g หรือ PCR มากกว่า 500 mg/g

5. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือน

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังเรื่องการสั่งยาที่อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากกลไกการกำจัดยาบางชนิดออกจากร่างกายโดยผ่านการกรองของไต การประเมินผู้ป่วยไตเสื่อมเพื่อระบุระยะของโรคไตเสื่อม ทำให้การสั่งยาในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมมีความเหมาะสม ผู้ป่วยไตเสื่อมในระยะที่ 3 ต้องหลีกเลี่ยงการใช้ยา Glibenclamide และยาในกลุ่ม NSAIDs ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้ การทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมและภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดจากโรคเบาหวาน จึงเกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ให้เกิดการเฝ้าระวังและใช้ยาอย่างเหมาะสมเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม

2.3 ปัญหาด้านการใช้ยา (Drugs related problems, DRPs)

Helper & Strand ได้ให้คำนิยามของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Drug related problems: DRPs) หมายถึง เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อใช้ยาในการรักษา และส่งผลกระทบต่อหรือมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อผลการรักษาด้วยยาที่ต้องการ (เฉลิมศรี ภูมิมางกูร, 2547)

The American Society of HealthSystem Pharmacists (ASHP) ปี ค.ศ. 1993 ได้จัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาเป็น 8 ประเภท ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (Untreated indications)
- 2) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
- 3) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (Subtherapeutic dosage)
- 4) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (Failure to receive medication)
- 5) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (Overdosage)
- 6) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions)
- 7) ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interactions)
- 8) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (Medication use without indication)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมมักจะมีการใช้ยาในการรักษามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ซึ่งมีโอกาสที่จะทำให้เกิดปัญหาด้านการใช้ยา ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องมีการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และดำเนินการแก้ไขโดยการให้การบริบาลเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เพื่อเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 4 ข้อ ได้แก่

1. ส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัย (Promote patient safety)
2. เพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษา (Improve quality of care)
3. การรักษาเป็นไปอย่างคุ้มค่า (Cost-effective care)
4. เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (Increase patient satisfaction)

กระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม จำเป็นต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง ในการกำหนดเป้าหมายของการรักษา วางแผนการรักษา และติดตามผลการรักษา เพื่อให้ได้คุณภาพการรักษาตามที่ต้องการ ดังนั้นหน้าที่ความรับผิดชอบของเภสัชกรในปฏิบัติงานบริบาลทางเภสัชกรรม คือ การค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

1. การค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น ต้องเริ่มต้นจากการเก็บรวบรวม ข้อมูลผู้ป่วยจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา พยาบาล การตรวจร่างกายผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ แพ้มประวัติหรือเวชระเบียนผู้ป่วย และการเข้าร่วมทีมรักษาพยาบาลตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อได้ข้อมูลแล้วจะต้องประเมินความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อระบุปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

2. การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา กรณีที่พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา เภสัชกรจะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว บางปัญหาสามารถแก้ไขได้โดยการให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนเวลาในการใช้ยา หรือเทคนิคในการใช้ วิธีใช้พิเศษต่าง ๆ ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้โดยเภสัชกร เช่น การให้คำแนะนำการใช้ยาฟันสูกที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืด การให้คำแนะนำในการรับประทานยา Co-trimoxazole อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคติดเชื้อราที่ปอด สำหรับบางปัญหาอาจต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาแก้ไขปัญหาร่วมกัน เช่น การแก้ไขภาวะไขมันในเลือดสูงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. การป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา กรณีที่ยังไม่พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา แต่ผู้ป่วยมีโอกาสหรือแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา เกสซิกจะต้องวางแผนในการติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวขึ้น เช่น การเฝ้าระวังภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ได้รับยา Digoxin ร่วมกับ Furosemide

การศึกษาเรื่องปัญหาด้านการใช้ยาและการบริหารเภสัชกรรมเพราะการศึกษานี้เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ซึ่งมีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ศึกษายังได้ค้นหาปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อนำมาวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางและวิธีการในการแก้ไขปัญหา และส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อจะนำไปสู่การชะลอภาวะไตเสื่อมได้

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีจุดกำเนิดมาจากการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาสังคม ของ เลวิน (Kurt Lewin) นักจิตวิทยาสังคมชาวอเมริกา ที่ต้องการจะศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างมนุษย์ และ เพื่อปรับปรุงคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์โดยอาศัยแนว ความคิดสำคัญ 2 ประการ คือ การร่วมกันตัดสินใจของกลุ่ม และความตั้งใจที่จะทำการปรับปรุง (วีระยุทธ ชาติตะกานูจน์, 2558)

2.4.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Johnson (2008 อ้างถึงใน วีระยุทธ ชาติตะกานูจน์, 2558) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการวิจัยระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน

องอาจ นัยพัฒน์ (2548 อ้างถึงใน วีระยุทธ ชาติตะกานูจน์, 2558) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ทำ โดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมี จุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุง แก้ ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพ ปัญหาที่ ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททาง ด้านสังคมและ วัฒนธรรมและด้านอื่นๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

ส. วาสนา ประवालพฤษ์ (2542 อ้างถึงใน เกษศิริราณี เจริญรักษ์ฤกษ์, 2558) กล่าวว่า การวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อมุ่งแสวงหาแนวทางที่เหมาะสม ในการปรับปรุง พัฒนาและประเมินตนเอง การวิจัยปฏิบัติการจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและยินยอมพร้อมใจ ของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

โดยสรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่เน้นการพัฒนาหรือแก้ปัญหาโดยอาศัย การทำงานร่วมกันของทีมผู้วิจัย มีวงจรพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานของตนมีประสิทธิภาพ ดีขึ้นหรือสามารถแก้ปัญหาได้ (เกษศิริราณี เจริญรักษ์ฤกษ์, 2558)

2.4.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำแนกตามแนวคิดของ Kemmis, S & McTaggart (1988) ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

รูปแบบที่ 1 การวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) เป็นการวิจัยที่มุ่งวัดผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

รูปแบบที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Practical Action Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเข้าใจตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองในฐานะผู้ปฏิบัติงาน เพื่อที่จะทำให้ผลลัพธ์ของงานเปลี่ยนแปลงไปด้วย

รูปแบบที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชิงปลดปล่อยให้เป็นอิสระมี จุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ ปรับปรุงความเข้าใจของตนเองของผู้ปฏิบัติงานและช่วยให้ ผู้ปฏิบัติงาน บรรลุถึงการวิพากษ์สังคม วิธีการทำงานของตน

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการนำไปใช้ในการทำวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Practical Action Research) เป็นการวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้ การ ปฏิบัติการเพื่อใช้ความรู้และสะท้อนผลการปฏิบัติที่มีมาจากการใช้ความรู้ และการมีส่วนร่วมใน กระบวนการเปลี่ยนแปลง นักวิจัยจำนวนไม่น้อยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยตามแนวคิดของเคมมิสและ แมคแทคการ์ท (Kemmis, S & McTaggart, 1988) เป็นวิธีหลักของการวิจัย การวิจัยปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วม เป็นรูปแบบของการวิจัยที่นักวิจัยมีความ เกี่ยวข้องในฐานะเป็นผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่วน หนึ่งขององค์การและการเป็นนักวิจัย เป็นการนำแนวคิดและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการศึกษา โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยช่วยกันแสวงหารูปแบบของการพัฒนา หรือหาวิธีการแก้ปัญหา มีการพัฒนาความสำนึกในการวิเคราะห์วิจารณ์ ของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงสถานะความเป็นอยู่และ วิธีชีวิต ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพโครงสร้างและความสัมพันธ์พื้นฐานในสังคมของตนเอง ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต การ สะท้อนผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนเพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรการปฏิบัติช่วงต่อไปจนกว่าจะได้ รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจ (ทิบัติ ทัททกรณ์ และ ประสพชัย พสุนนท์, 2561)

Whyte (1991); Greenwood & Levin (2002 อ้างถึงใน ทิบัติ ทัททกรณ์ และประสพชัย พสุนนท์, 2561) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) คือ กระบวนการที่ผู้คนจำนวนหนึ่งในชุมชนหรือองค์กรเข้ามาร่วมศึกษาปัญหา โดยการกระทำร่วมกันกับนักวิจัยผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่การกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ เรียนรู้วิธีการที่จะแก้ปัญหา ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ผล พร้อมทั้งออกแบบและปฏิบัติตามความต้องการที่กำหนดไว้ จนถึงการอภิปรายผลการวิจัย เป็นการร่วมมือกันของกลุ่มบุคคลเพื่อแก้ปัญหาที่พวกเขาได้รับผลกระทบโดยตรง (ทิบัติ ทัททกรณ์ และ ประสพชัย พสุนนท์, 2561)

2.4.3 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558) ได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่ามีกระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้หลายแบบ ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และซึ่งกิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนผลลัพธ์ หรือแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุน ขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา การต่อต้าน รวมทั้งสภาวะการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

1.2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ อย่าง ระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสภาวะการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

1.3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าว ๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและ ผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

1.4 การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์ วิจาร์ณ หรือประเมินผลการปฏิบัติงาน ระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป ปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer (1999 อ้างถึงใน วีระยุทธ ชาติตะกานัญญ์, 2558) ได้แบ่งกระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวินิจฉัยวิเคราะห์ (มอง) 2) การคิดวิเคราะห์ (คิด) และ 3) การปฏิบัติการ (ปฏิบัติ) กิจกรรมหลักทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวัฏจักรซ้ำกันหลายรอบ (Recycling Set of Activities) การดำเนินกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนแรกมีจุดมุ่งหมาย สำคัญเพื่อช่วยให้บุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยได้เข้าใจสภาพปัญหา ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรค การปรับปรุงแก้ไข ปัญหาและบริบทอื่น ๆ ที่แวดล้อม ปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างถ่องแท้และชัดเจน เพื่อจะได้ค้นหาหนทางที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าวนี้ นักวิจัยที่เป็นบุคคลภายนอกจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการทำการวิจัย บุคคลภายในองค์กรหรือชุมชนทำหน้าที่นิยามปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนพรรณนารายละเอียดเกี่ยวกับบริบทแวดล้อมองค์กรหรือชุมชน และสภาพการณ์เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับปัญหา นอกจากนี้ยังร่วมมือกันเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและบริบทแวดล้อม โดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์ หรือ การศึกษาเอกสาร ส่วนการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ การตีความและวิเคราะห์ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนแรก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความชัดเจนและขยายความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลงมือ ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาให้สำเร็จลุล่วงไปตามที่ได้คิดวิเคราะห์ไว้โดยมีการ

ประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นกลยุทธ์สำคัญ เพื่อการบรรลุความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาว่าอยู่ในระดับใด มีประเด็นใดบ้างที่จะต้องทำการแก้ไขในวงจรต่อไป

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick (2001 อ้างถึงใน วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) ได้แบ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 1 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไขและการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ และมีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวินิจฉัย (diagnosing) 2) การวางแผนปฏิบัติการ (planning) 3) การลงมือปฏิบัติการ (taking action) 4) การประเมินผลการปฏิบัติการ (evaluation action) (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก เริ่มต้นจากการวินิจฉัยสภาพการณ์ของปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไข รวมทั้งการระบุกรอบแนวคิดทฤษฎี และหลักการพื้นฐานสำหรับใช้รองรับการปฏิบัติงาน จากนั้นจึงทำการวางแผนปฏิบัติการตามจุดมุ่งหมายของการแก้ปัญหาหรือโครงการพัฒนาที่กำหนดไว้ โดยอาศัยข้อมูลจากผลการวินิจฉัยในขั้นตอนแรกและความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน แล้วจึงลงมือปฏิบัติการตามแผนการที่วางไว้ทีละขั้นตอน เสร็จแล้วจึงทำการประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เพื่อตรวจสอบดูความถูกต้องและความเหมาะสมของการวินิจฉัยและการปฏิบัติการตามแผนสารสนเทศที่ได้จากการประเมินผลในขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงจรต่อไป

4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ งามอาจ นัยพัฒน์

งามอาจ นัยพัฒน์ (2548 อ้างถึงใน วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) ได้สรุปกระบวนการของกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นขั้นตอนย่อย ๆ ทั่วไป 10 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ระบุแนวคิดและนิยามปัญหาอย่างชัดเจน
2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายข้อเท็จจริงของสภาพการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงหรือพัฒนา
3. วางแผนเพื่อกำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
4. นำยุทธวิธีปฏิบัติที่วางไว้ไปลงมือปฏิบัติจริง
5. สังเกตการณ์ ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือกระทำไปแล้ว

6. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือปฏิบัติแล้ว โดยอาศัยการคิดในเชิงวิพากษ์ด้วยทัศนะอันหลากหลายจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย บนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานร่องรอยต่าง ๆ ที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 5

7. ทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
8. นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับแล้วไปลงมือปฏิบัติจริง
9. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับและลงมือปฏิบัติแล้ว
10. ดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเห็นร่วมกันอย่างสอดคล้องว่า สถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นได้รับการปรับปรุงแก้ไขจนอยู่ในระดับที่พอใจ ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากรของการวิจัย

จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อจะปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหาอันเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากนั้นต้องใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา เสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ แล้วสะท้อนวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ (วีระยุทธ ชาติตะกานัจฉ์, 2558)

การศึกษาวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงต้องทบทวนและค้นคว้าทำความเข้าใจเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถชี้แจงและสร้างความเข้าใจร่วมกับผู้ร่วมวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย และสามารถดำเนินการตามกระบวนการวิจัยไปสู่การบรรลุผลได้ตามวัตถุประสงค์

2.5 การทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review)

เป็นการทบทวนหรือเป็นกระบวนการเพื่อวิเคราะห์ว่าเกิดเหตุอะไร สาเหตุของการเกิด และจะสามารถดำเนินการให้ดีกว่าเดิมได้อย่างไร โดยเอาบทเรียนจากความสำเร็จและความล้มเหลวของการทำงานที่ผ่านมา เพื่อนำมาซึ่งการพัฒนาหรือการปรับปรุงการทำงาน ไม่ใช่เพื่อค้นหาคนที่ทำงานผิดพลาด ไม่ใช่การกล่าวโทษใครทั้งสิ้น แต่เป็นการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานเพื่อแก้ปัญหาไม่ให้เกิดปัญหาเดิมขึ้นอีก ในขณะเดียวกันก็คงไว้ซึ่งวิธีการที่ดีอยู่แล้ว เป็นรูปแบบของกลุ่มทำงานที่สะท้อนความร่วมมือร่วมในการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น อะไรคือสิ่งที่เกิดขึ้นจริง สาเหตุของการเกิด และสิ่งที่ได้เรียนรู้คืออะไร การทำ AAR เริ่มใช้เป็นครั้งแรกโดยกองทัพสหรัฐอเมริกา เพื่อสะท้อนถึงการทำงานโดยการจำแนกถึงจุดแข็ง จุดอ่อน และสิ่งที่ต้องปรับปรุง (สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.), 2560)

จุดเด่นของ AAR ได้แก่

1. ทำให้เรียนรู้ว่าในการทำงานต่าง ๆ ไม่ควรชื่นชมความสำเร็จแต่เพียงด้านเดียว ต้องยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย และควรให้ความสนใจมากกว่าความสำเร็จด้วยซ้ำ เพราะปัญหาคือโอกาสในการพัฒนาคนเพื่อพัฒนางานนั่นเอง

2. ฝึกการรับฟังความคิดเห็นหรือคำแนะนำของเพื่อนร่วมงาน ที่อาจทำให้คุณได้รู้ว่า "ทุกปัญหามีทางออก" นั้นเป็นอย่างไร

3. ฝึกการทำงานเป็นทีม

4. สามารถใช้เทคนิคนี้กับงานทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็งานประจำที่ดูเหมือนว่าไม่สำคัญ เช่น การรับโทรศัพท์ การจัดประชุม ไปจนถึงโครงการระยะยาวที่ได้รับเงินสนับสนุนหลายพันล้านบาท

5. ผู้ที่เข้าร่วมคือเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมแผนก หรือทีมงาน ซึ่งเป็นจุดที่แตกต่างจาก Peer Assist ที่เป็นการขอคำแนะนำจากผู้รู้ภายนอกกลุ่ม

การทำ AAR มักจะใช้ 4 คำถาม คือ

1. สิ่งที่เราคาดว่าจะได้จากการทำงาน คืออะไร

2. สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร

3. สิ่งที่แตกต่างกันทำไมจึงแตกต่าง

4. สิ่งที่ต้องแก้ไข คืออะไร และจะปรับปรุงได้อย่างไร

ขั้นตอนการทำ AAR มี 7 ขั้นตอนดังนี้

1. ควรทำ AAR ทันที หลังจากจบงานนั้น ๆ หรือเร็วที่สุดที่จัดหาเวลาได้ เพราะยังจำได้ดี การเรียนรู้จะได้ถูกนำมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม

2. สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองในการทำ AAR ต้องมีการเปิดใจและยอมรับที่จะเรียนรู้ ทุกคนควรมีส่วนร่วมในบรรยากาศที่อิสระไม่มีความเป็นเจ้านาย หรือลูกน้อง AAR เป็นการเรียนรู้จากเหตุการณ์มากกว่าการวิจารณ์

3. มี "คุณอำนวย" หรือถ้าไม่เป็นทางการอาจเป็นสมาชิกในทีมงานของโครงการ เป็นผู้คอยอำนวยความสะดวก กระตุ้น ตั้งคำถามให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

4. ถามตัวเองว่าผลที่เราคาดว่าจะได้รับคืออะไร

5. ถามตัวเองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร หมายถึง ทีมงานต้องเข้าใจและเห็นด้วยความจริงที่เกิดขึ้น ฟังระลึกไว้ว่าจุดประสงค์ก็คือการแยกแยะปัญหาไม่ใช่การกล่าวหาหรือกล่าวโทษ

6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างแผนงานกับความจริง การเรียนรู้ความจริงเริ่มต้นด้วยทีมเปรียบเทียบแผนงานกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และตัดสินใจว่าทำไมจึงเกิดความแตกต่าง และได้เรียนรู้ อะไร จำแนกให้เห็นและอธิบายถึงความสำเร็จและสิ่งที่ขาดหายไปใส่ในแผนงานเพื่อดำเนินการให้ถึงความสำเร็จและพัฒนาปรับปรุงในสิ่งที่ขาดหายไป

7. บันทึกประเด็นสำคัญ การบันทึกประเด็นสำคัญหลังจากที่ได้มีการชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนในการทำ AAR แล้วถึงสิ่งที่เกิดขึ้นเปรียบเทียบกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ภายในทีมงานด้วยกัน และเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ที่กว้างมากขึ้นกว่าเดิมในองค์กร

การศึกษาวิจัยนี้ได้นำกระบวนการทบทวนหลังการปฏิบัติมาใช้ในการประชุมกลุ่มย่อย โดยผู้ศึกษาวิจัยได้ใช้หลักการของ AAR เพื่อให้ผู้ร่วมประชุมกลุ่มย่อยทบทวนปัญหาจากการดำเนินงาน และหาแนวทางร่วมกันในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

2.6 สุนทรียปรศนีย (Appreciative Inquiry)

Appreciative Inquiry (AI) (Cooperrider, Whitney, & Stavros, 2003) คือกระบวนการศึกษาค้นหาร่วมกันเพื่อค้นหาสิ่งที่ดีที่สุดในตัวคน ในองค์กรหรือของโลกที่อยู่รอบตัวของเขา AI คือกระบวนการค้นหาอย่างเป็นระบบว่าอะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระบบดำเนินไปอย่างดีที่สุด AI เป็นศิลปะของการถามคำถาม ที่นำไปสู่การส่งเสริมให้ระบบมีศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุด ซึ่งรู้จักกันในชื่อภาษาไทยว่า "สุนทรียสาธก" หรือ "สุนทรียปรศนีย" (ภิญโญ รัตนพันธุ์, 2557)

เป็นกระบวนการที่ขับเคลื่อนให้เกิดการถามคำถามในเชิงบวกแบบไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ซึ่งมักเกิดขึ้นกับคนตั้งแต่ไม่กี่คนจนถึงเป็นล้านคน ในกระบวนการการทำ AI จะเปิดโอกาสให้กับจินตนาการและนวัตกรรม แทนที่จะเป็นความคิดด้านลบ หรือการวิพากษ์วิจารณ์ AI ยืนอยู่บนสมมติฐานที่ว่าในทุกระบบล้วนแล้วแต่มีเรื่องราวด้านบวกที่สร้างแรงบันดาลใจที่ยังไม่มีใครนำมาขยายผลและมีมากพอ เราสามารถเชื่อมโยงการค้นพบด้านบวกนี้เข้ากับเรื่องใดก็ได้ วงจร AI สามารถประยุกต์ใช้ได้กับการสนทนาแบบเร็ว ๆ สั้น ๆ กับเพื่อน หรือนำมาใช้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กรก็ได้ วงจร AI จะเริ่มจากการค้นหาประสบการณ์ที่ดีที่สุด (Peak Experience) จากนั้นเอาประสบการณ์ที่ได้ไปสานต่อเป็นความฝันหรือวิสัยทัศน์ (Dream) วางแผนทำให้วิสัยทัศน์เป็นจริง (Design) และเริ่มต้นทำ (Destiny) (ภิญโญ รัตนพันธุ์, 2557)

หลักการที่เป็นพื้นฐานของทฤษฎี Appreciative Inquiry มี 5 ประการ ดังนี้

1. The Constructionist Principle เป็นหลักการพื้นฐานที่อยู่เบื้องหลังแนวคิด Appreciative Inquiry ทั้งหมด หลักการคือ เรากำหนดชะตากรรมเราเองได้ เราสร้างและร่วมสร้างหนทางใหม่ให้ตนเองได้ การสะท้อนและค้นหาความหมายจากการสนทนา เพื่อนำไปสู่การเห็นคุณค่า และการสร้างความรู้ใหม่ ๆ ทำให้ทุกคนเข้าใจและเห็นคุณค่าในกันและกัน

2. The Poetic Principle อดีต ปัจจุบัน อนาคตของเราเปิดกว้างต่อการตีความ และความเป็นไปได้ที่ไม่มีขีดจำกัดอะไรทั้งสิ้น เราสามารถพบสิ่งดี ๆ ในตัวบุคคล ในตัวองค์กรใด ๆ ก็ตาม ในใครก็ตาม สิ่งที่เราเลือกที่จะสนใจจะสร้างสิ่งที่เป็นจริงขึ้นมา ถ้าเราให้ความสนใจอะไรเป็นพิเศษมันจะเติบโตเป็นประสบการณ์จริง ๆ ของเรามากยิ่งขึ้นเรื่อย ๆ

3. The Simultaneity Principle การเปลี่ยนแปลงใด ๆ เริ่มต้นเมื่อเราถาม เป็นการใช้คำถามเชิงบวกในการค้นหาสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กรและตัวบุคคล เป็นการกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจในการบอกเล่าเรื่องราวความสำเร็จด้วยคำถามเชิงบวก

4. The Anticipatory Principle ภาพในอนาคตที่เราสร้างขึ้นในใจ จะเป็นสิ่งนำทางเราในการแก้ปัญหาของเราในปัจจุบัน และสร้างสรรอนาคตแก่เรา ภาพมีความหมายมากกว่าคำพูด ยิ่งภาพท้าทายและชัดเพียงใด เราก็มั่นใจที่จะเติบโตไปเส้นทางนั้นมากยิ่งขึ้น โดยใช้มุมมองเชิงบวกและพลังจินตนาการในสิ่งที่ตั้งใจเพื่อสร้างภาพในอนาคต นำไปสู่การวางแผน ออกแบบ ปฏิบัติ ติดตามประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. The Positive Principle การที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างยั่งยืนนั้น มีเงื่อนไขว่าต้องอยู่บนพื้นฐานของการคิดบวก อารมณ์ดี มีความสัมพันธ์ที่ดี มีความรู้สึกว่าต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเร่งด่วน ขณะเดียวกันก็มีความสุขสนุกสนานอยู่ในตัว การมีอารมณ์ที่ดีมีส่วนสำคัญต่อการทำงานและการเติบโต กล่าวคือหากเรามีความสุข เราจะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์

กล่าวโดยสรุปหลักการทั้ง 5 ประการที่ได้กล่าวมาคือหัวใจของทฤษฎีและการปฏิบัติของสุนทรียะสาธกที่นำไปใช้ในการพัฒนาและการจัดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักการดังกล่าวยังช่วยส่งเสริมให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารระหว่างบุคคล ทีมงาน ตลอดจนการสร้างใจกว้างใจซึ่งกันและกันอันเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนการจัดการความรู้ในองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

หลักการพื้นฐานที่เพิ่มเติมเข้ามาภายหลัง 3 ประการได้แก่

1. The Wholeness Principle การมีประสบการณ์ของความเป็นองค์รวม (wholeness) ทำให้เราเห็นสิ่งที่ดีที่สุดในตัวบุคคล ความสัมพันธ์ กลุ่มและองค์กรของเรา เป็นการเข้าใจเรื่องราว มันเกิดขึ้นเมื่อทุกคนได้ยิน เป็นพยาน และรับรู้ทักษะ มุมมองและการตีความของคนอื่นที่แตกต่างออกไป เป็นการทำลายอุปสรรคที่ขวางกั้นและสร้างความเคารพและปรับความสัมพันธ์ใหม่

2. The Enactment Principle ทำราวกับว่าเราประสบความสำเร็จแล้ว หลักการนี้เสนอแนะว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นโดยการเจริญชีวิตปัจจุบันในสิ่งที่เราปรารถนามากที่สุดในอนาคต พุดง่าย ๆ ก็คือการเปลี่ยนแปลงในทางบวกเกิดขึ้นเมื่อเราดำเนินชีวิตภาพแห่งอนาคตและวิสัยทัศน์ในปัจจุบัน

3. The Free Choice Principle การเลือกอย่างอิสระ ปลดปล่อยพลัง บุคคลและองค์กรเจริญขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อบุคคลมีอิสระที่จะเลือกธรรมชาติและขอบเขตที่เขาต้องการจะมีส่วนร่วมและแบ่งปัน อิสระที่จะเลือกเป็นการปลดปล่อยพลังและเป็นการยกระดับการกระทำ เพราะมันเป็นลักษณะที่สำคัญของการเป็นมนุษย์

กระบวนการของสุนทรียปรัชญา

กระบวนการที่ก่อให้เกิดพลังของ AI ก็คือ วงจร 4-D (Discovery, Dream, Design, Destiny) Appreciative Inquiry ทำงานโดยการมุ่งไปที่ความสนใจขององค์กรในเรื่องศักยภาพด้านบวกที่ดีที่สุด สิ่งที่เป็นแกนทางด้านบวก (Positive core) และปลดปล่อยพลังของแกนทางด้านบวกนั้นออกมาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเสริมสร้างหัวข้อที่เลือกอย่างสร้างสรรค์ (Affirmative Topic choice) วงจร 4 ขั้นตอนของสุนทรียปรัชญา เริ่มต้นด้วยการกำหนดอย่างไตร่ตรองว่าเราจะทำการศึกษาอะไร สิ่งที่เราเลือกเป็นการกำหนดชะตาขององค์กร

1. การค้นพบ (Discovery) เป็นการร่วมมือกันค้นหอย่างกว้างขวางเพื่อจะเห็นว่า "อะไรดีที่สุด" และ "อะไรได้เกิดขึ้นมาแล้ว" การค้นพบเรื่องราวดี ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ดีที่สุดและการกระทำที่น่าเอาเป็นตัวอย่าง การพรรณนาหรือการวาดฝันแกนทางด้านบวกขององค์กรที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน โดยผู้ค้นหาจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการตั้งคำถามเชิงบวกเพื่อแสดงความชื่นชมในความสำเร็จจากประสบการณ์ทั้งอดีตและปัจจุบันอย่างจริงจัง ตลอดจนการนำคำถามเชิงบวกมาใช้ในการกระตุ้น ส่งผลให้ ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดการเล่าเรื่องราวที่สะท้อนความรู้สึกภาคภูมิใจจากความสำเร็จที่เกิดจากประสบการณ์ของ บุคคล ผ่านการพูดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเป็นความรู้ที่ฝังลึก จากบุคคลคนหนึ่งไปสู่บุคคล อีกคนหนึ่งซึ่งในขั้นตอนการสร้างความรู้ในกระบวนการจัดการความรู้เรียกว่าการปฏิสัมพันธ์

2. การสร้างฝัน (Dream) เป็นการสำรวจแบบกระตือรือร้นว่า "จะเป็นอะไรได้บ้าง" ในขั้นตอนนี้ทุกคนช่วยกันสำรวจค้นหา ความหวังและความฝันในงาน ในการทำงาน ในความสัมพันธ์ในองค์กร และในโลก มันเป็นเวลาของการสร้างภาพนิมิตแห่งความเป็นไปได้ ที่ยิ่งใหญ่และฝันขอบเขตจำกัดที่เคยมีมาในอดีต

3. การออกแบบ (Design) เป็นคำประกาศที่กระตุ้นความสนใจ บรรยายถึงองค์กรในอุดมคติ หรือ "สิ่งที่ควรจะเป็น" ทุกคนช่วยกันเลือกองค์ประกอบ คุณสมบัติ และคุณลักษณะที่ดีที่สุดที่ได้จากการค้นพบและการสร้างฝัน และนำมาเขียนคำประกาศที่กระตุ้นและเร้าใจ อันประกอบไปด้วยคุณสมบัติขององค์กรที่พวกเราต้องการมากที่สุด คำประกาศต้องเขียนออกมาในเชิงแสดงความมั่นใจ มันต้องขยายภาพขององค์กร โดยนำเสนอภาพที่ก่อให้เกิดแรงผลักดันและชัดเจนว่าเมื่อแกนทางด้านบวกขององค์กรเริ่มมีชีวิตชีวาในกลยุทธ์ ในกระบวนการ ในระบบ ในการตัดสินใจ และในการร่วมแรงร่วมใจ

4. การปฏิบัติจริง (Destiny) สร้างกิจกรรมที่ปรากฏขึ้นมาในความคิด ที่สนับสนุนการเรียนรู้และนวัตกรรม หรือ "มันจะเป็นอะไร" ในขั้นตอนนี้จะเน้นไปที่ความทุ่มเทของบุคลากรและองค์กร และหนทางที่จะเดินไปข้างหน้า

รูปแบบของ Appreciative Inquiry

ปัจจุบันมีการทำ Appreciative Inquiry ในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้ (Whitney and Troston-Bloom, 2003 อ้างถึงใน ภิญญา รัตนาพันธุ์, 2557)

1. Whole-system 4-D Dialogue: สมาชิกในองค์กร และผู้มีส่วนได้เสียบางราย เข้าร่วมกระบวนการ 4-D ซึ่งจะเกิดขึ้นในหลาย ๆ สถานที่ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง
2. Appreciative Inquiry Summit: คนจำนวนมากเข้าร่วมในกระบวนการ 4-D พร้อม ๆ กัน ใช้เวลาสองถึงสี่วัน
3. Mass-mobilized Inquiry: มีการสัมภาษณ์คนจำนวนมาก (พันคนถึงล้านคน) ในหัวข้อเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม ทัวเมือง ทัวชุมชน หรือทัวโลก
4. Positive Change Consortium: องค์กรหลายองค์กรร่วมมือกันในกระบวนการ 4-D เพื่อสำรวจและพัฒนาเรื่องที่เป็นความสนใจร่วมกัน
5. Core group inquiry: กลุ่มคนจำนวนน้อยเลือกหัวข้อที่สนใจ ออกแบบสอบถาม และสัมภาษณ์
6. Positive change network: สมาชิกในองค์กรได้รับการฝึกอบรมเรื่อง AI พร้อมได้รับการสนับสนุนเรื่องทรัพยากรในการพัฒนาโครงการ และแบ่งปันเอกสาร เรื่องราว และแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดแก่กัน
7. AI Learning Teams: คนจำนวนไม่มาก ที่มีหัวข้อที่สนใจอยู่แล้ว เช่น ทีมประเมิน ทีมพัฒนากระบวนการ ทีมศึกษาความต้องการผู้บริโภค ทีมพัฒนาระบบงาน หรือกลุ่มนักศึกษาที่ศึกษาและดำเนินโครงการตาม 4-D
8. Progressive AI Meetings: องค์กร หรือทีมงาน ดำเนินการประชุมตาม 4-D โดยใช้ระยะเวลาการประชุม 10-12 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 2-4 ชั่วโมง

เหตุผล 6 ประการที่ทำให้ Appreciative Inquiry ใช้การได้

1. มันสร้างความสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลได้รับการรับรู้ในความสัมพันธ์มากกว่าในบทบาท
2. มันสร้างโอกาสให้บุคคลได้รับ "การรับฟัง" (to be heard)
3. มันเปิดโอกาสให้บุคคลได้ฝัน และแบ่งปันความฝันของพวกเขา
4. มันสร้างสถานะแวดล้อมในที่ซึ่งบุคคลสามารถเลือกกว่าพวกเขาจะมีส่วนร่วมอย่างไร
5. มันให้บุคคลมีความคิดชัดเจนและทั้งสนับสนุนการกระทำ
6. มันเสริมและสามารถทำให้บุคคลกล้าที่จะเป็นบวก

การศึกษาวิจัยนี้ได้ใช้หลักการสุนทรียปรัชณียในกระบวนการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อสร้างบรรยากาศในการประชุม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและรับฟังซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการพูดคุยแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นกันเอง ทำให้การประชุมกลุ่มย่อยบรรลุตามวัตถุประสงค์

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP)

ทฤษฎี KAP เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัวแปร คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับข้อมูลอันจะมีผลกระทบต่าง ๆ ตามมาต่อไป ตามแนวคิดในกระบวนการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าว ซึ่งเชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมจะมีลักษณะเป็นเส้นตรง นั่นคือความรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทักษะ และจะส่งผลไปยังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ในที่สุด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดในเรื่องของทักษะ กล่าวคือ ทักษะเป็นผลพวงจากการเรียนรู้และการได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ผ่านประสบการณ์ตรงหรือกระบวนการทางสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งและมีผลต่อการตอบสนองต่อสิ่งนั้น (ชัยยุทธ บุญยืม, 2555)

ความรู้ (Knowledge) (Bloom, 1986) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึง เฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่ว ๆ ไป กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจของตน โดยเน้นความจำ ประสบการณ์ และการระลึกเหตุการณ์ (รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์, 2558)

กระบวนการเรียนรู้มี 6 ขั้นตอน (Bloom, 1986)

1. ความรู้ (Knowledge) หลังจากบุคคลได้เรียนรู้ไปแล้วจะเกิดความรู้ติดตัวผู้เรียน โดยการวัดจากการจำได้หรือท่องจำ
2. ความเข้าใจ (Comprehension) ต่อจากขั้นความรู้ โดยบุคคลจะแปลความหมายหรืออธิบายสิ่งที่ได้เรียนรู้มาแล้วแสดงเป็นความเข้าใจมากขึ้น
3. การนำไปใช้ (Application) เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจจะสามารถนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ได้
4. การวิเคราะห์ (Analysis) เมื่อบุคคลได้เรียนรู้ถึงขั้นที่ 3 แล้วจะมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ถึงที่มาของความรู้
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เมื่อคิดวิเคราะห์ได้ จะสามารถสังเคราะห์ได้ในขั้นตอนถัดไป ในขั้นนี้บุคคลจะมีความสามารถในการสร้างความรู้ใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นมาได้

6. การประเมินผล (Evaluation) เมื่อเรียนรู้ถึงขั้นที่ 5 แล้วบุคคลจะมีความสามารถในการตัดสินใจหรือประเมินค่าของสิ่งที่พบเห็นว่าถูกต้องหรือไม่

ทัศนคติ (Attitude) เป็นความเชื่อและความรู้เชิงการประเมินค่าของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในประสบการณ์ของบุคคล เป็นได้ทั้งจากทางบวกและลบ ทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงออกตอบโต้ต่อสิ่งต่าง ๆ (แพรวภัทร ยอดแก้ว, 2552)

สุรางค์ โค้วตระกูล (2541) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า ทัศนคติ เป็นอชฌาสัย (Disposition) หรือแนวโน้มต่อพฤติกรรมสนองตอบต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งคน วัตถุสิ่งของหรือความคิด (Ideas) ทัศนคติอาจจะเป็นบวกหรือลบ ถ้าบุคคลมีทัศนคติบวกต่อสิ่งใด ก็จะมีพฤติกรรมที่พร้อมจะเผชิญกับสิ่งนั้นถ้ามีทัศนคติลบก็จะหลีกเลี่ยง ทัศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้ และเป็นการแสดงออกของค่านิยมและความเชื่อของบุคคล (ธวัช เหลืองวสุธา, 2557) ทัศนคติเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้บุคคลกล้าเผชิญกับสิ่งเร้าหรือหลีกเลี่ยงดังนั้น ทัศนคติจึงมีทั้งบวกและลบ

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

1. การใส่ใจ (Attention)
2. ความเข้าใจ (Comprehension)
3. การยอมรับ (Yeilding)
4. การเก็บเอาไว้ (Retension)
5. การกระทำ (Action)

สิ่งที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติเริ่มต้นจากองค์ประกอบที่สำคัญ แหล่งที่มาของข้อมูลซึ่งอาจเกิดจากบุคคลหรือกลุ่มคน ประสบการณ์โดยตรงของบุคคลจากการได้พบเห็น ค้นเคย ทดลอง และประสบการณ์โดยอ้อมซึ่งเกิดจากการได้ยิน ได้ฟัง หรือได้อ่านเกี่ยวกับสิ่งนั้น การได้ติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือสิ่งต่าง ๆ รอบตัวในชีวิตประจำวัน รวมถึงสิ่งที่เป็นแบบอย่างในการเลียนแบบผู้อื่น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดการเรียนรู้และก่อตัวเกิดเป็นทัศนคติขึ้น โดยทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เมื่ออายุหรือวัยเปลี่ยนไป ทำให้ทัศนคติเปลี่ยนแปลงไปด้วย (ณชพัฒน์ อัครวิชฌนนท์, 2555)

พฤติกรรม (Practice) คือ การเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำจากสื่อในรูปแบบต่าง ๆ จนส่งผลให้เกิดการกระทำในสิ่งนั้น ๆ ซึ่งบางครั้งอาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การยอมรับปฏิบัติ หรือการมีส่วนร่วมของบุคคลในกิจกรรมต่าง ๆ (รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์, 2558)

พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคล โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เนื่องมาจากการมีความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกัน ความแตกต่างในการแปลความหมายของข่าวสารที่ตนเองได้รับ จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสมที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้บุคคลจะต้องมีจุดมุ่งหมายที่จะแสดง

ออกซึ่งพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง และอยู่ในสภาวะที่พร้อมและมีสถานการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกกระทำ โดยก่อนจะแสดงพฤติกรรมจะต้องมีการแปลความและพิจารณาสถานการณ์และตัดสินใจเลือกก่อนการทำกิจกรรมนั้น ๆ กล่าวโดยสรุป ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม จะมีลักษณะเป็นไปในเชิงเส้นตรง นั่นคือทำให้ความรู้แก่ผู้ส่งสารจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติตามผู้ส่งสารต้องการ และส่งผลไปยังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในที่สุด แต่บางครั้งก็อาจมีช่องว่างระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม นั่นคือความรู้เปลี่ยนแปลง แต่ทัศนคติไม่เปลี่ยน หรือผู้ส่งสารมีการเปลี่ยนทัศนคติ แต่ไม่เปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้เช่นกัน (รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์, 2558)

ผู้ศึกษาวิจัยได้นำแนวคิด KAP มาใช้ในการศึกษาวิจัยนี้เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างความตระหนักของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วย การปรับทัศนคติที่ดีซึ่งส่งผลต่อความเชื่อและการแสดงพฤติกรรมต่อไป

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อการชะลอภาวะไตเสื่อม มีรายละเอียดดังนี้

กนกเลขา สุวรรณพงษ์ (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน โดยศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ การใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ การประเมินครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสุขภาพจิตและสมอง ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ และด้านสุขภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่ถูกต้อง 2) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานยาตรงตามเวลาอย่างต่อเนื่อง 3) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในแผนการรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 4) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเก็บรักษาอย่างเหมาะสม 5) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับยาอย่างปลอดภัยและลดความซ้ำซ้อนจากการได้รับยา และ 6) การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

ลัดดาวลย์ ปรานนอก (2562) ได้ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้หลักการสุนทรียศาสตร์ในงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ : กรณีศึกษาตำบลบึงงาม จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาประสบการณ์เชิงบวกในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด 13 คน และสนทนากลุ่มตัวอย่างทีมสหวิชาชีพ 6 คนที่ดูแลคลินิกเบาหวานอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัจจัยร่วมและปัจจัยโดดเด่นเพื่อหารูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้ยา ได้รูปแบบ ACIN model เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1. การสร้างความตระหนัก (Awareness) 2. การให้คำปรึกษาเพื่อค้นหาปัญหา สาเหตุ และวิธีแก้ไขโดยเภสัชกร (Counseling) 3. การมีนวัตกรรมช่วยในการใช้ยา (Innovation) 4. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน (Network) การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนมากมีปัญหาการใช้ยาเนื่องจากอยู่ในวัยสูงอายุและมีโรคร่วมหลายชนิด ทั้งยังรู้สึกเป็นภาระในการรับประทานยา และมีข้อจำกัดในด้านร่างกาย สายตา และความจำ ก่อนการใช้ ACIN model มีปัญหาการใช้ยาทั้งสิ้น 58 ปัญหาหรือเฉลี่ย 2.52 ± 0.90 ปัญหาต่อราย หลังการแก้ปัญหา DRP ลดลงเหลือ 12 ปัญหาหรือเฉลี่ย 0.52 ± 0.51 ปัญหาต่อราย ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.005$) ปัญหาที่พบมากที่สุดก่อนการใช้ ACIN model คือปัญหาผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่งหรือปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 74.13 ของปัญหา) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 12.06) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงควรมุ่งเน้นเรื่องการสร้างความเข้าใจและความตระหนักในการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้เป็นพิเศษเพื่อที่จะช่วยลดปัญหาการใช้ยาและมีความต่อเนื่องในการใช้ยา

วินิตดา ดรุณณอม (2562) ได้ศึกษาความร่วมมือและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในตำบลห้วยม อำเภอนา จังหวัดเชียงราย โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค เป็นการวิจัยแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้ แล้วทำการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์คนเดียว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างดูแลการจัดยารับประทานด้วยตนเอง ร้อยละ 85.48 โดยมีจำนวนยาที่ใช้ประจำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ตัวยา ร้อยละ 80.65 และจำนวนเม็ดยาที่ใช้ต่อวัน คือ 6-10 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 46.77 และน้อยกว่าเท่ากับ 5 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 40.32 บางส่วนมีจำนวนยามากกว่า 10 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 12.90 พฤติกรรมการใช้ยาด้านการตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้ยาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 90.30 ระดับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยรวมอยู่ในระดับมาก (High adherence) ร้อยละ 79.03 รองลงมาคือ ระดับต่ำ (Low adherence) ร้อยละ 11.29 ใกล้เคียงกับระดับปานกลาง (Moderate adherence) ร้อยละ 9.68 คาดว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับคำแนะนำเรื่องความร่วมมือในการใช้ยาอย่าง

สม่ำเสมอ และการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังมาเป็นเวลานาน จะเกิดความเคยชินและใช้ยารักษาจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดี

สุภาภรณ์ แก้วชนะ (2562) ได้ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปัญหาการใช้ยา ซึ่งปัญหาการใช้ยาที่พบส่วนใหญ่คือ การเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 17.65) การรับประทานยาไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 14.71) การแกะเม็ดยาเนื่องจากกล้ำเนื้อมืออ่อนแรง (ร้อยละ 14.71) ผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้รับประทานยามื้อกลางวัน เนื่องจากไม่รับประทานอาหารกลางวัน เพราะรับประทานอาหารเช้าหรือต้องออกไปทำงานและไม่ได้นำยาติดตัวไปด้วย การมียาที่เป็นรายการเดียวกันแต่ลักษณะเม็ดยาและแผงยาต่างกัน เนื่องจากเป็นยาของต่างบริษัทกัน ทำให้ผู้ป่วยสับสนและรับประทานยาผิด เช่นรับประทานยาทั้งคู่เพราะคิดว่าเป็นยาต่างชนิดกัน ปัญหาการพึ่งพิงผู้ดูแลในการประกอบอาหารหรือซื้ออาหารสำเร็จรูป อาหารที่รับประทานจึงขึ้นอยู่กับกรเลือกของผู้ดูแล และอาจเป็นอาหารที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย CKD ผู้วิจัยได้นำประเด็นสถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วย CKD ที่จำแนกได้เข้าสู่การประชุมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันหารูปแบบการดูแลผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 ที่เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลนางรอง แล้วนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เป็นเวลา 3 เดือน ขั้นตอนที่ได้ปรับเพิ่มเข้ามาในการดูแลผู้ป่วยคือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การใช้ยา การเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และการออกติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่าหลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง CKD เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) เมื่อพิจารณาค่า eGFR หลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยจำนวน 18 รายที่มีค่า eGFR คงที่ ผู้ป่วยจำนวน 8 ราย มีค่า eGFR ลดลง และผู้ป่วยจำนวน 3 รายมีค่า eGFR เพิ่มขึ้น โดยเปลี่ยนระยะของโรคจากระยะ 4 เป็น 3b จำนวน 2 ราย และเปลี่ยนจากระยะ 3b เป็นระยะ 3a จำนวน 1 ราย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นวิธีหนึ่งในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ทำให้เภสัชกรมีเวลามากพอที่จะดูแลและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะปัญหาที่บางครั้งไม่สามารถค้นพบได้ที่โรงพยาบาล เช่น การเก็บรักษายา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง หรือการที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านร่างกายในการใช้ยา เภสัชกรสามารถนำปัญหาที่พบมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

วิภารัตน์ ลีชัยกิจเจริญ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย นำมาพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และศึกษาผลของการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยงานวิจัยนี้เป็นรูปแบบการ

วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ได้รูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา SHOP-DM model คือ S (Screening) การตรวจหาประวัติ H (Health Promotion Activity) การจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพระหว่างรอตรวจ O (Organization) การจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วย P (Physician diagnosis) การตรวจโดยแพทย์ D (Dispensary) การรับยา และ M (Monitoring) การติดตาม โดยการพัฒนากิจกรรมในคลินิกเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานแรกวินิจฉัย มีความรู้เรื่องเบาหวานในระดับดีมาก และความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องในระดับดี อาจเกิดจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอของกิจกรรมปกติที่โรงพยาบาลดำเนินการในคลินิกเบาหวาน ปัจจัยด้านการสนับสนุนพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนระดับปานกลางในการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและชุมชน ส่วนการสนับสนุนจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับดี หลังจากดำเนินการศึกษาตามรูปแบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาครบ 2 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยได้รับยาลดระดับน้ำตาล 1 ชนิดเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 42.07 พฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งลดลง ทั้งนี้เกิดจากการเน้นย้ำเรื่องการปรับเปลี่ยนยา รูปแบบยา ที่เภสัชกรเน้นให้เห็นชัดเจนทำให้ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้องมากขึ้น และผลทางห้องปฏิบัติการ พบว่าค่า FBS ส่วนมากลดลงอยู่ในช่วง 141-160 mg/dl

กมลวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล (2561) ได้ศึกษาปัจจัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา งานบริหารทางเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางปลาหม่า สุพรรณบุรี เพื่อศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยาและปัจจัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2558 ผู้ป่วยนอกของคลินิกเฉพาะโรค ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากถึงร้อยละ 52.03 และปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ($P=0.007$) ความเห็นของผู้วิจัยต่อการดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ควรเน้นให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย หรือการลงชุมชนเยี่ยมบ้านพร้อมทีมดูแลผู้ป่วย ควรมีระบบส่งต่อข้อมูลที่ถี่ การหมั่นทบทวนความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ปิยะดา ยุ้ยฉิม (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลด้านการใช้ยา อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองจำนวน 30 คนได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยา มีกิจกรรม การสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกัน มีการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการยา กลุ่มควบคุม 30 คนได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=51.33$, $SD=1.65$) สูงกว่าก่อนเริ่มการทดลองซึ่งมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=41.87$, $SD=2.84$) อย่าง

มีนัยสำคัญ ($p < .001$) ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยา ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากการทดลอง ($\bar{X} = 51.33$, $SD = 1.65$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 41.13$, $SD = 2.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยา ครอบครัวประเด็นของการดูแลร่วมกันและให้ความรู้เรื่องการใช้ยาโรคเรื้อรังที่ถูกต้อง ร่วมกับการฝึกทักษะการใช้ยาต่าง ๆ รวมทั้งให้ภาพโปสเตอร์วิธีการใช้ยาไว้ศึกษา/ทบทวน และให้ปฏิทินบันทึกการกินยา มีการติดตามกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้ยามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการใช้ยาอย่างต่อเนื่องด้วยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สอบถามปัญหาหรือข้อขัดข้องในการใช้ยา ให้คำปรึกษาและพูดคุยให้กำลังใจ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลการรักษาเพียงลำพัง มีส่วนน้อยที่สมาชิกในครอบครัวอยู่พบแพทย์พร้อมกัน ขณะอยู่บ้านพักสมาชิกในครอบครัวจะดูแลด้านการใช้ยาเมื่อผู้สูงอายুর้องขอความช่วยเหลือ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ที่จะมียุทธศาสตร์กิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

สุรพร ศุภโรจนอุดม (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ในเขตตำบลหนองแสง อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ จำนวน 37 คน และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน ดำเนินการวิจัยทั้งโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบทดสอบความรู้ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินมาตรฐานงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการระดมสมอง และการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ในเขตตำบลหนองแสง อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 9 กิจกรรม คือ 1) การประชุมกลุ่มย่อย 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การพัฒนาศักยภาพด้านรูปแบบ 5) การบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านเพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหาการใช้ยา 6) การบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านเพื่อติดตามการแก้ไขปัญหาการใช้ยา 7) การประเมินความพึงพอใจ 8) การประเมินผลการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และ 9) การถอดบทเรียน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาให้ความร่วมมือในการรักษาและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้ ร้อยละ 100 กลุ่มผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน และผลการประเมินการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ประกอบด้วย ความร่วมมือในกระบวนการเยี่ยมบ้าน ประสพการณ์และ

ความรู้ของทีมเยี่ยมบ้าน รวมทั้งความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน ความพึงพอใจต่อการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (Mean = 4.81, SD=0.34) เมื่อพิจารณาเป็นองค์ประกอบ 3 ด้าน นั่นคือ ความพึงพอใจต่อการจัดการตนเอง ด้านยา พบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุด (Mean = 4.76, SD=0.38) ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติของเภสัชกรต่อผู้ป่วย พบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุด (Mean =4.87, SD=0.33) และความพึงพอใจต่อผลลัพธ์การรักษา พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุด (Mean =4.84, SD=0.33)

กานต์ธีรา ชัยเรียบ (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน รูปแบบบริหารทางเภสัชกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและที่บ้านประกอบด้วย การให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรค การใช้ยา การปฏิบัติตัวเรื่องน้ำและอาหาร การค้นหาและแก้ไขปัญหาสืบเนื่องจากการใช้ยา การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการใช้ยา สามารถลดปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ได้โดยการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกให้อยู่ในเกณฑ์ตามเป้าหมายได้ โดยเฉพาะระดับโพสเฟตและระดับแคลเซียม แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังปฏิบัติตัวเองในเรื่องการจำกัดอาหารและน้ำไม่ได้ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกว่าเป้าหมายเพิ่มขึ้น ส่วนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันตลอดการศึกษา

วินัส สาระจรัส และแอนนา สุขะโน (2561) ทำการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังในโรงพยาบาล แหลมฉบัง ชลบุรี ที่อัตราการกรองของไตระหว่าง 60-89 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร อายุ 30 ปีขึ้นไป เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยยาเกินหนึ่ง สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจำนวน 60 ราย เครื่องมือในการทดลองได้แก่ กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ ประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง 12 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางจัดการตนเอง ผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยง กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และวิธีปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 4 และ 6 โทรศัพท์ติดตามเป้าหมายและวิธีปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมจัดการตนเอง เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ค่าความเที่ยง 0.81 และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต ซีโมโกลบินเอวันซี ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และค่าความดันโลหิต ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 1 และ 12 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t-test, Wilcoxon Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney U Test ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่ากระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซีและค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต

ศิริลักษณ์ ฤงทอง (2560) ทำการศึกษาวิจัยแนวทางการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเริ่มต้นจากในแต่ละปีให้ตรวจประเมินโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะและอัตราการกรองของไต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายและโรคร่วมที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต ซึ่งยาที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมความดันในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานได้แก่ ยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs การควบคุมอาหารประเภทโปรตีน ปริมาณต่อวันที่ผู้ป่วยสามารถรับได้ไม่เกิน 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม (1 ช้อนโต๊ะ) หลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต เช่น ยาแก้ปวดแก้แสบ (บางตัว) ยาชุดแก้ปวดและสมุนไพร และที่สำคัญคือ การได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองจากสังคมรอบข้าง ทั้งครอบครัวและหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้น หากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมได้สำเร็จ จะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลง

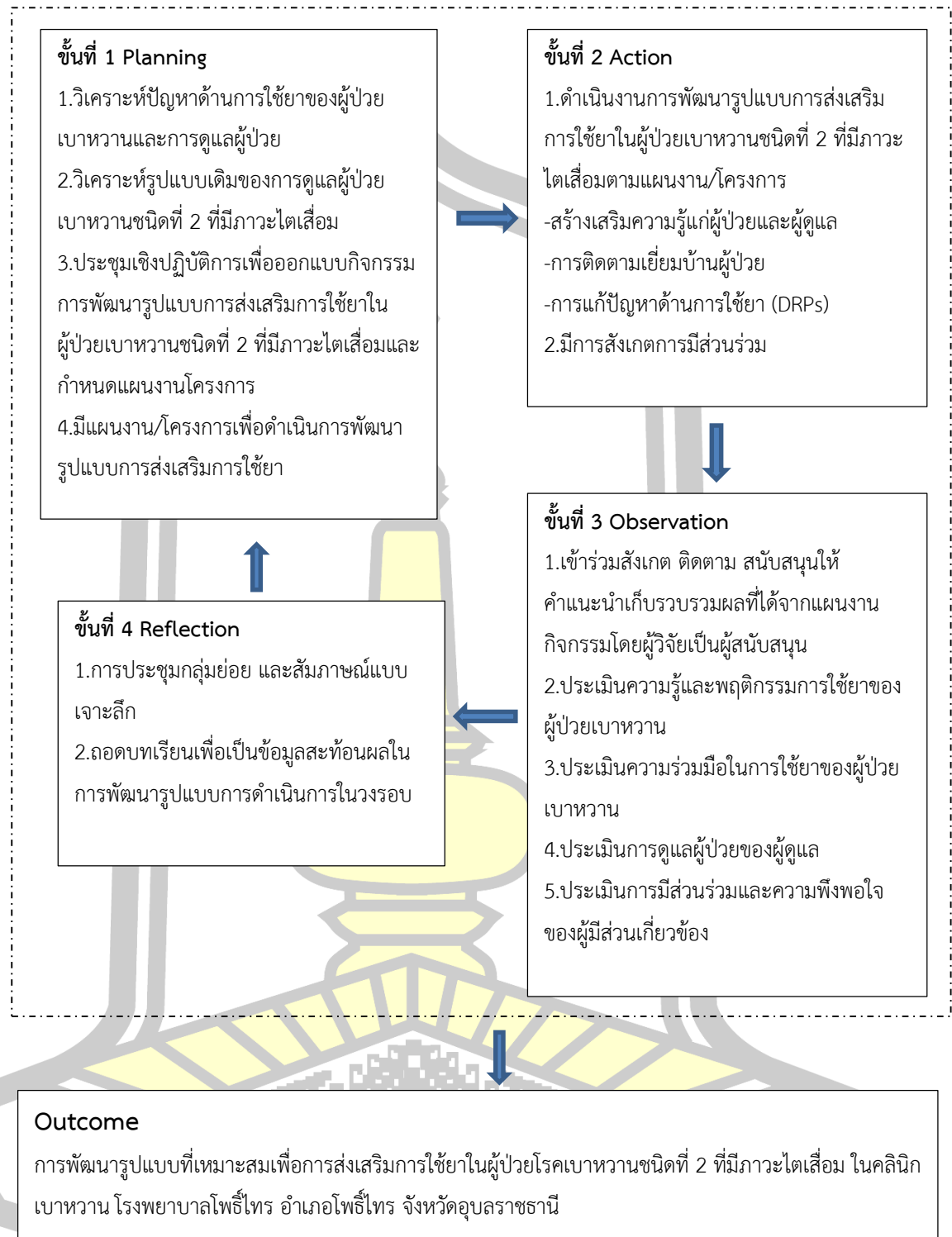
ชินกรณ แดนกาไสย และเพชรไสว ลิมตระกูล (2559) เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองเป็นกรอบในการศึกษา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 93.8 ไม่ทราบว่าตนมีภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม จากสภาพปัญหาได้มีการระดมสมองจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อร่วมวางแผนและดำเนินการ ดังนี้ 1) อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย 2) พัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. 3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. 4) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตและแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และ 5) จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ภายหลังจากการดำเนินงานตามแผนงานเป็นเวลา 10 สัปดาห์ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นอย่างแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.011$) และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 2) ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจำนวน 11 คน มีอัตราการกรองของไตคงที่ 2 คน และมีอัตราการกรองของไตลดลง 3 คน

พชนี นวลช่วย (2555) ได้ทำการศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าศาลา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบวัดผลก่อนและหลังที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช เพื่อศึกษาผลการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ค้นหาปัญหาที่สัมพันธ์กับการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ยา และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า การให้บริบาลเภสัชกรรมเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในส่วนของค่าระดับน้ำตาลในเลือด ($P=0.035$) ระดับคลอเรสเตอรอล ($p=0.035$) ระดับไตรกลีเซอไรด์ ($p<0.001$) และระดับแอลดีแอลคลอเรสเตอรอล ($p<0.001$)

2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวางแผน เพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกต การณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานต่อไป (Re-planning) โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Practical Action Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเข้าใจตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองในฐานะผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยผู้ทำการวิจัยเริ่มต้นจากการศึกษาบริบทและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยเฉพาะปัญหาด้านการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานจนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ต้องมีการใช้ยาหลายรายการ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากเวชระเบียนผู้ป่วยมาวิเคราะห์ จำแนกประเด็นปัญหา และเข้าสู่กระบวนการ PAOR โดยให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมสหวิชาชีพในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม เพื่อสร้างกระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

Process



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งรับการรักษาโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี นำไปสู่การวางแผนและดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใส่ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะไตเสื่อมเพิ่มขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ มีการแก้ไขปัญหาด้านการใส่ยาและส่งเสริมความร่วมมือในการใส่ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ซึ่งจะช่วยให้ชะลอภาวะไตเสื่อมได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม โดยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การบันทึกการประชุม (Record) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นลักษณะแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ (KAP) โดยมีลำดับขั้นตอนการวิจัยดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Practical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ที่เน้นการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและศึกษาหาแนวทางการแก้ไขปัญหา การวางแผนการทำงานและการติดตามประเมินผล โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก

นำแนวคิด นำแผนงานหรือนำโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้น ไปให้ผู้มีส่วนร่วมเป็นผู้ปฏิบัติ โดยดำเนินการตามขั้นตอนหรือวงรอบ P-A-O-R Spiral Cycle ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตผล (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) เพื่อค้นหาการพัฒนาในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่รับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561 – สิงหาคม 2562) จำนวน 133 คน
- 2) ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 133 คน
- 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตตำบลโพธิ์ไทร จำนวน 125 คน
- 4) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน เภสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกชะลอไตเสื่อม และนักจัดการโภชนาการ รวมจำนวน 5 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ระยะในการศึกษา ดังนี้

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาระยะที่ 1 (preliminary phase) เป็นการสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โดยสำรวจจากกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 133 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ในปีงบประมาณ 2562 โดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) เนื่องจากทราบจำนวนประชากร

$$n = \frac{X^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + X^2 p (1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (ในที่นี้กำหนด 5%)

X^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($X^2 = 3.841$)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $p = 0.5$)

แทนค่าในสูตรคำนวณ

$$n = \frac{3.841 \cdot 133 \cdot 0.5(1-0.5)}{(0.05)^2(133-1) + 3.841 \cdot 0.5(1-0.5)}$$

$$n = \frac{510.853 \cdot 0.25}{(0.0025 \cdot 132) + 0.96025}$$

$$n = 127.71325 / 1.29025$$

$$n = 98.983$$

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาปรับเป็นจำนวนเท่ากับ 99 คน จากจำนวนประชากร 133 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น โดยวิธีสุ่มแบบ Simple Random Sampling

3.2.2.2 กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาระยะที่ 2 (Action Phase) ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอพือไทร จังหวัดอุบลราชธานี และผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลโพธิ์ไทร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลโพธิ์ไทร บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ เภสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกชะลอไตเสื่อม และนักจัดการโภชนาการ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

กลุ่มผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 มารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพือไทร จังหวัดอุบลราชธานี ในระยะเวลาระหว่าง เดือนมกราคม - กันยายน 2563

สัมภาษณ์ได้

2. พูดและฟังภาษาไทยเข้าใจดี สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย ตอบแบบ

3. บุคคลปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อม

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย

2. ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ในระยะเวลาระหว่าง เดือนมกราคม - กันยายน 2563

สัมภาษณ์ได้

2. พูดและฟังภาษาไทยเข้าใจดี สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย ตอบแบบ

3. บุคคลปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อม

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโพธิ์ไทร และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ในระยะเวลาระหว่าง เดือนมกราคม - กันยายน 2563

2. ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. อสม. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย

2. อสม. ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. แพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน เกสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกชะลอไตเสื่อม และนักจัดการโภชนาการ
2. ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย
2. เจ้าหน้าที่ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

จึงนำมาซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

- | | |
|---|----------------|
| 1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 | จำนวน 15 คน |
| 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว | จำนวน 15 คน |
| 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | จำนวน 10 คน |
| 4. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข | |
| 1) แพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน | จำนวน 1 คน |
| 2) เกสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน | จำนวน 1 คน |
| 3) พยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน | จำนวน 1 คน |
| 4) พยาบาลประจำคลินิกชะลอไตเสื่อม | จำนวน 1 คน |
| 5) นักโภชนาการ | จำนวน 1 คน |
| | รวมจำนวน 45 คน |

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.1.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ในกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ กับกลุ่มที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแต่ละคนแนะนำ ตนเอง จากนั้นพูดคุย แลกเปลี่ยน บอกเล่าถึงประสบการณ์รวมถึงปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือ และแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมของแต่ละคน ซึ่งผู้วิจัยทำการบันทึกเสียง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาต่อไป

3.3.1.2 แบบบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม (Observation) ผู้วิจัยทำการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผนการแก้ไขปัญหา ด้านการปฏิบัติ และด้านการติดตาม ประเมินผล ในการวิเคราะห์ถึงปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและวางแผนการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3.3.1.3 แบบบันทึก (Record) ผู้วิจัยทำการบันทึกการดำเนินงานทุกกิจกรรม ทุกขั้นตอน เช่น การจดบันทึกข้อมูลจากการสำรวจ การจดบันทึกการประชุม การจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การบันทึกภาพ ได้แก่ การบันทึกภาพการประชุม ภาพกิจกรรมโครงการอบรมให้ความรู้ ภาพกิจกรรมการให้บริการคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม กิจกรรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ และในการบันทึกภาพและเสียง ผู้วิจัยทำการบันทึกในขั้นตอนของการสัมภาษณ์ และในกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ

3.3.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 3 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว และแบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใส่ใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อปี บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ป่วย ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบข้อความที่คิดว่าถูกต้อง ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูก จะได้ 1 คะแนนตอบผิด จะได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและมีค่าสูงสุด 10 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาใช้เกณฑ์ของ Bloom (1986)

คะแนน $\geq 80\%$ (≥ 8 คะแนน)	หมายถึง ความรู้ระดับสูง
คะแนน 60-79 % (6-7 คะแนน)	หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน $< 60\%$ (≤ 5 คะแนน)	หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการใส่ใจของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากการศึกษาและอ้างอิงตามประเภทปัญหาด้านการใช้ยา (Drugs related problems) ของ The American Society of Health System Pharmacists (ASHP) มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบ

สอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง แต่ละข้อมีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีการพิจารณาให้คะแนนตัวเลือกดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 4 คะแนน	ให้ 0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้ 1 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้ 0 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

การแปลผลความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1981) จำนวนระดับที่แบ่ง 3 ระดับ ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3} = \frac{48-0}{3} = 16$$

ค่าคะแนน 32 – 48 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนน 16 – 31 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 0 – 15 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากการศึกษาของ พัทณี นวลช่วย (2555) ตามแนวทางประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของ Morisky DE, Green LW (1986) มีจำนวน 4 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนรวม 0 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง (High adherence)

คะแนนรวม 1-2 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง (Intermediate)

คะแนนรวม 3-4 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ (Low adherence)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ประกอบด้วย 3 ส่วน
ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ
สมรส ระดับการศึกษา รายได้ฐานะทางการเงินของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่
ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ โรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง จำนวน 12 ข้อ เป็น
ลักษณะให้เลือกตอบข้อคำถามที่คิดว่าถูกต้อง ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูก จะได้ 1 คะแนน
ตอบผิด จะได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและมีค่าสูงสุด
12 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาใช้เกณฑ์
ของ Bloom (1986)

คะแนน ≥ 80 % (≥ 10 คะแนน)	หมายถึง ความรู้ระดับสูง
คะแนน 60-79 % (8-9 คะแนน)	หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน < 60 % (≤ 7 คะแนน)	หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ผู้วิจัย
สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากการศึกษาแบบแผนครอบครัวในการชะลอความเสื่อมของไตของสังคม
ศุภรัตน์กุล (2561) มี 8 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การดูแล
เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย การกำกับการใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารปรุงแต่งอาหาร
การเฝ้าสังเกตภาวะแทรกซ้อน การจัดการทั่วไป และการจัดการความเครียด จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อ
คำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) มีลักษณะแบบเลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็น
บางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำในหนึ่งสัปดาห์ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นบางครั้งในหนึ่งสัปดาห์	กำหนดให้	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้งในหนึ่งสัปดาห์	กำหนดให้	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำในหนึ่งสัปดาห์	กำหนดให้	3 คะแนน

กำหนดการแปลผลของระดับการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่ง 3 ระดับการดูแลโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์
ตามแนวคิดของ บุญชม ศรีสะอาด (2546)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3} = \frac{36 - 12}{3} = 8$$

จำนวนระดับที่แบ่งจากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานเป็น 3 ระดับ

ค่าคะแนน 28 – 36 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระดับมาก

ค่าคะแนน 20 – 27 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 12 – 19 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระดับน้อย

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง/หน้าที่ในชุมชน ระยะเวลาที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมประเมินตนเอง แต่ละข้อมีตัวเลือก 5 ระดับ โดยมีการพิจารณาให้คะแนนตัวเลือกดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนของระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะเลือกคำตอบแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1981) จำนวนระดับที่แบ่ง 3 ระดับ ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3} = \frac{50 - 10}{3} = 13.33$$

ค่าคะแนน 10 – 23 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับต่ำ

ค่าคะแนน 24 – 37 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 38 – 50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมประเมินตนเอง แต่ละข้อมีตัวเลือก 5 ระดับ โดยมีการพิจารณาให้คะแนนตัวเลือกดังนี้

มากที่สุด หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวทุกครั้ง
 มาก หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเกือบทุกครั้ง
 ปานกลาง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง
 น้อย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวบางครั้ง
 น้อยที่สุด หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว

การแปลผลคะแนนของระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา
 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะเลือกคำตอบแต่
 ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1981) จำนวน
 ระดับที่แบ่ง 3 ระดับ ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3} = \frac{50 - 10}{3} = 13.33$$

ค่าคะแนน 10 – 23 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับน้อย

ค่าคะแนน 24 – 37 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 38 – 50 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับมาก

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ ในการตรวจสอบความตรงของแบบ
 สัมภาษณ์ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบ
 สัมภาษณ์ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญรวม 3 ท่าน ตรวจสอบความถูก
 ต้องและความตรงของเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (Index of
 item – objective congruence : IOC) ตามสูตร

$$IOC = \frac{\Sigma R}{n}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็น
 ของผู้เชี่ยวชาญ

ΣR = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปถือว่ามีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ จากนั้นทำการตรวจสอบแก้ไขให้ถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ตรงตามเนื้อหา หากพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยเลือกใช้ความเห็นที่สอดคล้องกันจาก 2 ใน 3 คน แล้วนำไปปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ หลังจากนั้นนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อแก้ไขให้มีความถูกต้องและครอบคลุม เนื้อหามากขึ้น โดยค่า IOC ที่ได้เท่ากับ 0.67-1.00

3.4.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 35 คน จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลการทดสอบแบบสอบถามดังนี้

ชุดแบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน 3 ส่วน ค่า Reliability เท่ากับ 0.739, 0.788 และ 0.731

ชุดแบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย 2 ส่วน ค่า Reliability เท่ากับ 0.811 และ 0.863

ชุดแบบสอบถามผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2 ส่วน ค่า Reliability เท่ากับ 0.932 และ 0.925

3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

กระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

1.1 ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้สถานที่ของคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร

1.1.1 เป็นการหารือเกี่ยวกับรูปแบบเดิมของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1.1.2 วิเคราะห์ปัญหาด้านการเข้าของของผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่ม อสม. โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยและข้อคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา

ผู้วิจัยทำการสังเกตและบันทึกการมีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่มและการให้ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมสนทนากลับมาเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการส่งเสริมการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

1.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อหากกลยุทธ์ในการดำเนินงานและร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยนำประเด็นปัญหาและความต้องการที่ได้จากการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลจากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันมานำเสนอในที่ประชุม เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน โดยเปิดโอกาสให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็น และนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

1.3 สรุปแผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ปี 2563										ผู้เกี่ยวข้อง	
		มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	ข้อ		
1.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ	เพื่ออบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง การใช้จ่าย และการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน			●									ผู้วิจัย/ กลุ่มตย
2.จัดกิจกรรมให้สุขศึกษา กลุ่มผู้ป่วยที่ คลินิก เบาหวาน	เพื่อเพิ่มความรู้และความตระหนักในการใช้จ่ายให้ถูกต้อง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาร่วมกัน				●	●	●	●	●				ผู้วิจัย/ กลุ่มตย
3.ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน	เพื่อติดตามปัญหาการใช้จ่ายและยาเหลือใช้ ช่วยส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยและอสม. ให้มีส่วนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข					●	●	●	●				ผู้วิจัย/ กลุ่มตย

2. ขั้นตอนปฏิบัติ (Action)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ซึ่งในแผนปฏิบัติการจัดเป็น 3 กิจกรรม ได้แก่

2.1 การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง รวมถึงการดูแลผู้ป่วยและการใช้ยา การจัดการด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม บุคลากรสาธารณสุขในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร เป็นวิทยากร โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่ออบรมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 99 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 99 คน และ อสม. จำนวน 25 คน โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น ในวันที่ 7 และ 8 มีนาคม 2563 ภายหลังจากอบรมให้ความรู้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง (post-test) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

2.2 การให้สุขศึกษาแก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและญาติที่มาใช้บริการในคลินิกเบาหวานทุกวันพุธ ในช่วงเดือนเมษายน-สิงหาคม 2563 โดยระหว่างที่ผู้ป่วยเบาหวานรอพบแพทย์หลังจากที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการเจาะเลือด วัดความดันโลหิต และรอซักประวัติโดยพยาบาลประจำคลินิก จะมีการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที เป็นการทบทวนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเสื่อม การใช้ยา การจัดการอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและความสนใจในประเด็นต่าง ๆ ตามหัวข้อที่ให้สุขศึกษา ซึ่งจะช่วยสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยเบาหวานในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพ

2.3 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2563 เพื่อติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน และปัญหายาเหลือใช้ ผู้วิจัยและบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกเบาหวานและอสม. จัดตารางออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ช่วงบ่ายวันศุกร์และวันเสาร์-อาทิตย์ ตามที่สามารถนัดผู้ป่วยได้ โดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ 15 ครั้งเรือน การออกเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยชัดเจนมากขึ้น รวมถึงการจัดเก็บยา และจำนวนยาที่เหลือของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้คำแนะนำและแนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้ยาให้เกิดความถูกต้องเหมาะสม หลังจากนั้นจึงประเมินผลพฤติกรรม การใช้ยาดูแลสุขภาพแบบสอบถามเพื่อเปรียบเทียบก่อน-หลังการดำเนินงาน

3. ขั้นตอนการสังเกต (Observation)

ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันสังเกตผลในทุกกิจกรรม ทุกขั้นตอนตั้งแต่ก่อนดำเนินการระหว่างดำเนินการและหลังการดำเนินการ ในส่วนของผลการดำเนินการที่ต้องวัดผลก่อนและหลังการดำเนินการ รวมถึงการบันทึกข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ระดับการทำงานของไต ได้แก่ Serum Creatinine และ eGFR ซึ่งอยู่ในภาวะเบาหวานผู้ป่วย

ในส่วนของแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากร ผลของระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผลด้านการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยทำการประเมินผลก่อนการดำเนินงาน (Pre -Test) และประเมินผลหลังการดำเนินงาน (Post -Test) เพื่อการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอพือไทร จังหวัดอุบลราชธานี

4. ขั้นตอนสะท้อนผล (Reflection)

จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มในลักษณะของการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อสรุปปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน นำเสนอผลการปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ รวมถึงการวางแผนปฏิบัติการในรอบต่อไปและสะท้อนผลการปฏิบัติงานการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluation) โดยประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. เมื่อกระบวนการพัฒนาเสร็จสิ้นผู้วิจัย ได้กำหนดการประเมินผลกระบวนการพัฒนา ดังนี้การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
2. เปรียบเทียบค่าการทำงานของไต (eGFR) ของผู้ป่วยหลังการเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน
3. สสำรวจความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน
4. สสำรวจการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ความรู้ พฤติกรรมการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยนี้

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการ การบันทึกการประชุมกลุ่ม

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3.7.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสัมภาษณ์ความรู้ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วม

3.7.2 ใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรค การใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงระดับการเชื่อมโยงไตของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการวิจัย ในส่วนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว ใช้ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการวิจัย

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิขอจริยธรรมการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง โดยการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 087/2563 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 จากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ช่วงระยะเวลาในการวิจัย รวมถึงขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้

กลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจตามสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยจะดำเนินการวิจัยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเกิดอันตรายน้อยที่สุดแก่ผู้เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ข้อมูลได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อที่แท้จริง การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม ซึ่งเป็นประโยชน์ในทางวิชาการสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถจะออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้อาาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอริ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ขอนำเสนอข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.4 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

\bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)

n แทน จำนวนตัวอย่าง

Max แทน ค่าสูงสุด

Min แทน ค่าต่ำสุด

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

d แทน ค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (Mean Difference)

t แทน ค่าสถิติที่คำนวณได้จากสูตร

p-value แทน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

95% CI แทน ช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ของค่าเฉลี่ยความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (95% Confidence Interval of the Difference)

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ขอนำเสนอตามรายละเอียดดังนี้

4.2.1.1 การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.1.2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปที่ศึกษาของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

4.2.1.3 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง

4.2.1.4 พฤติกรรมการเข้าและความร่วมมือในการเข้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย

4.2.2 การศึกษากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.2.1 วิเคราะห์รูปแบบเดิมของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

4.2.2.2 วิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอแนะโดยกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยเบาหวาน

4.2.2.3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

4.2.2.4 ความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

4.2.3 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ในช่วงตุลาคม 2561 – ตุลาคม 2562 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 133 ราย เป็น

เพศชาย 58 คน เพศหญิง 75 คน จากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่ได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาค่า estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) เพื่อประเมินระดับการเสื่อมสภาพของไต พบว่าในช่วงระยะเวลา 1 ปี มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 27 คน (ร้อยละ 20.30) ได้รับการตรวจหาค่า eGFR เพียง 1 ครั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเลือดหาค่า eGFR 2 ครั้ง มีจำนวน 59 คน (ร้อยละ 44.36) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเลือด 3 ครั้ง มีจำนวน 18 คน (ร้อยละ 13.53) และผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเลือดหาค่า eGFR มากกว่า 3 ครั้ง มีจำนวน 29 คน (ร้อยละ 21.80) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเลือดมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป มักจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ และมีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป จนต้องได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น ผลการตรวจเลือดหาค่า eGFR ในช่วงเดือนสิงหาคม - เดือนตุลาคม 2562 เพื่อเปรียบเทียบกับค่า eGFR ในครั้งก่อนหน้าของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 กลุ่มนี้ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงระดับการเสื่อมสภาพของไต จำนวน 28 คน (ร้อยละ 21.05) โดยเปลี่ยนเป็น CKD stage 4 จำนวน 21 คน (ร้อยละ 15.79) CKD stage 5 จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.50) CKD stage 2 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 3.76) จากข้อมูลปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 250 คน ที่รับบริการที่คลินิกเบาหวาน เดือนสิงหาคม 2562 พบว่ามีผู้ป่วยปรับลดยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2 ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและหยุดยาเอง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ผู้ป่วยกินยาไม่ครบทุกตัว จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 ผู้ป่วยกินยาเดิมต่อไปโดยไม่ได้ปรับขนาดยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 16.8

จากข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นเพื่อแก้ไขพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดปัญหาด้านการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จะมีข้อจำกัดในการใช้ยา เช่น ไม่ควรใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs หรือยา Glibenclamide และผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่มักจะมีอาการปวดตามร่างกายอยู่บ่อย ๆ เนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกายตามธรรมชาติ จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการใช้ยาแก้ปวด และยาสมุนไพรแก้ปวด โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง พฤติกรรมการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง และการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ของผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย โดยใช้

แบบสอบถามเก็บข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม พบว่า ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับดี และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับมาก ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับคะแนนการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังจากนั้นได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยใช้ผลการศึกษาริบทและสภาพปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบในการสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ พร้อมทั้งระบุสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงนำข้อมูลไปใช้ประกอบในขั้นตอนของการวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป ซึ่งบรรยากาศในการสนทนากลุ่มนั้น ผู้วิจัยได้นำกระบวนการที่เรียกว่า สนทริยปรัชนีย (Appreciative Inquiry) ซึ่งเป็นกระบวนการสนทนาที่ทำให้เกิดการถามคำถามในเชิงบวก เพื่อนำไปสู่การเห็นคุณค่าและการสร้างความรู้ใหม่ ๆ ทำให้ทุกคนเข้าใจและเห็นคุณค่าในกันและกันโดยใช้มุมมองเชิงบวกในการค้นหาประสบการณ์ดี ๆ ของผู้ร่วมสนทนา นำไปสู่การวางแผน การปฏิบัติติดตามประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เข้าร่วมมีความเป็นกันเองและให้ความร่วมมือในการสนทนาเป็นอย่างดี โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนการศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหา ดังนี้

4.3.1.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

- 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จากการตอบแบบสอบถามรายบุคคล



ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	44	44.40
หญิง	55	55.60
2.อายุ		
40-59 ปี	10	10.10
60-69 ปี	33	33.33
70-79 ปี	33	33.33
80 ปีขึ้นไป	23	23.23
$\bar{X}=71.78$ S.D.=9.86 min=45 max=95		
3.อาชีพ		
เกษตรกร	58	58.58
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	1.01
ข้าราชการบำนาญ	1	1.01
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	39.39
4.สถานภาพสมรส		
โสด	1	1.01
แต่งงาน	70	70.71
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	28	28.28
5.วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	90	90.91
มัธยมศึกษา	6	6.06
ปวช./ปวส./อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	3	3.03
6.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่เกิน 1500	66	66.67
1501 – 5000	28	28.28
5001 – 10000	3	3.03
10001 - 30000	2	2.02
$\bar{X}=1765.15$ S.D.=2015.05 min=600 max=12550		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
7.บุคคลที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิด		
สามี/ภรรยา	36	36.36
ลูก	52	52.53
พี่น้อง	1	1.01
ญาติ	10	10.10
8.ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ปี)		
1-5 ปี	36	36.36
6-10 ปี	34	34.34
11-20 ปี	19	19.19
มากกว่า 20ปี	10	10.10
$\bar{X}=10.25$ S.D.=8.90 min=1 max=50		
9.ประวัติเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
เคย admit	46	46.46
ไม่เคย admit	53	53.54

จากตารางที่ 3 การดำเนินการศึกษาข้อมูลก่อนการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 มีกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 99 คน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.6) มีอายุเฉลี่ย 71.78 ปี (S.D.= 9.86) อายุต่ำสุด 45 ปี อายุสูงสุด 95 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 58.58) ส่วนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คือเป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน (ร้อยละ 39.39) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.71) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.91) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่เกิน 1500 บาท/เดือน (ร้อยละ 66.67) บุคคลที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นลูก (ร้อยละ 52.53) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ย 10.25 ปี (S.D.=8.90) นานสุด 50 ปี ผู้ป่วยที่เคยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 46 ราย (ร้อยละ 46.46) และไม่เคยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล 53 ราย (ร้อยละ 53.54)

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย จากการตอบแบบสอบถามรายบุคคล

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	28	28.30
หญิง	71	71.70
2.อายุ		
15-35 ปี	15	15.15
36-45 ปี	22	22.22
46-55 ปี	30	30.30
56-65 ปี	16	16.16
66 ปีขึ้นไป	16	16.16
$\bar{X}=50.22$ S.D.=14.62 min=15 max=90		
3.อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	73	73.74
รับจ้าง	7	7.07
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	7.07
ข้าราชการบำนาญ	1	1.01
ลูกจ้างประจำ	1	1.01
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	10.10
4.สถานภาพสมรส		
โสด	10	10.10
แต่งงาน	83	83.84
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	6	6.06
5.วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	59	59.60
มัธยมศึกษา	30	30.30
ปวช/ปวส/อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	6	6.06
ปริญญาตรี	4	4.04

ตารางที่ 4 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
6.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่เกิน 3000 บาท	62	62.63
3001-6000	25	25.25
6001-9000	8	8.08
มากกว่า 9000 บาท	4	4.04
\bar{X} =4106.06 S.D.=6512.01 min=0 max=50000		
7.สถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแล		
คู่สมรส	37	37.37
ลูก	44	44.44
พ่อ/แม่	4	4.04
พี่/น้อง	2	2.02
ญาติ	12	12.12

จากตารางที่ 4 การดำเนินการศึกษาข้อมูลก่อนการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 99 คน เป็นเพศชาย 28 คน เพศหญิง 71 คน อายุเฉลี่ย 50.22 ปี (S.D.=14.62) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.74) และอยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 83.84) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.60 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.30 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 3000 บาท (ร้อยละ 62.63) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นลูกของผู้ป่วยเบาหวาน (ร้อยละ 44.44) รองลงมาคือคู่สมรส (ร้อยละ 37.37)

พหุบัณฑิต ชีวะ

4.3.1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการ
ใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=45)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	9	20.00
หญิง	36	80.00
2.อายุ		
15-35 ปี	4	8.89
36-45 ปี	11	24.44
46-55 ปี	12	26.67
56-65 ปี	11	24.44
66 ปีขึ้นไป	7	15.56
$\bar{X}=51.27$ S.D.=12.26 min=24 max=75		
3.อาชีพ		
เกษตรกร	35	77.78
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	17.78
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	2.22
ข้าราชการบำนาญ	1	2.22
4.สถานภาพสมรส		
โสด	7	15.56
แต่งงาน	37	82.22
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	1	2.22
5.วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	18	40.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	26.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	15.56
ปวช/ปวส/อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	2	4.44
ปริญญาตรี	6	13.33

ตารางที่ 5 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=45)	ร้อยละ
6.ตำแหน่ง/หน้าที่ในชุมชน		
แพทย์	1	2.22
เภสัชกร	1	2.22
พยาบาลวิชาชีพ	2	4.44
นักโภชนาการ	1	2.22
ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	15	33.33
ผู้ป่วยเบาหวาน	15	33.33
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	10	22.22
7.ระยะเวลาที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามตำแหน่งในข้อ6.		
3-5 ปี	8	17.78
6-10 ปี	18	40.00
มากกว่า 10 ปี	19	42.22
\bar{X} =10.00 S.D.=4.05 min=3 max=20		

จากตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 45 คน เป็นเพศชาย 9 คน เพศหญิง 36 คน มีอายุเฉลี่ย 51.27 ปี (S.D.=12.26) อายุน้อยสุด 24 ปี และอายุมากที่สุด 75 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.78) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 82.22) จบการศึกษาระดับประถม (ร้อยละ 40.00) และส่วนใหญ่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมานานกว่า 10 ปี (ร้อยละ 42.22)

4.3.1.3 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง ก่อนการพัฒนา

สัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลด้วยแบบสอบถามประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา

ระดับความรู้	ผู้ป่วยเบาหวาน		ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	
	จำนวน (n=99)	ร้อยละ	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
ความรู้มาก (ได้คะแนน 80% ขึ้นไป)	65	65.66	59	59.60
ความรู้ปานกลาง (ได้คะแนน 60-79%)	20	20.20	30	30.30
รู้น้อย (ได้คะแนนต่ำกว่า 60%)	14	14.14	10	10.10
รวม	99	100	99	100
	$\bar{X}=7.98$ S.D.=1.83 min=3 max=10		$\bar{X}=9.67$ S.D.=1.66 min=5 max=12	

จากตารางที่ 6 การประเมินระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 65.66) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.98 (S.D.=1.83) และผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก (ร้อยละ 59.60) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 9.67 (S.D.=1.66)

4.3.1.4 พฤติกรรมการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาและการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการพัฒนา

สัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ และแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale)

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และระดับคะแนนการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา

ระดับพฤติกรรม	ผู้ป่วยเบาหวาน		ผู้ดูแลผู้ป่วย	
	จำนวน (n=99)	ร้อยละ	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
ระดับมาก	56	56.57	35	35.35
ระดับปานกลาง	43	43.43	51	51.52
ระดับน้อย	0	0	13	13.13
รวม	99	100	99	100
	$\bar{X}=31.62$ S.D.=4.15 min=24 max=40		$\bar{X}=26.46$ S.D.=5.20 min=15 max=36	

จากตารางที่ 7 การประเมินระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมในระดับมาก (ร้อยละ 56.57) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 31.62 (S.D.=4.15) และการประเมินระดับคะแนนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่ให้การดูแลระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.52) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 26.46 (S.D.=5.20)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการพัฒนา

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	ก่อนการพัฒนา	
	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
ระดับสูง (ได้ 0 คะแนน)	47	47.47
ระดับปานกลาง (ได้ 1-2 คะแนน)	49	49.49
ระดับต่ำ (ได้ 3-4 คะแนน)	3	3.03
รวม	99	100

จากตารางที่ 8 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ก่อนการพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.49) และระดับสูง (ร้อยละ 47.47)

4.3.2 การศึกษากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี

จากการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการใช้ยาที่ไม่สม่ำเสมอ ลืมรับประทานยา มีการปรับลดยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง หรือไม่ได้ปรับขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง และกินยาแก้ปวดบ่อย ๆ ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะส่งผลให้มีโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพการทำงานของไตแย่ลง ดังนั้นการศึกษาวิจัยนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อให้ใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยพัฒนาองค์ความรู้และสร้างความตระหนักในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง ตามแนวความคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัวแปร คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice)

4.3.2.1 วิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการพัฒนาศูนย์เบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานแบบ one-stop service ทุกวันพุธ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการประจำคลินิก ได้แก่ แพทย์เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ผู้ช่วยนักเทคนิคการแพทย์ ผู้ช่วยเภสัชกร และผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยรูปแบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานทุกวันพุธ เป็นดังนี้

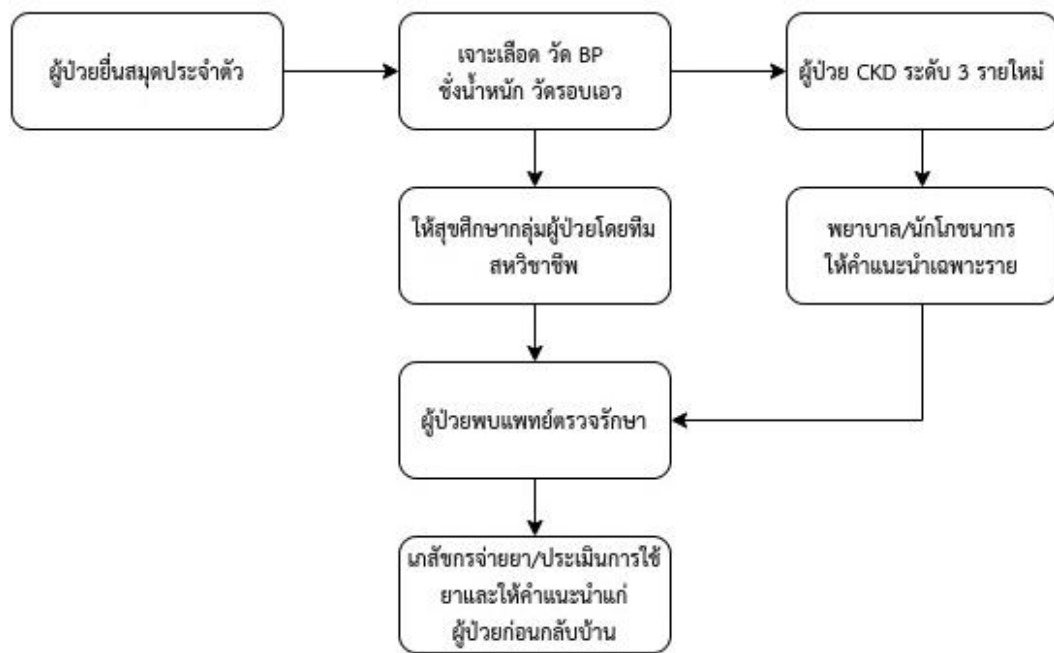
1. ผู้ป่วยเบาหวานยื่นสมุดประจำตัว เพื่อรับการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล ซึ่งน้ำหนัก วัด ความดันโลหิต วัดรอบเอว บันทึกลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยและโปรแกรมให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล จากนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงจะไปปรับประทานอาหารเช้า แล้วกลับมารอซักประวัติ โดยพยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน

2. ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับการตรวจเลือดหาค่า serum creatinine เพื่อใช้คำนวณค่า eGFR ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงระดับการทำงานของไต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเริ่มตรวจในเดือนตุลาคม หากผลการตรวจเลือดพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเริ่มมีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 จะได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดย

พยาบาลประจำคลินิกชะลอไตเสื่อม และได้รับการให้ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมโดยนักโภชนาการ ก่อนที่จะได้รับการส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาโรคต่อไป

3. บุคลากรในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีมารับบริการในแต่ละสัปดาห์ ในช่วงเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดแล้วรับประทานอาหารเช้าเสร็จแล้ว และรอรับการซักประวัติจากพยาบาล ก่อนเข้าพบแพทย์ โดยจัดเนื้อหาความรู้หมุนเวียนไปแต่ละสัปดาห์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกาย การจัดการด้านอาหารและโภชนาการ ความรู้ด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสม เป็นต้น

4. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ประจำคลินิกเบาหวานแล้ว จากนั้นให้ไปรับยาพร้อมคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกร โดยเภสัชกรจะประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และทบทวนวิธีการใช้ยา หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านยา จะได้รับยาแล้วจึงกลับบ้าน พร้อมบัตรนัดรับบริการในครั้งต่อไป



รูปภาพที่ 2 Framework Diagram ของรูปแบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน

4.3.2.2 ปัญหาและข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่ม

จากการทำกิจกรรมกลุ่ม Focus-Group Discussion เพื่อวิเคราะห์รูปแบบและปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานก่อนการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ควรได้รับการให้ความรู้เรื่องโรค เบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกาย เพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมที่แย่ง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP) ซึ่งเชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมจะมีลักษณะเป็นเส้นตรง นั่นคือความรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และจะส่งผลไปยังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ในที่สุด โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ต้องการให้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน ไม่ต่ำกว่า 10 ปี และมีข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น อ่านฉลากยาไม่ได้ ความจำไม่ดี หักแบ่งเม็ดยาไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ไม่ได้ปรับขนาดยาตามแพทย์สั่ง ใช้ยาตามความเคยชินครั้งก่อน ๆ เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

2. ต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมโดยเน้นด้านการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการดูแลและติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และนำเสนอปัญหาเหล่านั้นมายังบุคลากรในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาต่อไป

3. การจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และ อสม. เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจและสร้างความตระหนักในการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความต้องการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การจัดเก็บยาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้อายุเสื่อมสภาพก่อนวันหมดอายุ

4. ต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำที่ถูกต้อง รวมถึงการจัดการยาที่เหลือที่บ้านผู้ป่วย เนื่องจากการซักประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวานยังได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง และไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ามียาเหลือใช้ มีการจัดเก็บยาเหมาะสมหรือไม่ การเยี่ยมบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยได้

มีโอกาสซักถามปัญหาหรือมีข้อสงสัยต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง รวมถึงช่องทางการติดต่อเพื่อสอบถามหรือปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ โดยไม่ต้องมาที่โรงพยาบาล เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลาที่ต้องใช้ในการเดินทาง

4.4 กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

การศึกษาวิจัยนี้ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในคลินิกเบาหวาน และคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ (Pre-action Phase) และระยะดำเนินการ (Action Phase) ซึ่งกำหนดขั้นตอนในลักษณะวงรอบ (spiral) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการโดยจัดกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยมีผลการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการ (Pre-action phase)

1.1 จัดประชุมทีมผู้วิจัย เป็นการประชุมครั้งที่ 1 ใช้รูปแบบ Focus Group Discussion เพื่อชี้แจงการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร (ดำเนินการวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563) ดังนี้

1.1.1 ชี้แจงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินการพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะในประเด็นต่าง ๆ เป็นการวิจัยที่ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน คือ ร่วมกันคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผลลัพธ์ และร่วมประเมินผล ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่สมบูรณ์ หรือมากที่สุด ส่วนการมีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้มีการวางแผนการหรือโครงการที่กำหนดขึ้น เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์แก่ส่วนรวม

1.1.2 ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และรูปแบบเดิมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ทั้งในส่วนของปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยโดยกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย การวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร

เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการกำหนดแผนงานและโครงการที่จะดำเนินการในการแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ผลของการดำเนินกิจกรรม ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสนใจเป็นอย่างมาก มีการซักถามและพูดคุย แลกเปลี่ยนกับผู้วิจัย และได้มีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ดังนี้

“... อยากให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องอาหารที่ควรกิน หรือควรงด แก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ...”

“... อยากให้แนะนำการใช้จ่ายที่ถูกต้อง ยาที่ไม่ควรกิน หรือยาสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคได้ ...”
(ตัวแทนผู้ป่วยเบาหวาน, 11 กุมภาพันธ์ 2563 : การแสดงความคิดเห็น)

“ ... อยากให้แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน...”

“ ...อยากให้นักวิชาการสาธารณสุขเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้ได้เห็นสภาพความเป็นอยู่จริงของผู้ป่วย และได้พูดคุยซักถามปัญหาอย่างใกล้ชิด...” (ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วย, 11 กุมภาพันธ์ 2563 : การแสดงความคิดเห็น)

“ ... อยากให้ อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการไปติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย...” (ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข, 11 กุมภาพันธ์ 2563 : การแสดงความคิดเห็น)

2. ระยะ Action phase ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

การวิเคราะห์ปัญหาการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานโดยกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยและ อสม. และแนวทางการแก้ไขปัญหา กำหนดแผนงานดังนี้

ตารางที่ 9 แผนงาน (Action Plan)

แผนงาน	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
ประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล (2 รุ่น)	เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้ยา การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม	ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อสม.
เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน (บ่ายวันศุกร์และวันเสาร์-อาทิตย์)	เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและปัญหาการใช้ยา	ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อสม.
การให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม (วันพุธ)	เพื่อทบทวนความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม รพ.โพธิ์ไทร

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action)

2.2.1 จัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง ความรู้เรื่องโภชนาการและการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยไตเสื่อม ความรู้เรื่องการใช้ยา และความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม โดยวิทยากรในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร และนักโภชนาการ ที่ให้บริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร โดยผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 99 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 99 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 คน โดยจัดประชุม 2 รุ่น (วันที่ 7 และ 8 มีนาคม 2563) หลังการจัดประชุมได้แจกแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังการให้ความรู้ และซักถามแลกเปลี่ยนเพื่อนำความรู้ที่ได้ไปสู่การปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยความร่วมมือของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

2.2.2 จัดตารางออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลตำบลโพธิ์ไทร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย และศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน โดยออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานในช่วงบ่ายวันศุกร์ และเสาร์-อาทิตย์ ตามที่สามารถนัดผู้ป่วยได้ โดยผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจาก อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกเบาหวาน การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละสัปดาห์ ทำได้ครั้งละ 5 – 6 ครั้งเรือน โดยสรุปภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จัดยารับประทานด้วยตัวเอง และสามารถกินยาได้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง มีส่วนน้อยที่มีผู้ดูแลจัดยาให้เป็นมือตามเวลา เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตาและความจำ มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาการลืมรับประทานยาเป็นบางครั้ง ซึ่งจากการซักถามและวิเคราะห์ปัญหา พบว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าเสร็จแล้ว ไปทำกิจกรรมอย่างอื่น ทำให้ลืมรับประทานยา จึงแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเวลาการรับประทานยาจากหลังอาหาร 15 นาทีเป็นรับประทานยาหลังอาหารทันที และจัดยาที่จะรับประทานแต่ละมื้อไว้รอก่อนที่จะเริ่มรับประทานอาหารเช้า พบว่าส่วนใหญ่มียาเหลือหลายรายการ ซึ่งเกิดจากการลืมกินยาบางมื้อ และการไปพบแพทย์ก่อนนัดเนื่องจากมีปัญหาการเจ็บป่วยอื่น ๆ และแพทย์สั่งยาโรคประจำตัวให้ด้วย ส่วนประเด็นการซักถามปัญหาต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับเรื่องการจัดอาหารที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย และการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยหลายคนแจ้งว่าได้มีการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัวภายหลังจากได้รับการอบรมให้ความรู้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เช่น การรับประทานข้าวเจ้าแทนข้าวเหนียว เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลง การรับประทานไข่ต้มแทนไข่เจียว การรับประทานเนื้อปลาเพิ่มขึ้น และลดการรับประทานเนื้อหมูและเนื้อวัว เป็นต้น

2.2.3 จัดตารางให้สุขศึกษาแก่ผู้รับบริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โดยช่วงเวลาเช้าหลังจากที่ผู้ป่วยตรวจเลือด วัดความดันโลหิตแล้ว และรอซักประวัติโดยพยาบาลประจำคลินิก จะมีการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที เป็นการทบทวนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเสื่อม ความรู้เรื่องยา การจัดอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่าง ๆ ตามหัวข้อที่ได้มีการให้สุขศึกษา

หลังจากดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดขึ้น เป็นระยะเวลา 1 เดือน ได้จัดประชุมทีมวิจัยด้วยรูปแบบ Focus Group Discussion ครั้งที่ 2 เพื่อสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน และวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน เพื่อปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้เหมาะสมมากขึ้น พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคดังนี้

ตารางที่ 10 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามแผนงาน

แผนงาน	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	แนวทางแก้ไข
การออกเยี่ยมบ้าน	ไม่พบผู้ป่วยเบาหวานและ ผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากออกไป ทำธุระนอกบ้าน	แจ้งนัดหมายเวลาที่จะออก เยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยให้ อสม. เป็นผู้ประสานงาน เพิ่มวันที่ออกเยี่ยมบ้านเป็นวัน เสาร์ ช่วงเช้า สำหรับครัวเรือน ที่ไม่พบผู้ป่วยเบาหวานและ ผู้ดูแลผู้ป่วยในวันศุกร์ที่ออก เยี่ยมบ้าน
กิจกรรมให้สุขศึกษากลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ป่วยเบาหวานทยอยมารับ บริการตรวจเลือด แล้วแยก ย้ายไปรับประทานอาหารเช้า ก่อนจะกลับมารับการซัก ประวัติ ผู้ป่วยเบาหวานไม่สนใจรับฟัง สุขศึกษา พุดคุยกันเอง	จัดพื้นที่ให้ผู้ป่วยเบาหวาน รับประทานอาหารพร้อมกัน รับฟังการให้สุขศึกษา ในคลินิก เบาหวาน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลตนเอง ตั้งคำถามให้ ผู้ป่วยเบาหวานได้แสดงความ ความคิดเห็น

2.3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation)

จากการสังเกตของผู้วิจัย ในการทำกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดขึ้น และจากการประเมินผลการตอบแบบสอบถามของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทีมวิจัยได้ร่วมกันติดตามผลจากการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการที่ได้ทำไปแล้วในเบื้องต้น โดยการสังเกตและสอบถามผู้ร่วมกิจกรรม ดังนี้

2.3.1 การจัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเป็นการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และ อสม. ในเขตเทศบาลตำบลโพธิ์ไทร ซึ่งเป็นพื้นที่ทำการศึกษาวิจัย โดยผู้เข้าร่วมประชุมรุ่นที่ 1 ในวันที่ 7

มีนาคม 2563 และรุ่นที่ 2 ในวันที่ 8 มีนาคม 2563 พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมได้ให้ความสนใจเนื้อหาการประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้อย่างมาก มีการซักถามและแสดงความคิดเห็น ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. การให้ความรู้เรื่องยาและการติดตามปัญหาจากการใช้ยา ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้ซักถามเรื่องการรับประทานยาก่อนอาหารและหลังอาหาร และการแก้ไขเมื่อลืมรับประทานยา เช่น ผู้ป่วยมักจะลืมรับประทานยาหลังอาหาร เนื่องจากระหว่างรอเวลา 15 นาทีหลังรับประทานอาหารเสร็จแล้วไปทำกิจกรรมอย่างอื่นจนลืมกลับมารับประทานยา เกสเซอร์ได้แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารทันที และควรจัดยาไว้ก่อนเริ่มรับประทานอาหาร เพื่อให้เห็นเวลาและไมลิมที่จะรับประทานยาตามเวลา ผู้ป่วยเบาหวานซักถามปัญหาเรื่องยาเหลือใช้ที่บ้าน เนื่องจากบางครั้งมาก่อนนัดด้วยปัญหาสุขภาพต่าง ๆ และได้รับยากลับบ้านโดยแพทย์เปลี่ยนไปนัดครั้งต่อไป โดยไม่ได้หักลบจำนวนยาที่ยังมีเหลือ หรือกรณีผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้ป่วยไม่ได้นำยาเดิมมาให้ห้องจ่ายยา ทำให้มียาเหลือที่บ้าน ในที่ประชุมจึงได้เสนอให้ผู้พวายนำยาเดิมที่เหลือกลับมาคืนห้องจ่ายยาในวันที่มารับบริการตรวจ หรือแจ้งจำนวนยาที่เหลือเพื่อให้เภสัชกรลดจำนวนยาที่จะจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในรอบต่อไป

2. การจัดอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม มีการจัดแสดงตัวอย่างอาหาร และปริมาณอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีข้อเสนอแนะให้จัดแสดงตัวอย่างรายการอาหารที่เป็นอาหารในท้องถิ่นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม และการคำนวณปริมาณของอาหารผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานในแต่ละมื้อด้วยวิธีการอย่างง่าย เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงในการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การรับประทานข้าวเหนียวขนาด 1 กำปั้นมือต่อ 1 มื้ออาหาร การรับประทานกล้วยน้ำว้าสุก 1 ผล หรือกล้วยหอมสุก ครึ่งผล ต่อ 1 มื้ออาหาร เป็นต้น การงดหรือลดการใช้ผงปรุงรสหรือผงชูรส การหลีกเลี่ยงกาแฟปรุงสำเร็จที่ผสมครีมเทียมและน้ำตาล ให้ดื่มกาแฟที่ชงด้วยผงกาแฟต เพื่อจำกัดปริมาณน้ำตาลที่เติมในกาแฟ เป็นต้น

3. กิจกรรมสันทนาการและการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วย ให้ความสนใจในการทำกิจกรรม รู้สึกได้ผ่อนคลายและได้รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้านได้ เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ระยะเวลาที่เหมาะสมต่อการออกกำลังกายแต่ละครั้ง

2.3.2 การออกเยี่ยมบ้าน เป็นการบริการเชิงรุกโดยทีมวิจัยและ อสม. ออกเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลโพธิ์ไทร พบว่าผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกยินดีที่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลมากกว่าเดิม รู้สึกมีกำลังใจมากขึ้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและอยากให้มีการออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง กลุ่ม อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมการออกเยี่ยมบ้านมีความรู้สึกทาบบาทของตนเองชัดเจน

มากขึ้น และได้พัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องวิชาการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานบางรายมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หิว เหนื่อยซิม อยู่บ่อย ๆ ซึ่งเป็นอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการปรับยาให้เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพ ทีมเยี่ยมบ้านได้แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เพื่อปรับยาที่ใช้ในการรักษาโรค ผู้ป่วยเบาหวานบางรายซื้อยาสมุนไพรตามโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณมาใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน ทีมเยี่ยมบ้านได้ให้คำแนะนำถึงผลกระทบต่อภาวะไตเสื่อมหากใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจมาก เนื่องจากแต่เดิมไม่ค่อยมีเวลาในการให้บริการเชิงรุกด้วยภาระงานที่มีมาก หลังจากนำทีม อสม. ออกเยี่ยมบ้านแล้ว จากนั้นก็สามารถติดตามสอบถามอาการผู้ป่วยเบาหวานที่เฝ้าระวังได้จาก อสม.

2.3.3 การให้สุขศึกษากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน พบว่านอกจากการให้ความรู้โดยบุคลากรสาธารณสุขแล้ว การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานให้ความสนใจกับกิจกรรมมากขึ้น การชื่นชมผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมสุขภาพดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างสม่ำเสมอ และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้ในการดูแลสุขภาพ และกล้าพูดคุยซักถามปัญหาต่าง ๆ มีผู้ป่วยเบาหวานซักถามเรื่องผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการโฆษณาในวิทยุ ว่าสามารถรักษาโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อม และทำให้ความดันโลหิตเป็นปกติ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานอยากซื้อมารับประทาน ซึ่งเภสัชกรได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานและไตเสื่อมว่า เป็นการโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณที่เกินจริง ไม่สมควรที่จะซื้อมารับประทานเอง อาจมีการปลอมปนสารสเตียรอยด์ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

การประชุมทีมวิจัยเพื่อสรุปผลการวิจัย (วันที่ 28 สิงหาคม 2563) ซึ่งเป็นการสรุปว่าการดำเนินงานตามแผนงานที่ได้กำหนดขึ้นนั้นได้รับการสะท้อนผลอย่างไรบ้าง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ได้สร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในครอบครัวผู้ป่วย และทีม อสม. เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน และส่งเสริมการใช้ยาให้เหมาะสม โดยเป้าหมายที่สำคัญคือการใช้ยาอย่างถูกต้อง นำไปสู่การชะลอภาวะไตเสื่อม ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการดำเนินงานตามที่ได้ร่วมกันกำหนดแผนงาน สามารถสะท้อนผลลัพธ์ได้ดังนี้

ตารางที่ 11 แสดงสิ่งที่สะท้อนผลจากการดำเนินกิจกรรม

ประเด็นปัญหา	สิ่งที่สะท้อนผลจากการดำเนินงาน	
	ก่อนการดำเนินงาน	หลังการดำเนินงาน
ผู้ป่วยเบาหวาน	ขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และโรคไตเสื่อม รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายในการดูแลตนเอง ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ขาดความสนใจในการร่วมทำกิจกรรม	ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อมมากขึ้น จากการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการและการให้สุขศึกษา ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ให้ความสนใจและร่วมกิจกรรมการให้สุขศึกษา ผู้ป่วยได้รับกำลังใจจากผู้ดูแลและครอบครัวมากขึ้น
ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเสื่อม และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วยเบาหวาน ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ขาดความใส่ใจและการตระหนักต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ได้ติดต่อประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย	จากการประชุมเชิงปฏิบัติการได้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และสร้างความตระหนักในการใส่ใจปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการกินยาของผู้ป่วยเบาหวาน มีการติดต่อซักถามปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. มากขึ้น
บุคลากรสาธารณสุข	ภาระงานมาก ขาดกำลังใจ เบื่อหน่ายในการปฏิบัติงาน การออกดำเนินงานเชิงรุกทำได้ไม่ครอบคลุม	มีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น ได้รับความร่วมมือจาก อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการติดตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ประเด็นปัญหา	สิ่งที่สะท้อนผลจากการดำเนินงาน	
	ก่อนการดำเนินงาน	หลังการดำเนินงาน
อสม.	ยังไม่ทราบบทบาทของตนเองที่ชัดเจน ขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เข้าใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยเองและญาติผู้ป่วย	ได้รับการประสานงานจากบุคลากรสาธารณสุขเพื่อติดตามข้อมูลผู้ป่วย ได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเสื่อม และ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข
การให้สุขศึกษากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานไม่ให้ความสนใจต่อการร่วมกิจกรรม	กำหนดตารางการให้สุขศึกษา ช่วงเวลาดำเนินกิจกรรม ปรับรูปแบบที่ให้ผู้ป่วยเบาหวานได้พูดคุยซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ จัดพื้นที่และช่วงเวลาระหว่างรอซักประวัติก่อนพบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานให้ความสนใจกิจกรรมมากขึ้น

3. รูปแบบการส่งเสริมการเข้าใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

จากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวาน ในการวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานของรูปแบบเดิมและสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะและปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีการแก้ไขปัญหาด้านการเข้าใจ จึงได้ร่วมกันวางแนวทางการดำเนินงานจนได้รูปแบบ PCHK model เป็นรูปแบบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเข้าใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน รูปแบบ PCHK model ประกอบด้วย ผู้มีส่วนร่วม (Participants) การให้คำปรึกษา (Counseling) การเยี่ยมบ้าน (Home visit) และการเพิ่มความรู้ (Knowledge) โดยมีรายละเอียดดังนี้

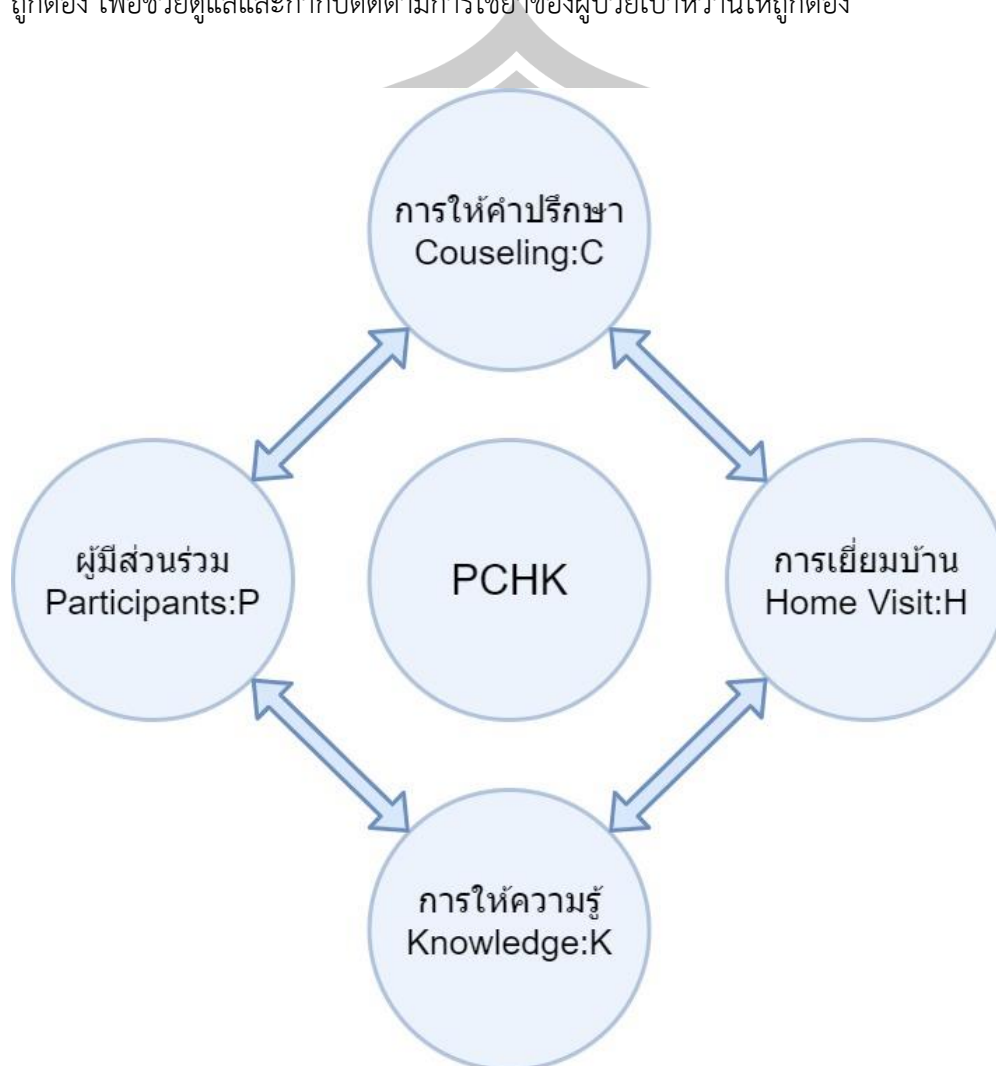
3.1 ผู้มีส่วนร่วม (Participants : P) ได้แก่ (1) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน สามารถสร้างกำลังใจและช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องโรคการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเบาหวานด้วยเช่นกัน (2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จัดการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการสร้างองค์ความรู้ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มอสม. และการติดตามปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วย และ (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยเบาหวานและบุคลากรสาธารณสุข โดยการจัดให้ อสม. ได้รับการอบรมให้มีความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ อสม. สามารถเป็นผู้ให้คำแนะนำและติดตามการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ในเบื้องต้น

3.2 การให้คำปรึกษา (Counseling : C) เกษัชกรให้คำปรึกษาเรื่องการใช้จ่ายที่ถูกต้อง และค้นหาปัญหาด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและหาแนวทางแก้ไข โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม เพื่อซักถามปัญหาด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานและให้ข้อมูลแก่เกษัชกร นำไปสู่การหาแนวทางแก้ไขปัญหาการใช้จ่าย และส่งเสริมให้เกิดการใช้จ่ายอย่างถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

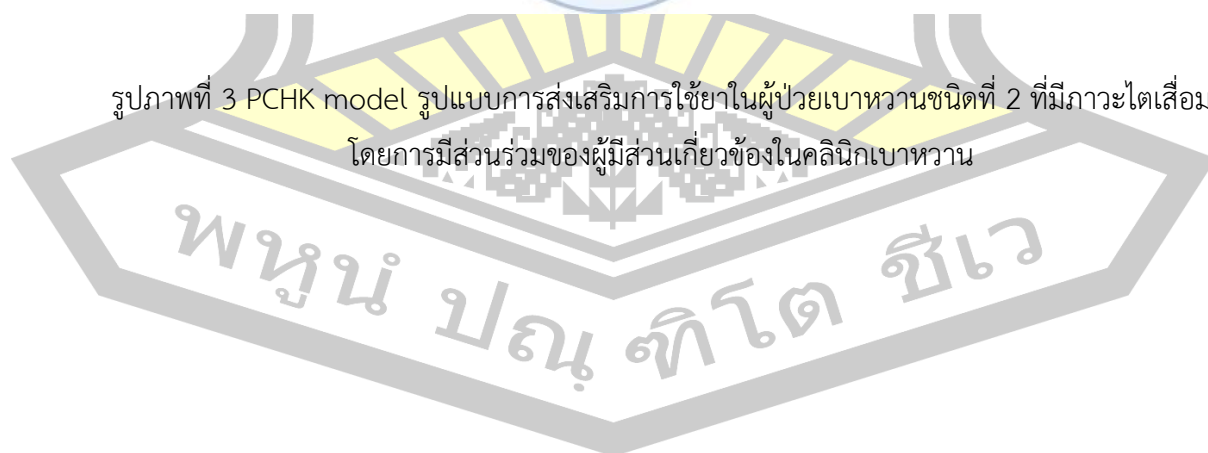
3.3 การเยี่ยมบ้าน (Home visit : H) การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่าย การจัดเก็บยา และให้คำแนะนำการใช้จ่ายที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อให้เข้าถึงปัญหาการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานจากสภาพความเป็นอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยหลายรายมียาเหลือใช้ และใช้จ่ายโดยไม่สังเกตวันหมดอายุของยา ไม่ได้ใช้ยาตามลำดับ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาใหม่มาก็จะหยุดใช้จ่ายเก่าทำให้มียาเหลือจนหมดอายุ เมื่อทีมเยี่ยมบ้านไปพบปัญหาก็สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมได้ และสร้างความตระหนักในการใช้จ่ายให้ถูกต้องและการเก็บยาอย่างเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

3.4 การให้ความรู้ (Knowledge : K) เป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ (1) ผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ การใช้จ่ายที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงจากการใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหากมีการใช้จ่ายที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความตระหนักในการใช้จ่ายอย่างถูกต้อง กินยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา และไม่ซื้อยาแก้ปวดหรือยาสมุนไพรใช้ตามคำโฆษณา เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (2) ผู้ดูแลผู้ป่วยและอสม. ให้มีความรู้

เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน และการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อช่วยดูแลและกำกับติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานให้ถูกต้อง



รูปภาพที่ 3 PCHK model รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในคลินิกเบาหวาน



4. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

จากการดำเนินการตามแผนงาน ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ดังนี้

4.1 ข้อมูลปัญหาด้านการใช้จ่ายและความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่าย

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละปัญหาด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา

ปัญหาด้านการใช้จ่าย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน (n=99)	ร้อยละ	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
-ปรับขนาดยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง	14	15.91	4	25.00
-รับประทานไม่ครบทุกตัวยาตามแพทย์สั่ง	7	7.95	2	12.50
-มียามดอายุ	11	12.50	2	12.50
-มียาเหลือใช้	43	48.86	8	50.00
-ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (NSAIDs, GB) สมุนไพร	10	11.36	0	0.00
-ไม่ปรับขนาดยาตามแพทย์สั่ง	3	3.41	0	0.00
-จำนวนปัญหาด้านการใช้จ่ายทั้งหมด	88	100.00	16	100.00
จำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย	0.89		0.16	

จากตารางที่ 12 เปรียบเทียบจำนวนปัญหาด้านการใช้จ่ายที่พบในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 99 คน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม พบว่า ก่อนการพัฒนา พบปัญหาด้านการใช้จ่าย 88 รายการ จำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 รายเท่ากับ 0.89 รายการ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการมียาเหลือใช้ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 48.86 ของจำนวนปัญหาทั้งหมดที่พบ หลังการพัฒนา พบปัญหาด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวาน 16 รายการ จำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 รายเท่ากับ 0.16 รายการ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการมียาเหลือใช้ คิดเป็นร้อยละ 50.00 ของจำนวนปัญหาทั้งหมด

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (n=99)	ร้อยละ	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
ระดับสูง (0 คะแนน)	47	47.47	61	61.62
ระดับปานกลาง (1-2 คะแนน)	49	49.49	37	37.37
ระดับต่ำ (3-4 คะแนน)	3	3.03	1	1.01
รวม	99	100	99	100

จากตารางที่ 13 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา ระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.49 และระดับสูง ร้อยละ 47.47 และหลังการพัฒนา ระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นร้อยละ 61.62

4.2 ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (n=99)	ร้อยละ	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
ความรู้มาก (ได้คะแนน 80% ขึ้นไป)	65	65.66	96	96.97
ความรู้ปานกลาง (ได้คะแนน 60-79%)	20	20.20	3	3.03
รู้น้อย (ได้คะแนนต่ำกว่า 60%)	14	14.14	0	0
รวม	99	100	99	100
	$\bar{X}=7.98$ S.D.=1.83 min=3 max=10		$\bar{X}=9.65$ S.D.=0.73 min=7 max=10	

จากตารางที่ 14 การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.66 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.98 (S.D.=1.83) และหลังการพัฒนาผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.97 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 9.65 (S.D.=0.73)

ตารางที่ 15 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา

การเปรียบเทียบ	ผลการเปรียบเทียบ						
	N	\bar{X}	S.D.	d	95% CI	t	p-value
ก่อนพัฒนา	99	7.98	1.83				
				1.76	0.1314-0.2019	9.385	0.000
หลังพัฒนา	99	9.65	0.73				

จากตารางที่ 15 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}<0.001$)

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (n=99)	ร้อยละ	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
ความรู้มาก (คะแนน 80% ขึ้นไป)	59	59.60	98	98.99
ความรู้ปานกลาง (คะแนน 60-79%)	30	30.30	1	1.01
รู้น้อย (คะแนนต่ำกว่า 60%)	10	10.10	0	0
รวม	99	100	99	100
	$\bar{X}=8.06$ SD=1.39 min=1 max=10		$\bar{X}=9.52$ SD=0.58 min=9 max=10	

จากตารางที่ 16 การประเมินระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.60 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.06 (S.D.=1.39) และหลังการพัฒนา ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความรู้มาก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.99 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 9.52 (S.D.=0.58)

ตารางที่ 17 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา

การเปรียบเทียบ	ผลการเปรียบเทียบ						
	N	\bar{X}	S.D.	<i>d</i>	95% CI	t	<i>p-value</i>
ก่อนพัฒนา	99	8.06	1.38				
หลังพัฒนา	99	9.52	0.58	1.34	0.1192-0.1725	10.851	0.000

จากตารางที่ 17 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้โรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*p-value*<0.001)

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับพฤติกรรม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (n=99)	ร้อยละ	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนน 32-48)	56	56.57	99	100
ระดับปานกลาง (คะแนน 16-31)	43	43.43	0	0
ระดับน้อย (คะแนน 0-15)	0	0	0	0
รวม	99	100	99	100
	\bar{X} =31.62 S.D.=4.15 min=24 max=40		\bar{X} =42.37 S.D.=2.54 min=33 max=47	

จากตารางที่ 18 การประเมินระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับพฤติกรรมการใช้ยา อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.57 คะแนนเฉลี่ย 31.62 (S.D.=4.15) และหลังการพัฒนา ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 คะแนนเฉลี่ย 42.37 (S.D.=2.54)

ตารางที่ 19 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา

การเปรียบเทียบ	ผลการเปรียบเทียบ						
	N	\bar{X}	S.D.	d	95% CI	t	p-value
ก่อนพัฒนา	99	31.62	4.15				
หลังพัฒนา	99	42.37	2.54	0.40	0.8168-0.9763	22.308	0.000

จากตารางที่ 19 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$)

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับพฤติกรรม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (n=99)	ร้อยละ	จำนวน (n=99)	ร้อยละ
ระดับมาก (28-36 คะแนน)	35	35.35	95	95.96
ระดับปานกลาง (20-27 คะแนน)	51	51.52	4	4.04
ระดับน้อย (12-19 คะแนน)	13	13.13	0	0
รวม	99	100	99	100
	\bar{X} =26.46 S.D.=5.20 min=15 max=36		\bar{X} =32.31 S.D.=2.34 min=26 max=36	

จากตารางที่ 20 การประเมินระดับคะแนนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนระดับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.52 ค่าคะแนนเฉลี่ย 26.46 (S.D.=5.20) และหลังการพัฒนา ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนระดับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.96 ค่าคะแนนเฉลี่ย 32.31 (S.D.=2.34)

ตารางที่ 21 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา

การเปรียบเทียบ	ผลการเปรียบเทียบ						
	N	\bar{X}	S.D.	<i>d</i>	95% CI	t	<i>p-value</i>
ก่อนพัฒนา	99	26.46	5.20				
หลังพัฒนา	99	32.31	2.34	3.61	0.4155-0.5595	13.438	0.000

จากตารางที่ 21 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีระดับคะแนนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (*p-value*<0.001)

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (n=45)	ร้อยละ
มีส่วนร่วมมาก (คะแนน 38-50)	16	35.56
มีส่วนร่วมปานกลาง (คะแนน 24-37)	29	64.44
มีส่วนร่วมน้อย (คะแนน 10-23)	0	0
รวม	45	100

\bar{X} =36.71 S.D.=3.53 min=28 max= 46

จากตารางที่ 22 แสดงคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 35.56 และระดับปานกลาง ร้อยละ 64.44 ค่าคะแนนเฉลี่ย 36.71 (S.D.=3.53)

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n=45)	ร้อยละ
ความพึงพอใจมาก (คะแนน 38-50)	19	42.22
ความพึงพอใจปานกลาง (คะแนน 24-37)	26	57.78
ความพึงพอใจน้อย (คะแนน 10-23)	0	0
รวม	45	100
$\bar{X}=37.71$ S.D.=2.21 min=34 max=42		

จากตารางที่ 23 ระดับความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.22 และระดับปานกลาง ร้อยละ 57.78 คะแนนเฉลี่ย 37.71 (S.D.=2.21)

4.3 ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานใช้จ่ายอย่างเหมาะสม จะเห็นว่ามีปัจจัยแห่งความสำเร็จดังต่อไปนี้

- บุคลากรในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีส่วนร่วมและให้ความสำคัญกับการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยให้การสนับสนุนและขับเคลื่อนกิจกรรมการให้ความรู้และการชั่งปรัดการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวาน การขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอแล้วส่งต่อข้อมูลให้แก่เภสัชกรเพื่อประเมินและให้คำปรึกษาด้านการใช้จ่าย ติดตามออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้คำแนะนำและร่วมกันแก้ไขปัญหาการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และ อสม. ซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยสร้างความตระหนักของตัวผู้ป่วยเบาหวานในการใช้ยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ช่วยจัดยาให้ผู้ป่วยเบาหวานและเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานยาตามเวลา อสม. มีบทบาทที่ชัดเจนขึ้นในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

3. การจัดการด้านองค์ความรู้ต่าง ๆ ได้แก่ ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อม และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การใช้ยาอย่างถูกต้อง ให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงกลุ่ม อสม. และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อสร้างความตระหนักในการนำองค์ความรู้และคำแนะนำไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น และแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

จากการมีส่วนร่วมของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ทำให้เกิดผลอย่างชัดเจนที่ส่งผลให้รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม เป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนา มีการวางแผนงานที่สามารถนำไปใช้ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามการพัฒนาและสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานและปฏิบัติงาน มีส่วนร่วมในกระบวนการการดำเนินงานทุกขั้นตอน ก่อให้เกิดแนวทางการแก้ไขปัญหาและการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ปัจจัยที่สำคัญของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม คือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่นำไปสู่การใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม และแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยศึกษาข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี และมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามก่อนและหลังปฏิบัติการ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ ดำเนินงานศึกษาวิจัยเป็นระยะเวลา 9 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายน 2563 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired-sample t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่มและการสังเกตพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และนำข้อมูลมาแยกตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา โดยเสนอผลการศึกษาลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.2 สรุปผลการวิจัย

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.1.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาและพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

5.1.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการใช้จ่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถสรุปผลได้ดังนี้

5.2.1 การศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่ก่อนการพัฒนา

5.2.1.1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี จากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ตั้งแต่ ตุลาคม 2561 - ตุลาคม 2562 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 133 คน ผู้ป่วยเบาหวานเป็นเพศชาย 58 คน และเพศหญิง 75 คน ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินระดับการทำงานของไตโดยการตรวจค่า estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) 2 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 44.36 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจค่า eGFR มากกว่า 3 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 21.80 ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจค่า eGFR มากกว่า 3 ครั้ง/ปี เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมได้ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น นอกเหนือจากการนัด

ตรวจรักษาโรคเบาหวานของแพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน เช่น มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับการทำงานของไตในช่วงระยะเวลา 1 ปี จากผลการตรวจค่า eGFR ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงระดับการเสื่อมสภาพของไต จำนวน 28 คน (ร้อยละ 21.05) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตเสื่อมแย่งเป็น Chronic kidney disease (CKD) stage 4 จำนวน 21 คน (ร้อยละ 15.79) และ CKD stage 5 จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.50) ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีสภาพการทำงานของไตดีขึ้นเป็น CKD stage 2 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 3.76) แสดงให้เห็นว่าในระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต มีโอกาสที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพการทำงานของไตแย่งหรือดีขึ้นได้ และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ขึ้นไป จะมีข้อห้ามใช้ยาบางรายการ เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs Glibenclamide และการใช้สมุนไพรที่มีผลต่อการทำงานของไต เช่น น้ำลูกยอ สมุนไพรที่อาจมีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องได้รับคำแนะนำและติดตามการใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสมและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในครอบครัว เพื่อประเมินระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อม พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อมอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคทั้งสองโรคน้อยอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 14.14 และ 10.10 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรนำไปสู่การเพิ่มความรู้ความเข้าใจให้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้เกิดการนำความรู้ที่ถูกต้องไปสู่การดูแลสุขภาพ และผลการประเมินด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม และการดูแลจากผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 43.43) มีคะแนนการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.52) มีคะแนนการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง และมีบางส่วน (ร้อยละ 13.13) ที่มีระดับคะแนนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับน้อย ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องนำไปสู่การพัฒนาเพื่อสร้างความตระหนักให้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างถูกต้อง การให้ความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งส่งผลต่อการรักษาโรคเบาหวานและสภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 49.49 และ 47.47 ตามลำดับ) หลังจากนั้นได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้นำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สภาพปัญหาหรือความต้องการต่าง ๆ ในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการ และนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาประกอบการวิเคราะห์ พร้อมทั้งระบุสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสู่ขั้นตอนการวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

5.2.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 99 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.60) มีอายุเฉลี่ย 71.78 ปี (S.D.= 9.86) อายุต่ำสุด 45 ปี อายุสูงสุด 95 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 58.58) ส่วนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คือ เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 39.39) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.71) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.91) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่เกิน 1,500 บาท/เดือน (ร้อยละ 66.67) บุคคลที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นลูก (ร้อยละ 52.53) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ย 10.25 ปี (S.D.=8.90) นานสุด 50 ปี ผู้ป่วยที่เคยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 46 ราย (ร้อยละ 46.46) และไม่เคยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล 53 ราย (ร้อยละ 53.54) ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ มีความเสื่อมโทรมในด้านสภาพร่างกายตามวัยอยู่แล้ว ควรต้องได้รับการทบทวนเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอ ได้แก่ เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หลงเชื่อโฆษณาใช้สมุนไพรที่เป็นอันตราย และควรจะต้องได้รับการส่งเสริมกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองจากผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว

5.2.1.3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในครอบครัว จำนวน 99 คน เป็น เพศชาย 28 คน เพศหญิง 71 คน อายุเฉลี่ย 50.22 ปี (S.D.=14.62) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.74) และอยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 83.84) จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.60 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.30 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท (ร้อยละ 62.63) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นลูกของผู้ป่วย (ร้อยละ 44.44) และคู่สมรส (ร้อยละ 37.37) จะเห็นว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร และมีรายได้น้อย ดังนั้นการส่งเสริมด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะการใช้ยาของผู้ป่วย จำเป็นต้องแนะนำให้เหมาะสมโดยไม่เป็นภาระด้านค่าใช้จ่าย และต้องให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานรวมถึงการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีบทบาทสำคัญมากในการกำกับดูแลการใช้ยา และการจัดเก็บยาที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน

5.2.1.4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 45 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 15 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 15 คน อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยในคลินิก เบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จำนวน 5 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุเฉลี่ย 51.27 ปี (S.D.=12.26) ส่วนใหญ่มีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.22 การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ นั้น จำเป็นต้อง อาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเหล่านี้ โดยการประสานงานร่วมกัน วิเคราะห์และสะท้อน ปัญหาการใช้ยาและการดำเนินงานดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาและแก้ไข ปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

5.2.1.5 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล ผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา จากการประเมินระดับความรู้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ใน ระดับมาก (ร้อยละ 65.66) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.98 (S.D.=1.83) ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนน ระดับความรู้มาก (ร้อยละ 59.60) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 9.67 (S.D.=1.66) ซึ่งประเด็นที่ควรพัฒนา คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น เพื่อให้เข้าใจการรักษา โรคเบาหวานและภาวะไตเสื่อมที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นของ การใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางไต และส่งเสริมให้มีการทบทวน ความรู้ความเข้าใจอยู่เสมอ

5.2.1.6 การใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน และการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ดูแล ผู้ป่วย จากการประเมินระดับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม พบว่าก่อน พัฒนา ส่วนใหญ่มีคะแนนการใช้ยาระดับมาก (ร้อยละ 56.57) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 31.62 (S.D.= 4.15) ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.52) โดยมีคะแนน เฉลี่ย 26.46 (S.D. = 5.20) ดังนั้นควรส่งเสริมด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยให้ มากขึ้น

5.2.1.7 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน จากการประเมินก่อนพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.49) จึงควรมี การทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม และการแก้ไขปัญหาด้านยาหากเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น ซึ่งจะทำการรักษาโรคเบาหวานเป็นไป ตามแผนการรักษาของแพทย์ และผู้ป่วยเบาหวานจะไม่มียาเหลือใช้จนหมดอายุ

5.2.2 การศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไต เสื่อม ก่อนการพัฒนา

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี โดยจัดให้บริการทุกวันพุธ แบบ one-stop service เพื่อให้

ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการบริการแยกจากผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด วัดค่าความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ในทุกครั้งที่มารับบริการ ส่วนการตรวจวัดระดับการทำงานของไต โดยการตรวจค่า eGFR นั้นผู้ป่วยจะได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญ จึงมีการจัดบริการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมเข้าสู่ระยะที่ 3 โดยพยาบาลประจำคลินิกชะลอไตเสื่อม ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานจนเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และมีการใช้ยาหลายรายการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในการใช้ยาและรับประทานยาไม่ครบทุกตัว ยา และกังวลว่าการรับประทานยาจำนวนมากหลายเม็ดหลายตัวจะส่งผลกระทบต่อภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วย การให้สุขศึกษาแบบกลุ่ม โดยบุคลากรสาธารณสุขจัดตารางเนื้อหาการให้ความรู้ในคลินิกเบาหวานแก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนที่ผู้ป่วยเบาหวานจะเข้ารับบริการตรวจกับแพทย์ พบว่าไม่มีความต่อเนื่องของการดำเนินการ เนื่องจากบุคลากรมุ่งเน้นไปที่การให้บริการตรวจรักษา ตามระบบบริการของคลินิกเบาหวาน โดยมีเป้าหมายเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรอนาน และผู้ป่วยเบาหวานมักจะไม่ค่อยให้ความสนใจ ส่วนใหญ่จะพูดคุยกันเอง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับการให้ความรู้มานานแล้ว ตั้งแต่เริ่มป่วย และจากการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลางถึงมาก แต่ส่วนที่ยังขาดการดำเนินการต่อการส่งเสริมการนำความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน การใช้ยาและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมไปสู่การปฏิบัติจริงจึงในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัว และ อสม. ในชุมชน ซึ่งน่าจะเป็นส่วนสำคัญที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาได้ถูกต้องเหมาะสม และมีการกำกับติดตามดูแลปัญหาการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

5.2.3 ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นวางแผน (Planning)

ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วย และวางแผนการปฏิบัติ งาน สังเกต และสัมภาษณ์ โดยใช้ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์/สังเคราะห์จนได้มาซึ่งปัญหาและความต้องการในการแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานจนเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต มีปัญหาการใช้ยา เช่น ลืมรับประทานยา ไม่อยากรับประทานยาจำนวนมากหลายเม็ด ไม่ได้ปรับขนาดยาตามแพทย์สั่ง ดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการทบทวนเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่เสมอ จากสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่พบจึงหาแนวทางและวิธีการพัฒนารูปแบบ นำเสนอข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การอภิปราย และจัดทำแผนปฏิบัติการ

(Action Plan) เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Action)

1. จัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และอาสาสมัคร. และประเมินระดับความรู้พบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และมีการชี้ให้เห็นความสำคัญเพื่อสร้างความตระหนักในการนำความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคไตเสื่อม และการใช้ยาที่เหมาะสมไปใช้ ทำให้การใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ปัญหาด้านการใช้ยาลดลง และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

2. การให้สุขศึกษากลุ่มผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน จัดให้มีตารางแผนการให้สุขศึกษาอย่างต่อเนื่องของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกเบาหวาน และให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสนใจร่วมรับฟังมากขึ้น และได้รับการสะท้อนปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

3. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละคน 2 ครั้ง เพื่อประเมินปัญหาด้านการใช้ยาและหาแนวทางแก้ไขปัญหา การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบว่าการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานถูกต้องเหมาะสมมากขึ้นและไม่เกิดปัญหาด้านการใช้ยาแบบเดิมซ้ำอีก

ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

1. การสังเกตการมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็นในการประชุมกลุ่ม ในการประชุมกลุ่มมีการใช้กระบวนการกระตุ้นการแสดงความคิดเห็นด้วยคำถามเชิงบวก การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ที่เรียกว่ากระบวนการสุนทรียสาธก ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมรู้สึกเป็นกันเอง และให้ความสนใจร่วมแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ

2. การออกเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขและ อาสมัคร. เพื่อติดตามและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้สึกเป็นกันเอง และมีการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาและการเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ มีผู้ป่วยเบาหวานที่มียาเหลือใช้ที่บ้าน และได้มีการแนะนำการจัดเก็บยาที่เหมาะสม อาสมัคร. ได้เรียนรู้ในการให้คำแนะนำและการมีส่วนร่วมดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น

ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

1. ถอดบทเรียนในการปฏิบัติเพื่อเป็นข้อมูลในการสะท้อนผลการพัฒนาเพื่อใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป โดยการประชุมกลุ่มย่อย สัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อหาปัจจัยของความสำเร็จในการดำเนินงาน ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่ได้จากคำแนะนำและการอบรม มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติมากขึ้น มี

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องและการจัดเก็บยาที่เหมาะสม รวมถึงการคืนยาเหลือใช้ และการใช้ยาก่อนหลังตามวันหมดอายุของยา

2. ประเมินผลการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่ามีระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงมาก เนื่องจากมีความชัดเจนในบทบาทและแนวทางการดำเนินงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อช่วยให้มีการใช้ยาถูกต้องเหมาะสม

3. ประเมินผลด้านปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าปัญหาการใช้ยาลดลง ผู้ป่วยเบาหวานไม่เกิดปัญหาเดิมซ้ำอีก จำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย ลดจาก 0.89 รายการ เป็น 0.16 รายการ ปัญหาการมียาเหลือใช้เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด และเป็นประเด็นที่จะต้องทำการหาแนวทางแก้ไขต่อไป

5.2.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

หลังจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในครอบครัว กลุ่ม อสม. ในชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม จะเห็นว่ากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเหล่านี้เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญที่ขับเคลื่อน PCHK model เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแรงจูงใจและเป็นกำลังใจในการสนับสนุนและส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน และสร้างกำลังใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น บทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนที่ชัดเจนมากขึ้นในการดูแลปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน มีการออกเยี่ยมบ้านพร้อมกับบุคลากรสาธารณสุข และติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถให้คำปรึกษาแนะนำในเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วย และเป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและบุคลากรสาธารณสุข ถือเป็นกำลังสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขที่จะเข้าถึงปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานได้ดี บุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม มีการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกันค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้แก่เภสัชกรเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน สร้างรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสม มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเข้าถึงปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน และร่วมกันหาแนวทางหรือกระบวนการที่จะแก้ไขปัญหา นำไปสู่การใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมและการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยและกลุ่ม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมให้ต่อเนื่อง การมีบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่ม อสม. โดยการมีส่วนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม

5.3 อภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

5.3.1 จากการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานเกินกว่า 10 ปีขึ้นไป ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เนื่องจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.20 และ 30.30 ตามลำดับ ระดับความรู้น้อย คิดเป็นร้อยละ 14.14 และ 10.10 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ในระดับมาก ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปสู่การใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยา โดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว โดยการอบรมให้ความรู้และให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมบทบาทของ อสม. ให้ชัดเจนขึ้นในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คำแนะนำและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม จากการศึกษาประเมินระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป และภายหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุภาพรณ์ แก้วชนะ (2562) ซึ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยศึกษาปัญหาของผู้ป่วย

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัญหาการใช้ยา มีการปรับเปลี่ยนขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยคือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การใช้ยา และการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งภายหลังการพัฒนารูปแบบทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และการศึกษาของ กานต์ธีรา ชัยเรียบ (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งได้มีการให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรค การใช้ยา การปฏิบัติตัว การค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการใช้ยา สามารถลดปัญหาจากการใช้ยาได้ และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ตามเป้าหมาย และการศึกษาของ ชินกรณ์ แดนกาไสย และเพชรไสว ลีมิตระกุล (2559) เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาวิธีการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความเข้าใจเรื่องโรค และการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย และพัฒนาศักยภาพแกนนำอสม. พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างแตกต่างกันทางสถิติ ($P = 0.011$) และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

5.3.2 ด้านการใช้ยาและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาการใช้ยา ได้แก่ รับประทานยาไม่ครบทุกรายการตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 7.95) ปรับลดขนาดยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง (ร้อยละ 15.91) ไม่ปรับขนาดยาตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 3.41) มียาเหลือใช้ (ร้อยละ 48.86) รับประทานที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 11.36) และมียาหมดอายุ (ร้อยละ 12.50) พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับมากและปานกลาง ร้อยละ 56.57 และ 43.43 ตามลำดับ และหลังการพัฒนา ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100.00 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการพัฒนา รูปแบบ อยู่ในระดับสูงและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.47 และ 49.49 ตามลำดับ และภายหลังการพัฒนา ระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูงและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.62 และ 37.37 ตามลำดับ ในด้านการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง ร้อยละ 51.52 หลังการพัฒนา มีคะแนนระดับการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.96 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ลัดดาวัลย์ ปราบนอก (2562) ได้ศึกษาวิจัยการพัฒนาแบบการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้หลักการสุนทรียศาสตร์ในงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ : กรณีศึกษาตำบลบึงงาม จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาการใช้ยา เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมหลายชนิด มีความรู้สึกเป็นภาระในการรับประทานยาและมี

ข้อจำกัดในด้านร่างกาย สายตาและความจำ เมื่อพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโดยใช้ ACIN model ทำให้ปัญหาการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.005$) โดยรูปแบบนี้ใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนและการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในการใช้ยาอย่างถูกต้อง และการค้นหาปัญหาการใช้ยาและการแก้ไขโดยการให้คำแนะนำของเภสัชกร ร่วมกับการใช้นวัตกรรมฉลากยาและปฏิทินการรับประทานยา และการศึกษาของ วินัดดา ดรณถนอม (2562) ได้ศึกษาความร่วมมือและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในตำบลห้วยม้อ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมอย่างน้อย 2 โรค พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดยารับประทานด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการใช้ยาด้านการตรวจสอบวันหมดอายุก่อนการใช้ยาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 90.30 มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับมาก (High adherence) ร้อยละ 79.03 คาดว่าเนื่องจากได้รับยาอย่างต่อเนื่องและได้รับคำแนะนำเรื่องความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอจนเกิดความเคยชิน และใช้ยาจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดี และการศึกษาของ กมลวรรณ ตันติพิวัฒน์สกุล (2561) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา งานบริหารเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางปลาม้า สุพรรณบุรี โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังปี 2558 ผู้ป่วยนอกของคลินิกเฉพาะโรค พบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 52.03 และปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ($P = 0.007$) และความเห็นของผู้วิจัยต่อการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ควรเน้นให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย หรือการลงชุมชนเยี่ยมบ้านพร้อมทีมดูแลผู้ป่วย การหมั่นทบทวนความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

5.3.3 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในการส่งเสริมการสร้างความรู้ความตระหนักต่อการเพิ่มศักยภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเอง ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีม อสม. และบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินปัญหาการใช้ยาและปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ กนกเลขา สุวรรณพงษ์ (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน พบว่าแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่ถูกต้อง การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ การศึกษาของ วิภารัตน์ ลีชัยกิจเจริญ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลกุเวียง จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลคือผู้ป่วยมีความรู้ดีเรื่องเบาหวานในระดับดีมาก จากกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและชุมชน และการสนับสนุนจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามแพทย์สั่งลดลง ทั้งนี้เกิดจากการเน้นย้ำเรื่องการปรับเปลี่ยนยา รูปแบบยา ที่เภสัชกรเน้นให้เห็นชัดเจนทำให้ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้องมากขึ้น การศึกษาของ ปิยะดา ยุ้ยฉิม (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน/หรือโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลด้านการใช้ยา อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสูงขึ้นภายหลังการทดลอง และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยา ครอบครัวประเด็นของการดูแลร่วมกันและให้ความรู้เรื่องการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังที่ถูกต้อง ร่วมกับการฝึกทักษะการใช้ยาด้านต่าง ๆ และให้ปฏิทินบันทึกการกินยา มีการกระตุ้นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้ยามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการใช้ยาอย่างต่อเนื่องด้วยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สอบถามปัญหาในการใช้ยาและให้คำปรึกษา

5.4 ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) การส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ควรต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และประเมินปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางแก้ไข และควรสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการนำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อเป้าหมายการรักษาโรคเบาหวานและป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

2) การส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง จำเป็นจะต้องประสานงานร่วมกันในเครือข่ายสุขภาพ เน้นระบบการทำงานเป็นทีม สร้างแนวทางที่ชัดเจน

3) การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. ทำให้เข้าถึงผู้ป่วยได้ง่าย ช่วยพัฒนาศักยภาพของ อสม. และแบ่งเบาภาระให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในวงรอบที่ 2, 3 ต่อไปอย่างต่อเนื่อง และมีการกำหนดกลยุทธ์ใหม่ในการพัฒนาคุณภาพร่วมด้วย เพราะการพัฒนาคุณภาพเป็นกิจกรรมที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง

2) ควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วย โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ให้มีบทบาทในการส่งเสริมการใช้จ่ายของผู้ป่วยในชุมชน

3) ควรมีการนำเอากระบวนการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมนี้ ไปทดลองใช้กับการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้จ่ายในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น และการปรับปรุงพัฒนา รูปแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของแต่ละพื้นที่ต่อไป



บรรณานุกรม



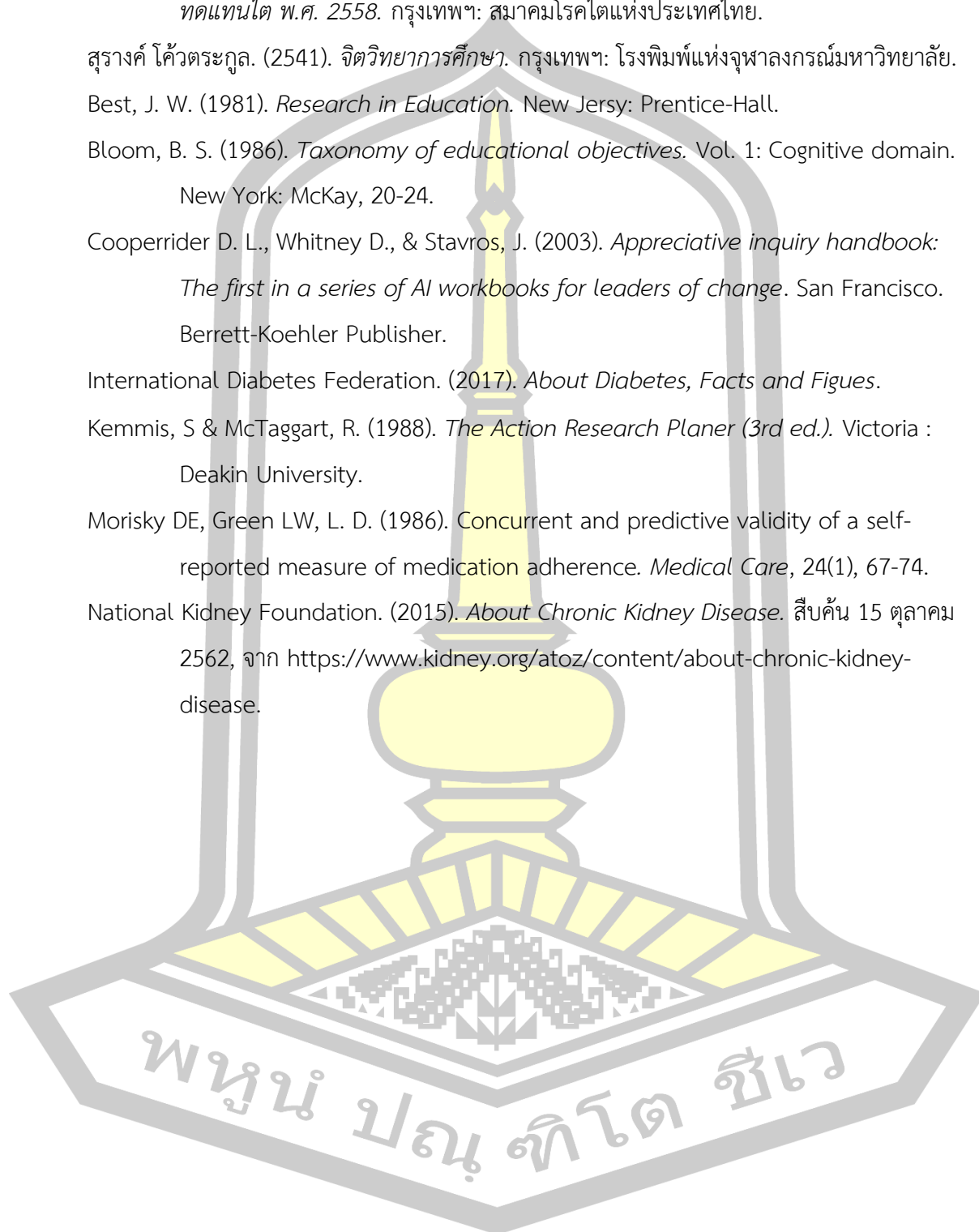
บรรณานุกรม

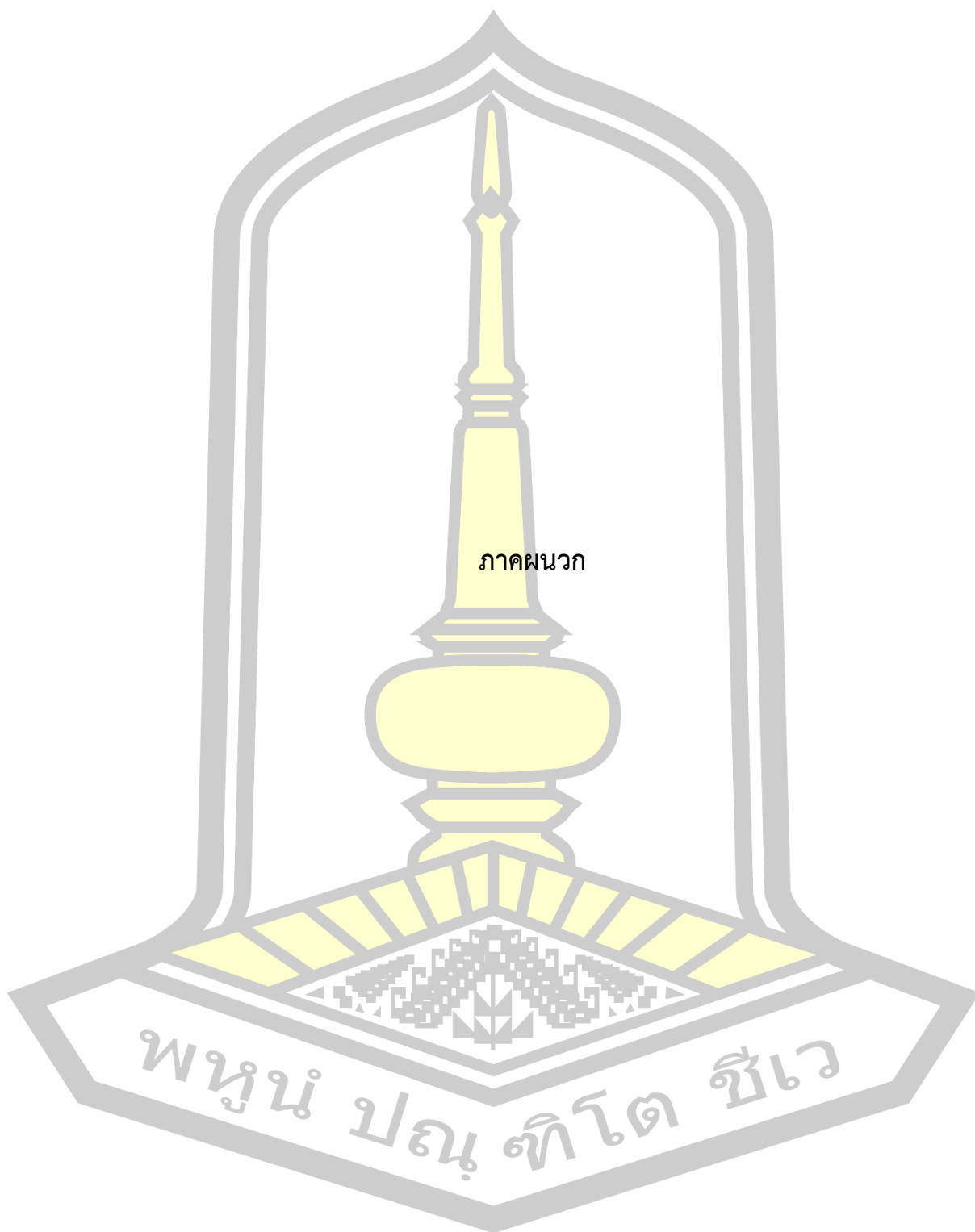
- กนกเลขา สุวรรณพงษ์. (2562). การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารแพทยนาวิ*, 46(3), 717-730.
- กมลวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล. (2561). ปัจจัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา งานบริหารทางเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางปลาร้า สุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28, S107-S119.
- กานต์ธีรา ชัยเรียบ. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน. *วารสาร Thai Journal of Pharmacy Practice*, 10(2), 324-336.
- เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์ และคณะ. (2560). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง แบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- เกษศิริราณี เจริญรักษ์ฤกษ์. (2558). การพัฒนาคุณภาพการบริการคลินิกความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เฉลิมศรี ภูมมางกูร. (2547). ปรัชญาของการบริหารทางเภสัชกรรมปฏิบัติ. ใน เฉลิมศรี ภูมมางกูร, กฤตติกา ตัญญาแสนสุข, บรรณาธิการ. *โสตถยกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. (หน้า 1-19). กรุงเทพฯ: นิเวไทยมิตรการพิมพ์.
- ชินกรณ์ แदनกาไสย และเพชรไสว ลิ้มตระกูล. (2559). การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน ตำบลพระกลางทุ่ง อำเภอธัญพนม จังหวัดนครพนม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(2), 6-13.
- ณชพัฒน์ อัครวิชชนนท์. (2555). *ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้บริการเครื่องจำหน่ายน้ำดื่มแบบหยอดเหรียญของผู้พักอาศัยในอพาร์ทเมนต์ในจังหวัดนนทบุรี*. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์.
- ทิปดี ท้าหกรณ์ และ ประสพชัย พสุนนท์. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาศักยภาพ ผู้ประกอบการเชิงสร้างสรรค์. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*, 11(2), 46-76.

- ธวัช เหลืองวสุธา. (2557). *ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงาน กรณีศึกษาบริษัท คอทโก้ เมททอลเวอร์คส์ จำกัด จังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ธัญญชล บุญยิ้ม. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการยอมรับระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลของ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ธิดารัตน์ อภิญญา และคณะ. (2559). *คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์กร สงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2546). *การวิจัยสำหรับครู*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปิยะดา ยู่ฉิม. (2561). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 48(1), 44-56.
- พชนี นวลช่วย. (2555). *ผลของการให้บริการทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าศาลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- แพรภัทร ยอดแก้ว. (2552). *ทัศนคติหรือเจตคติ (Attitude)*. สืบค้น 3 มกราคม 2563, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/280647>.
- ภิญโญ รัตนาพันธุ์. (2557). *Appreciative Inquiry*. สืบค้น 1 มกราคม 2563, จาก <https://sites.google.com/a/kku.ac.th/thailand-appreciative-inquiry-network/BLOG>.
- รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์. (2558). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการใช้อัจฉริยะของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารเชิงกลยุทธ์.
- โรงพยาบาลโพธิ์ไทร. (2562). *ฐานข้อมูลเวชระเบียนโปรแกรมระบบการให้บริการผู้ป่วย (Hospital Information System)*.
- ลัดดาวัลย์ ปรานนอก. (2562). การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการใช้หลักการสุนทรียศาสตร์ในงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ : กรณีศึกษา ตำบลบึงงาม จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 12(4), 1041-1050.

- วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 3). สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.*
- วิชัย เอกพลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.*
- วินัดดา ดรุณถนอม. (2562). ความร่วมมือและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในตำบล หวังมั่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารเชียงรายเวชสาร, 11(1), 19-27.*
- วิภารัตน์ ลีชัยกิจเจริญ. (2562). พัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น, 1(2), 23-38.*
- วินัส สาระจรัส และแอนนา สุขะโน. (2561). ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 1(3), 13-26.*
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยสุราษฎร์ธานี, 2(1), 29-48.*
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2560). การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18(พิเศษ), 17-24.*
- สังคม ศุภรัตน์กุล. (2561). แบบแผนครอบครัวในการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารควบคุมโรค, 44(1), 92-101.*
- สารัช สุนทรโยธิน และ ธิติ สันบุญ. (2554). *ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.). (2560). *การทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review, AAR). สืบค้น 2 มกราคม 2563, จาก <https://www.nstda.or.th/th/nstda-knowledge/144-km-knowledge/3282-after-action-review>.*
- สุภาภรณ์ แก้วชนะ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง. *วารสารเภสัชกรรมไทย, 12(4), 195-206.*
- สุพร ศุภโรจนอุดม. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ในเขตตำบลหนองแสง อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 18(3), 96-106.*

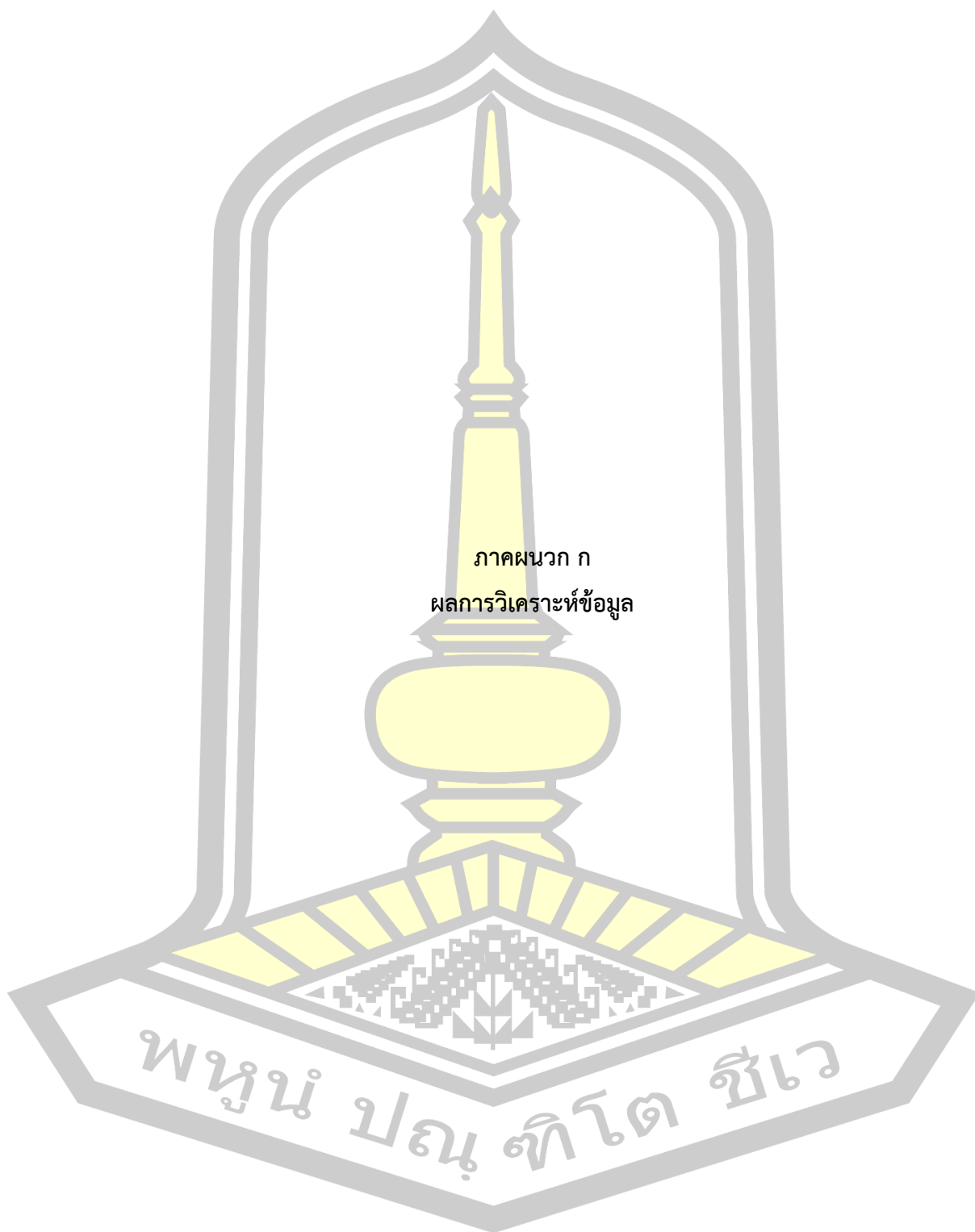
- สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ และคณะ. (2558). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2541). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Best, J. W. (1981). *Research in Education*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1986). *Taxonomy of educational objectives*. Vol. 1: Cognitive domain. New York: McKay, 20-24.
- Cooperrider D. L., Whitney D., & Stavros, J. (2003). *Appreciative inquiry handbook: The first in a series of AI workbooks for leaders of change*. San Francisco. Berrett-Koehler Publisher.
- International Diabetes Federation. (2017). *About Diabetes, Facts and Figures*.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer (3rd ed.)*. Victoria : Deakin University.
- Morisky DE, Green LW, L. D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.
- National Kidney Foundation. (2015). *About Chronic Kidney Disease*. สืบค้น 15 ตุลาคม 2562, จาก <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง จำแนกเป็นรายข้อ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=99)

ความรู้	ก่อนพัฒนา (n=99)		หลังพัฒนา (n=99)	
	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ
1.อาการที่พบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก รับประทานจุแต่น้ำหนักลด เป็นต้น	71	71.72	99	100.00
2.ค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 80-130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	65	65.66	90	90.91
3.การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในผู้ป่วยเบาหวานได้	89	89.90	99	100.00
4.โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น โรคแทรกซ้อนทางตา โรคแทรกซ้อนทางไต โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น	80	80.81	96	96.97
5.ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น มือ/เท้ามีชา	88	88.89	96	96.97
6.ไตมีหน้าที่ในการกำจัดของเสียในร่างกาย ควบคุมสมดุลน้ำ เกลือแร่ กรดต่างในร่างกาย และสร้างฮอร์โมนหลายชนิดในร่างกาย	71	71.72	94	94.95
7.ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงอาหารเค็มทุกชนิด และอาหารหมักดอง	95	95.96	99	100.00
8.ผู้ป่วยโรคไตต้องควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติคือ 130/80 มิลลิเมตรปรอท	72	72.73	94	94.95

ตารางที่ 24 (ต่อ)

ความรู้	ก่อนพัฒนา (n=99)		หลังพัฒนา (n=99)	
	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ
9.ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในค่าปกติ เช่น ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง อยู่ที่ 80-130 มก./ดล. หรือ HbA1C ไม่เกิน 7	76	76.77	94	94.95
10.อาการผิดปกติ เช่น บวมบริเวณใบหน้า หน้าตา หรือขาบวม มักจะพบในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5	83	83.84	94	94.95

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วย จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง จำแนกรายข้อ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=99)

ความรู้	ก่อนพัฒนา (n=99)		หลังพัฒนา (n=99)	
	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ
1.อาการที่พบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก รับประทานอาหารแต่น้ำหนักลด เป็นต้น	67	67.68	92	92.93
2.ค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือด เทากับ 80-130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	65	65.66	91	91.92
3.การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในผู้ป่วยเบาหวานได้	92	92.93	99	100.00

ตารางที่ 25 (ต่อ)

ความรู้	ก่อนพัฒนา (n=99)		หลังพัฒนา (n=99)	
	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ
4.โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น โรคแทรกซ้อนทางตา โรคแทรกซ้อนทางไต โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น	81	81.82	95	95.96
5.ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนลงพุง และไม่ออกกำลังกาย <u>ไม่มีความเสี่ยง</u> ต่อการเกิดโรคเบาหวาน	51	51.52	81	81.82
6.ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น มือ/เท้ามีชา	92	92.93	99	100.00
7.ใตมีหน้าที่ในการกำจัดของเสียในร่างกาย ควบคุมสมดุลน้ำ กลืนแร่ กรดต่างในร่างกาย และสร้างฮอร์โมนหลายชนิดในร่างกาย	86	86.87	99	100.00
8.ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงอาหารเค็มทุกชนิด และอาหารหมักดอง	99	100.00	99	100.00
9.ผู้ป่วยโรคไตต้องควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติคือ 130/80 มิลลิเมตรปรอท	90	90.91	96	96.97
10.วิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังโดยการล้างไต มี 2 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้อง	84	84.85	95	95.96
11.ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในค่าปกติ เช่น ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง น้อยกว่า 130 มก./ดล. หรือค่า HbA1C ไม่เกิน 7	68	68.69	89	89.90

ตารางที่ 25 (ต่อ)

ความรู้	ก่อนพัฒนา (n=99)		หลังพัฒนา (n=99)	
	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ
12.อาการผิดปกติ เช่น บวมบริเวณใบหน้า หน้าตา หรือขาบวม มักจะพบในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 4-5	80	80.81	95	95.96

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายชื่อ

พฤติกรรม	ก่อนพัฒนา (n=99)			หลังพัฒนา (n=99)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านอ่านวิธีกินยาบนฉลากยา ก่อนใช้ยาทุกครั้ง	3.37	0.75	มาก	3.93	0.26	มาก
2. ท่านกินยาไม่ครบทุกรายการที่ แพทย์สั่งให้	2.97	1.01	มาก	3.81	0.44	มาก
3. ท่านกินยาของเดิมต่อจนยาหมด จึงค่อยเริ่มกินยาของใหม่ โดยปรับวิธีกินยาตามแพทย์สั่ง	2.03	1.30	ปานกลาง	2.93	0.96	มาก
4. ท่านซื้อยากินเอง เช่น ยา สมุนไพร ยาลูกกลอน ผลิตภัณฑ์ เสริมอาหาร	3.16	1.04	มาก	3.88	0.48	มาก
5. ท่านปรับเพิ่มขนาดยาตามที่ แพทย์สั่ง	2.29	1.14	ปานกลาง	3.14	0.83	มาก
6. ท่านปรับเพิ่มขนาดยาเอง โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	2.31	1.22	ปานกลาง	3.34	0.78	มาก

ตารางที่ 26 (ต่อ)

พฤติกรรม	ก่อนพัฒนา (n=99)			หลังพัฒนา (n=99)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
7. ท่านปรับลดขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง	2.54	1.01	ปานกลาง	3.56	0.59	มาก
8. ท่านปรับลดขนาดยาเอง โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	1.78	1.03	ปานกลาง	3.00	0.91	มาก
9. ท่านมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น วิงเวียน เหนื่อย เพลีย ไอ จุกแน่นท้อง	2.95	0.75	มาก	3.60	0.57	มาก
10. ท่านเก็บยารวมกันในซองเดียว ไม่แยกซองยาแต่ละชนิด	2.85	0.84	มาก	3.61	0.64	มาก
11. ท่านตัดแผงยาเอาเม็ดยาออก จากแผงยาไว้ล่วงหน้าเพื่อสะดวกในการกินยา	2.87	0.95	มาก	3.85	0.41	มาก
12. ท่านยึดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อบรรเทาปวดแทนการกินยาแก้ปวด	2.49	0.98	ปานกลาง	3.74	0.46	มาก

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายข้อ

พฤติกรรม	ก่อนพัฒนา (n=99)			หลังพัฒนา (n=99)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านประกอบอาหารให้ผู้ป่วย รับประทาน โดยเน้นลดเค็ม ลดหวาน ลดมัน	2.15	0.94	ปานกลาง	2.64	0.59	มาก
2. ท่านคอยเตือนผู้ป่วยให้ควบคุม ปริมาณการบริโภคอาหารให้ พอเหมาะเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว	2.15	0.90	ปานกลาง	2.66	0.57	มาก
3. ท่านซักชวนผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ตามความ เหมาะสมของสภาพร่างกายผู้ป่วย	1.72	0.85	ปานกลาง	2.49	0.67	มาก
4. ท่านคอยดูแลและพาผู้ป่วยไป รับบริการที่สถานพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วย	2.33	0.91	ปานกลาง	2.69	0.58	มาก
5. ท่านคอยเตือนเรื่องการกินยา ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	2.58	0.78	มาก	2.84	0.42	มาก
6. ท่านเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วย รับประทานให้ตรงตามที่แพทย์สั่ง และเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติจาก การใช้ยา	2.18	0.91	ปานกลาง	2.66	0.59	มาก
7. ท่านคอยเตือนผู้ป่วยให้ชิม อาหารก่อนการเติมเครื่องปรุงรส เพื่อลดการกินอาหารรสจัด	2.00	0.91	ปานกลาง	2.67	0.55	มาก
8. ท่านคอยสังเกตภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วย เช่น อาการบวมที่หนัง ตา มือหรือเท้า เหนื่อย อ่อนเพลีย	2.39	0.84	มาก	2.80	0.47	มาก

ตารางที่ 27 (ต่อ)

พฤติกรรม	ก่อนพัฒนา (n=99)			หลังพัฒนา (n=99)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
9. ท่านเป็นผู้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด และจัดตารางเตือนวันแพทย์นัด	2.60	0.78	มาก	2.84	0.44	มาก
11. ท่านใช้เวลาว่างสนทนาหรือทำกิจกรรมผ่อนคลายกับผู้ป่วยเสมอ	2.25	0.74	ปานกลาง	2.71	0.50	มาก
12. ท่านพาผู้ป่วยไปพักผ่อนหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบปะสังสรรค์กับผู้อื่น	1.62	0.83	น้อย	2.51	0.64	มาก

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการพัฒนา

ประเด็นความพึงพอใจ	หลังพัฒนา (n=45)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านมีความพึงพอใจต่อแผนงานในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม	3.84	0.60	มาก
2. ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้เรื่องการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม	3.85	0.61	มาก
3. ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม	3.82	0.61	มาก
4. ท่านมีความพึงพอใจในขั้นตอน/ กิจกรรมการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม	3.69	0.60	ปานกลาง

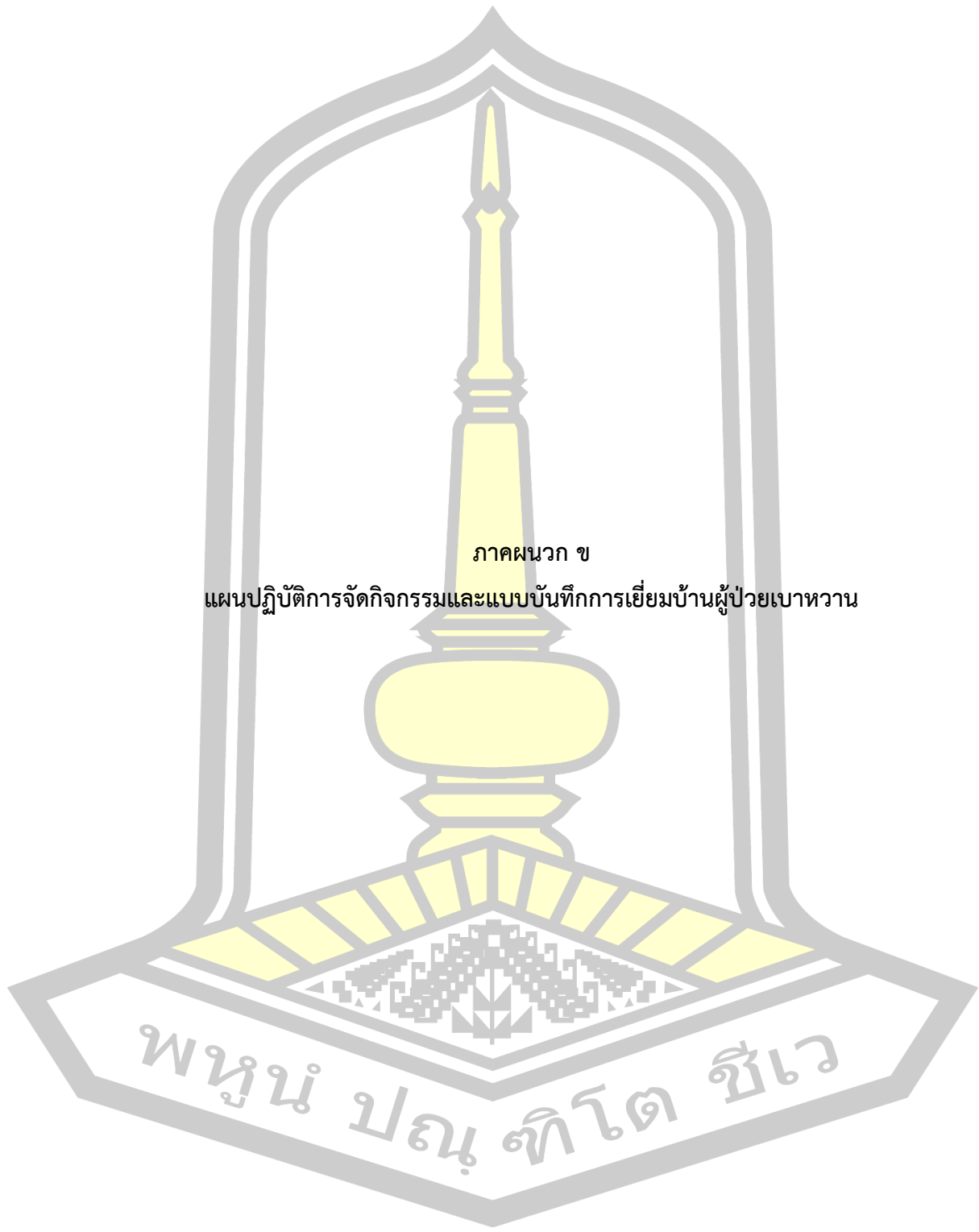
ตารางที่ 28 (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจ	หลังพัฒนา (n=45)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
5.ท่านมีความพึงพอใจในกระบวนการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม	3.91	0.67	มาก
6.ท่านมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการบริการผู้ป่วยภายในคลินิกเบาหวานและคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอปอธาราม จังหวัดอุบลราชธานี	3.84	0.77	มาก
7.ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดสรรอัตรากำลังในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม	3.49	0.76	ปานกลาง
8.ท่านมีความพึงพอใจในการทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม	3.69	0.73	ปานกลาง
9.ท่านมีความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลโพธิ์ไทรในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม	4.00	0.77	มาก
10.ท่านมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนงบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม	3.53	0.66	ปานกลาง

พหุ ประถมศึกษา

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม
การใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการพัฒนา

ประเด็นการมีส่วนร่วม	หลังพัฒนา (n=45)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.ท่านมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการร่วมกัน	3.69	0.76	ปานกลาง
2.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและภาพความสำเร็จ ของการดำเนินงาน	3.69	0.70	ปานกลาง
3.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการดำเนินงานให้บรรลุ เป้าหมายและเป็นรูปธรรม	3.78	0.64	ปานกลาง
4.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร ที่ใช้ในการดำเนินงาน	3.47	0.66	ปานกลาง
5.ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ รุนแรงขึ้น	3.73	0.75	ปานกลาง
6.ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำกับดูแลตนเองอย่าง ต่อเนื่องรวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเบาหวาน	4.00	0.74	มาก
7.ท่านมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อ การดำเนินงาน	3.87	0.69	มาก
8.ท่านมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์และประสานงานการจัด กิจกรรม/โครงการ	3.60	0.65	ปานกลาง
9.ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการ	3.47	0.63	ปานกลาง
10.ท่านมีส่วนร่วมในการนำผลการประเมินการดำเนินงานตาม แผนงาน/โครงการไปใช้ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน	3.42	0.58	ปานกลาง



ภาคผนวก ข

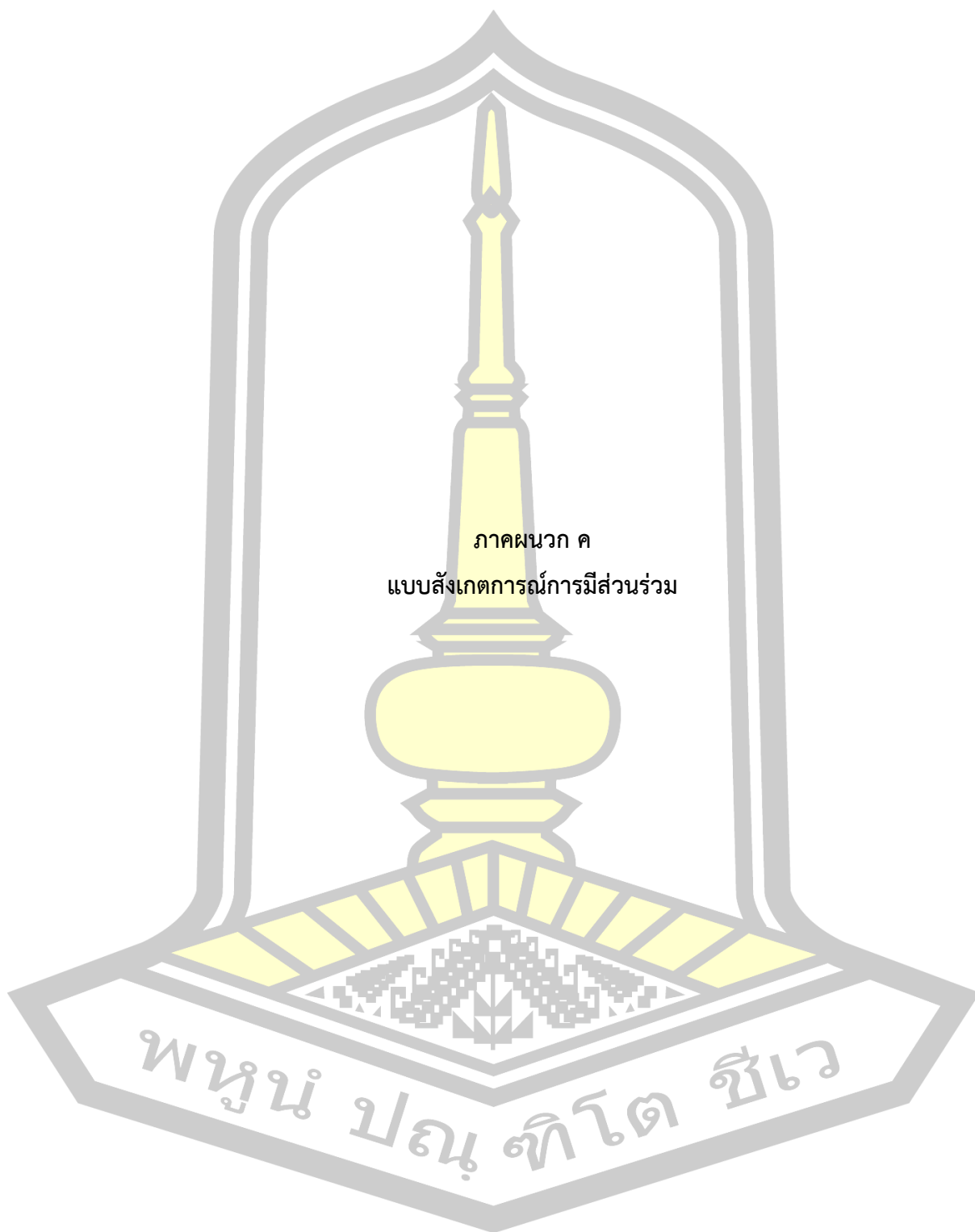
แผนปฏิบัติการจัดกิจกรรมและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว

แผนปฏิบัติการจัดกิจกรรมและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ปี 2563									ผู้เกี่ยวข้อง	
		มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย		
1.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ	เพื่ออบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง การช้ยา และการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน			●								ผู้วิจัย/ กลุ่มตย
2.จัดกิจกรรมให้สุขศึกษา กลุ่มผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวาน	เพื่อเพิ่มความรู้และความตระหนักในการช้ยาให้ถูกต้อง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาร่วมกัน				●	●	●	●	●			ผู้วิจัย/ กลุ่มตย
3.ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน	เพื่อติดตามปัญหาการใช้ยาและยาเหลือช้ ช่วยส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยและอสม. ให้มีส่วนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข					●	●	●	●			ผู้วิจัย/ กลุ่มตย





ภาคผนวก ค
แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วม

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว

แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วม

ชุดที่ 1 แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริม
การใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็นในการสังเกต	รายละเอียด
การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมเป็นอย่างไร	
1.จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม	1.1ทั้งหมด.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน
	1.2ประเภทผู้เข้าร่วม
	ผู้ป่วย.....คน ผู้ดูแลผู้ป่วย.....คน อสม.....คน ทีมสหวิชาชีพ.....คน
2.การเสนอแนวคิด	
3.การร่วมอภิปราย	
4.เป็นที่ปรึกษากลุ่ม	
5.ช่วยวิเคราะห์ปัญหา	
6.ช่วยสรุปประเด็นสำคัญ	
7.การเสนอตัวรับผิดชอบ	
8.การชี้แนะเพื่อนร่วมกลุ่ม	
9.อื่น ๆ (ระบุ).....	

สรุปสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมตามสถานการณ์ สภาพที่เป็นจริงตามข้อสรุปของกลุ่ม

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

วันที่.....

ชุดที่ 2 แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงานการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม
การใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอพือไทร
จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อแผนงาน.....

ชื่อผู้ปฏิบัติงาน.....ตำแหน่ง.....

ชื่อผู้สังเกต.....

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.

คำชี้แจง เป็นการสังเกตพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องที่เข้าร่วมดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการ
ส่งเสริมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอพือไทร
จังหวัดอุบลราชธานี

1.การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน

.....
.....

2.การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

.....
.....

3.ความตั้งใจในการปฏิบัติงาน

.....
.....

4.การบันทึกผลการปฏิบัติงาน

.....
.....

5.การแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงงาน

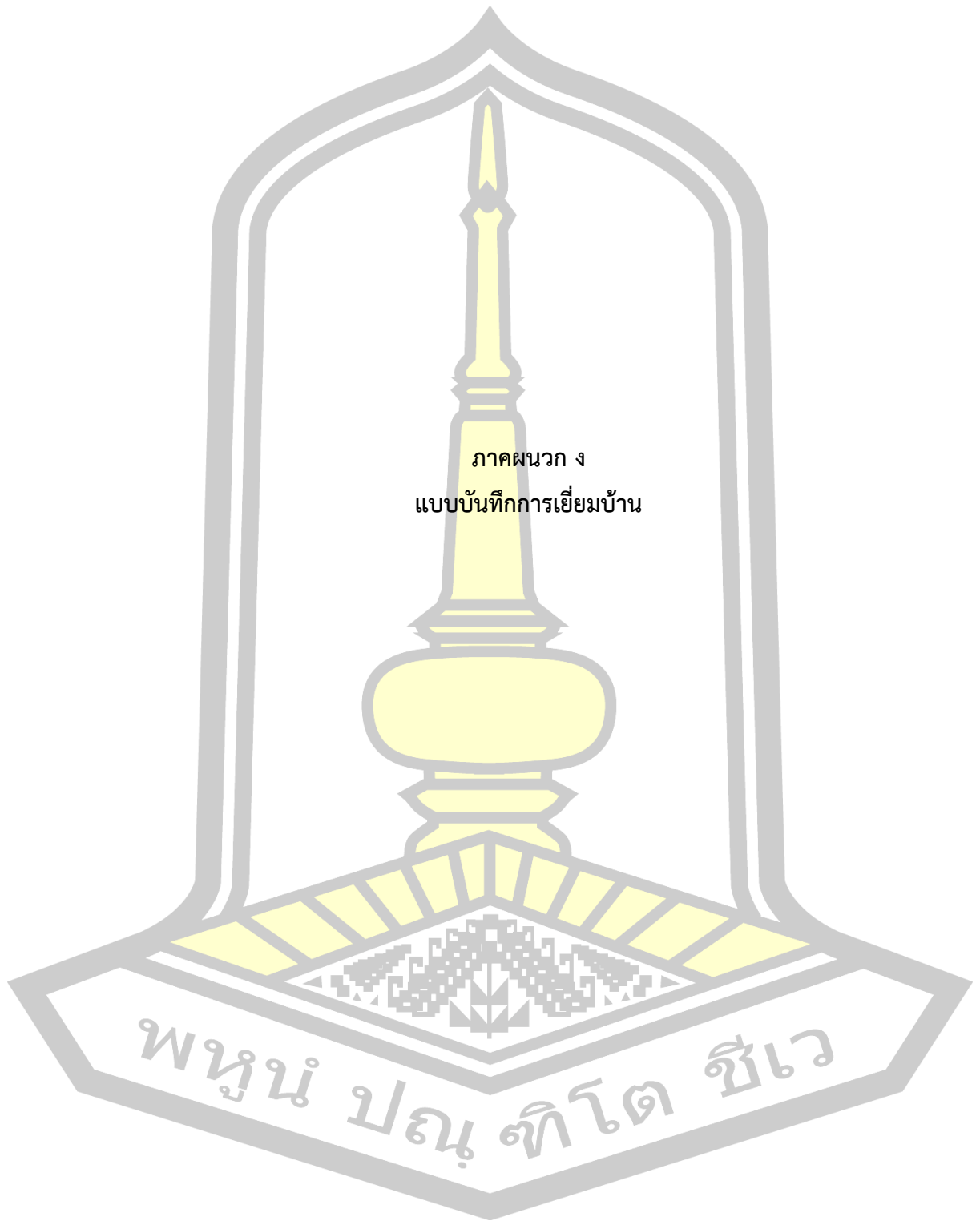
.....
.....

6.บันทึกเพิ่มเติม

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

วันที่.....



ภาคผนวก ง
แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....

บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

เบอร์โทรศัพท์.....

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....mm/Hg.

ระดับน้ำตาลในเลือด(ล่าสุด).....(วันตรวจ.....) eGFR (ล่าสุด)..... (วันตรวจ.....)

สภาพทั่วไป

.....

.....

.....

ปัญหาที่พบ

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/การแก้ไขปัญหา/ความช่วยเหลือ

.....

.....

ลงชื่อผู้ดูแล..... เบอร์ติดต่อ.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่/อสม.....

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวฉวีวรรณ กลิ่นหอม
วันเกิด	วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 601 หมู่ 18 ตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกรชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34340
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2537 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ พ.ศ. 2542 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2564 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัย มหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทีโตะ ชีเว